

ASSOCIATION PERE FAVRON

Evaluation externe de la MAS les Pléiades PHD

Rapport final

Type d'établissement	MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)
Coordonnées	Chemin Albert Barbot
Numéro FINESS	97 046 280 0

Janvier 2015

Sommaire

1. Eléments de cadrage.....	3
1.1. L'organisme gestionnaire	3
1.2. Présentation du pôle handicap et dépendance.....	3
1.3. Description de l'établissement	5
1.4. Missions	5
1.5. L'environnement : situation géographique.....	5
1.6. La population accompagnée	6
1.7. L'activité.....	6
2. La procédure d'évaluation externe.....	7
2.1. Sources.....	7
2.2. Démarche.....	7
2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée	8
3. Résultats de l'analyse détaillée.....	10
3.1. La stratégie du service	10
3.1.1 Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service	10
3.1.2 La pertinence et la cohérence de la stratégie	11
3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue.....	15
3.2.1 Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne.....	15
3.2.2 Priorisation et communication des propositions d'amélioration.....	16
3.2.3 Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration.....	17
3.2.4 Les autres volets de la dynamique générale d'amélioration continue de la qualité.....	18
3.3. Le parcours de l'utilisateur	20
3.3.1 Le processus d'admission et d'accueil.....	20
3.3.2 L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé	22
3.3.3 La fin d'accompagnement	23
3.4. La qualité de l'accompagnement proposé	24
3.4.1 Qualité du cadre de vie	24
3.4.2 L'accompagnement proposé.....	27
3.4.3 La coordination de l'accompagnement.....	32
3.5. L'effectivité des droits des usagers	33
3.5.1 Le respect des droits fondamentaux.....	33
3.5.2 Les modalités concrètes d'exercice des droits.....	34
3.6. La prévention et la gestion des risques.....	35
3.6.1 La sécurité des lieux et des personnes.....	35
3.6.2 La prévention des risques professionnels et la santé au travail.....	38
3.6.3 La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	39
3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.....	40
3.7.1 L'inscription du service dans le territoire.....	40

3.7.2	La perception de l'établissement par son environnement	42
3.8	Organisation, gestion des ressources humaines et management.....	42
3.8.1	La politique de gestion des ressources humaines.....	42
3.8.2	Organisation et management	44
4	Synthèse de l'évaluation externe	46
4.1	Introduction	46
4.1.1	La démarche d'évaluation interne	46
4.1.2	Les modalités de prise en compte des RBPP de l'Anesm	46
4.2	Les conditions d'élaboration et de mise œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers.....	46
4.3	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel et économique.	47
4.4	Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	48
4.5	La garantie des droits et la politique de prévention des risques	48
4.5.1	Les droits des usagers.....	48
4.5.2	La politique de prévention des risques	49
5	Abrégé du rapport d'évaluation externe	50
5.1	La démarche d'évaluation interne	50
5.2	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm.....	52
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	52
5.4	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	58
5.5	Personnalisation de l'accompagnement	58
5.6	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	61
5.7	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	62
5.8	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	65
5.9	Méthodologie de l'évaluation externe	66
5.10	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe	67
6	Annexes	68
6.1	Contrat	68
6.2	Composition des équipes.....	72
6.3	Calendrier de réalisation	78
6.4	Attestation sur l'honneur	79

1. Eléments de cadrage

1.1. L'organisme gestionnaire

Créée en 1946, la **Fondation Père Favron** 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 1455 personnes et emploie 1200 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 :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
- la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
- 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 quelque 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'utilisateur. »

1.2. Présentation du pôle handicap et dépendance

Dès 1946, et jusqu'à sa mort en juin 1968, le père Favron a multiplié les initiatives pour répondre aux détresses médico-sociales avec notamment l'ouverture de l'hôpital d'enfants de Saint-Louis et du Foyer Albert Barbot où ont été accueillies personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté sociale. Ce prêtre s'est approché de la grande bourgeoisie foncière (notamment la famille Isautier) pour les convaincre de travailler avec lui sur un projet d'accompagnement. Cette collaboration a permis la mise à disposition des terrains actuels du foyer Albert Barbot, et la construction de bâtiments d'accueil. Victime de son succès, des personnes qualifiées d'incurables (personnes âgées et handicapées mentales, psychiques, physiques ...) ont afflué de toute l'île.

La loi du 30 juin 1975 qui organise le paysage médico-social a amené la spécialisation de la prise en charge et la création d'unités pour l'accueil spécifique des personnes. Le foyer Albert Barbot prenait alors toutes les situations que les autres ne voulaient pas prendre : les personnes qui sortaient de l'hôpital psychiatrique ou autres structures médico-sociale. Le foyer Barbot était alors à la fois une « terre d'asile » et un lieu de peur et d'enfermement.

La loi de 2002 a permis d'orienter la stratégie du foyer vers l'individualisation de l'accompagnement au sein du collectif, là où le foyer (ou hospice A. Barbot) était historiquement en retrait.

La signature du premier CPOM en 2008 a permis de mettre en évidence les limites du fonctionnement (liées notamment à des coûts cachés importants). Les préconisations du cabinet qui a accompagné le foyer étaient d'organiser le Foyer Albert Barbot autour de 3 entités :

- **Pôle gérontologique** (EHPAD)
- **Pôle handicap insertion** (cuisine centrale qui dessert l'ensemble des établissements du site, FAO, SAVS, ESAT) ;
- **Pôle handicap dépendance** (CEAP, FAM, MAS, SESSAD, SAMSAH).

Les capacités autorisées actuellement pour les établissements et services du PHD sont les suivantes :

- **CEAP** : 20 places d'internat ; 35 places de semi-internat ; 5 places d'AT : fonctionnement 210 jours par an et centré sur l'accompagnement d'enfant ou adolescents polyhandicapés ;
- **FAM** : 143 places d'internat et 5 places de semi-internat ;
- **SESSAD** : 10 places ;
- **SAMSAH polyvalent** : 15 places pour handicap moteur, trauma crânien et polyhandicapés ;
- **MAS** : 61 places d'internat et 10 places de semi-internat.

Depuis juin 2010, un travail de négociation avec les autorités a été mené pour permettre aux structures de disposer de moyens suffisants (pour la MAS et le CEAP et plus récemment pour le FAM). Un travail a également été mené avec l'ARS pour homogénéiser les moyens accordés aux structures du PHD avec les autres structures de l'île.

Les 4 dernières années ont été consacrées à la place de chacun dans l'organisation et à instaurer plus de rigueur dans le fonctionnement (respect du code du travail, informatisation des plannings, du dossier de l'utilisateur) pour le rendre plus efficient.

Les établissements et services du Pôle Handicap et Dépendance sont répartis sur un même site :



Source : Projet d'établissement 2014

1.3. Description de l'établissement

La Maison d'Accueil Spécialisée Les Pléiades s'intègre au Pôle Handicap et Dépendance créé en juin 2010 composé également d'un Centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CEAP) Les Mimosas, d'un SESSAD et d'un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) les Cytises.

La MAS est née de la transformation du Foyer Albert Barbot, ancien Hospice créé en 1946, accueillant personnes âgées et personnes handicapées. Dans un contexte de redéploiement des moyens de l'Hospice, toujours sur le site du Foyer Albert Barbot, la MAS est créée en 1983 pour 15 places. C'est la première du département de la Réunion. La MAS connaît plusieurs transformations dont une extension à 45 places en 1993, l'ouverture de 10 places de semi-internat et une place d'accueil d'urgence en 2006.

Aujourd'hui, la MAS Les Pléiades est autorisée par l'arrêté du 29 octobre 2007 pour une capacité de :

- 61 places d'internat ;
- 10 places de semi internat (accueil de jour).

1.4. Missions

Le projet d'établissement détaille les missions de la MAS. L'établissement propose aux personnes accueillies dans cette structure, dans le respect de leur statut d'adultes :

- des soins de base pour pallier leur absence d'autonomie (alimentation, toilette, habillage, élimination, changement de position)
- des soins techniques :
 - o appareillage et rééducation pour pallier les déficits sensitivo-moteurs très fréquents, pour maintenir une bonne posture (siège moulé,...), pour acquérir une certaine autonomie (flèche, fauteuil roulant pour le déplacement, ustensiles adaptés pour l'alimentation, tableaux de communication ...),
 - o suivi et traitement des épilepsies très fréquentes, sources d'aggravation du handicap neurologique,
 - o suivi et traitement des problèmes digestifs (reflux gastro-œsophagien, constipation),
 - o soins rééducatifs ou à défaut palliatifs des troubles de déglutition pour éviter les problèmes respiratoires et la dénutrition, des troubles moteurs.
- des soins éducatifs et relationnels qui doivent intervenir le plus tôt possible pour éviter l'isolement de ces personnes présentant une déficience intellectuelle sévère, souvent aggravée par des troubles sensoriels en particulier visuels. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour éviter la survenue de troubles de la relation de type autistique, voire d'automutilation et donner à ces personnes des moyens de communication.

1.5. L'environnement : situation géographique

Implantés sur le site du Foyer Albert Barbot, dans un environnement arboré, remarquable, les établissements du Pôle Handicap et Dépendance se trouvent à proximité de la ville de Saint-Pierre, dans le village de Bois d'Olive. Son accès est facilité grâce à la proximité de la voie rapide reliant Saint-Pierre aux villes et villages avoisinants. Un arrêt de bus se trouve à quelques mètres de l'entrée de l'établissement. Bénéficiant des installations collectives du Foyer Albert Barbot, les établissements du pôle peuvent proposer aux résidents accueillis (liste non exhaustive) :

- Un espace arboré d'une dizaine d'hectares, sécurisé, qui permet à chacun de déambuler au gré de ses capacités, de ses envies.
- Une piscine aménagée et adaptée aux personnes en situation de grande dépendance.
- Un cabinet dentaire
- Etc.



Source : projet d'établissement

1.6. La population accompagnée

La MAS les Pléiades accueille des personnes présentant un handicap sévère à expression multiple, associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. La structure est exclusivement dédiée à l'accompagnement de personnes adultes polyhandicapées. La moyenne d'âge est plutôt stable entre 2011 et 2013, toutefois, la MAS est confrontée à un vieillissement de sa population sur l'internat avec une moyenne d'âge de 43 ans. Tandis qu'au niveau du semi-internat, la moyenne d'âge est de 27 ans en raison de l'accueil de jeunes adultes en provenance du CEAP.

La MAS accueille en 2013 un nombre presque égal d'hommes et de femmes (36 femmes et 35 hommes). La population de la MAS étant au départ originaire de l'Hospice, la répartition géographique très hétérogène du début s'est peu à peu concentrée sur le Sud (plus aucune admission de personnes originaires du nord de l'île depuis 2000 par exemple).

1.7. L'activité

Le taux d'occupation a diminué depuis 2011 de près de 4 points. Il reste cependant élevé pour atteindre 94,45% en 2013.

	2011	2012	2013
Nb de journées budgétées	18912	18912	24329
Nb de journées réalisées	19036	19283	23390
Taux d'occupation	98,68%	97,61%	94,45%

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 ;
- Etude 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. Sources

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

- La qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs ;
- La qualité de vie en MAS-FAM (Volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté ;
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée ;
- le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ;
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ;
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ;
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services ;
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ;
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé ;
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre ;
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.

2.2. 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 quatre mois, **du mois d'octobre au mois de janvier 2015**.



Etape 1 - Projet évaluatif

Etape 2 - Evaluation sur site

Etape 3 - Rapport

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 Le directeur ;
 - o Les cadres de proximité (NB : le présent rapport utilise indifféremment l'expression cadre de proximité et chef de service) ;
 - o Le personnel éducatif (éducateurs spécialisés et animateur) ;
 - o Le médecin ;
 - o Les IDE ;
 - o Les paramédicaux (ergothérapeute et psychomotricien) ;
 - o Un ouvrier qualifié ;
 - o Les AS et AMP ;
 - o La psychologue ;
 - o Les agents du service logistique ;
 - o Les agents de l'équipe administrative ;
 - o L'équipe administrative du pôle ;
 - o Le Comité Qualité
- Une consultation des familles d'usagers (3 personnes) ;
- Des temps d'observation des pratiques : observation de temps d'activités, de temps de transmissions, de temps de repas.
- 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 etc...;
- Des entretiens avec des partenaires : responsable de EMAP ; formatrice au PSI ; responsable du GIHP.

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 26 décembre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 16 janvier 2015.

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

2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée

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

- le Code de l'action sociale et des familles (section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III ; article L. 312-1, articles L. 344-1 à L. 344-7, R. 344-29 à R. 344-33, D. 344-35) ;
- loi n° 75-535 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées
- circulaire N° 86-6 du 14 février 1988 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés ;
- décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n. 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées ;
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 qui fait des soins palliatifs une mission du service public de santé qui concerne les établissements médico-sociaux ;
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale ;
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation ;
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) ;
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
- Décret n° 2007-159 du 6 février 2007 relatif au recueil par la maison départementale des personnes handicapées de données sur les suites réservées par les établissements et services aux orientations prononcées par la commission des droits et de l'autonomie modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement communes aux MAS, aux FAM et aux SAMSAH ;
- Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/11 8 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.

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 de service

■ La démarche d'élaboration du projet

La MAS dispose d'un Projet d'Etablissement réactualisé suite à l'évaluation l'interne. La démarche a été globalement participative et pluridisciplinaire :

- **Une réunion de présentation de la démarche** aux professionnels de l'établissement ;
- **Des séances de réflexion collectives et des groupes de travail**
- **Des entretiens réalisés avec les familles.**

L'ensemble des professionnels de la MAS a été impliqué dans l'élaboration du projet d'établissement : le directeur et les cadres de proximité ont participé à l'élaboration de la partie « stratégie », les équipes d'encadrement ont participé aux réflexions thématiques (projets personnalisés, transdisciplinarité, etc.). Par ailleurs, les familles des usagers ont été impliquées, notamment via des entretiens individuels avec les membres du CVS. Le projet a été validé par le CVS février 2013.

Si le recueil des questions et des demandes des familles a eu lieu durant la période d'élaboration du projet par le biais du CVS, les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche d'élaboration du Projet. **L'établissement veillera à associer l'ensemble des parties prenantes à la réactualisation prochaine du Projet d'Etablissement.**

■ 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 d'établissement aborde la grande majorité des thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2¹ et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm² :

- L'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire ;
- Les missions, notamment au regard du cadre juridique ;
- Le public accueilli et son entourage ;
- La nature de l'offre de service et son organisation ;
- Les principes d'intervention (politique d'admission, accompagnement personnalisé...) ;
- Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, projet social, soutien des professionnels, interdisciplinarité...) ;
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;

Le projet aborde globalement l'ensemble des thématiques exigées par le décret du 20 mars 2009 concernant les MAS-FAM-SAMSAH³ et la réglementation en vigueur : par exemple, les objectifs et moyens mis en œuvre pour assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement, les actions de soutien médico-social et éducatif, les modalités de coordination des professionnels, les missions du référent et la collaboration avec les partenaires.

Toutefois, le projet d'établissement n'aborde pas vraiment son intégration dans les politiques publiques régionales et départementales (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012).

¹ Article L.311-8 « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (...) »

² RBPP Anesm « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » (Mai 2010)

³³ Cf. CASF, art. D.344-5-1 et D.344-5-5.

De plus, s'il présente bien ses objectifs d'évolution, il ne les décline pas dans un plan d'actions opérationnel prévoyant des pilotes, échéances et indicateurs de résultat.

▪ **Forme et structuration du projet d'établissement (cf. RBPP Anesm)**

Le Plan du projet permet une bonne progressivité dans la lecture. Toutefois, si le Projet d'établissement est rédigé de manière structurée et agrémenté de quelques schémas, illustrations et graphiques, la taille du document (plus de 120 pages) ne facilite pas sa lecture ni son appropriation (la RBPP de l'ANESM afférente conseille « une trentaine de pages » hors annexes).

La mission d'évaluation relève plusieurs pistes d'amélioration en vue de la prochaine réactualisation du Projet, afin d'en faire un document de référence pour l'ensemble des parties prenantes :

- Poursuivre les efforts d'adaptation du document en vue de faciliter sa diffusion et sa compréhension ;
- Le sommaire du document comprend plusieurs erreurs de numérotation des parties et n'est pas dynamique, ce qui ne facilite pas sa lisibilité ;
- Le projet ne précise pas sa date de validité (cf. article L311-8 du CASF) ;
- Réaliser une synthèse du projet en vue de le diffuser plus aisément ;
- Décliner les objectifs d'amélioration dans un plan d'actions opérationnel étayé de Fiches actions afin d'en faciliter le pilotage.

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

Le projet est mis à disposition à différents endroits de l'établissement et est disponible en version numérique sur le site internet de la Fondation Père Favron ainsi que sur les différents postes informatiques de l'établissement. Il a été présenté aux salariés en réunion institutionnelle et aux membres du CVS (familles d'utilisateurs).

Si les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont indiqué connaître l'existence du projet, la mission note que son appropriation est hétérogène, et que plusieurs membres de l'équipe ont indiqué qu'il était « long ».

Par ailleurs, le projet d'établissement n'est pas remis aux nouveaux salariés (mais il est mis à disposition sur la borne numérique) : la rédaction d'une synthèse en permettrait une distribution facilitée.

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 de la MAS est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait directement référence.

Le projet a par ailleurs été validé par la Fondation, témoignant d'une bonne adéquation avec les orientations et valeurs de la Fondation.

▪ **La cohérence des objectifs et leur pertinence au regard notamment des missions et orientations de politiques publiques**

L'établissement s'inscrit pleinement dans le cadre des missions définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles pour les établissements de cette nature, en assurant :

- Un accompagnement au quotidien dans les actes essentiels de la vie quotidienne et des activités éducatives, sociales, culturelles et sportives ;
- La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants.

Les prestations délivrées sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, en bonne conformité avec les exigences réglementaires relatives aux MAS. Celles-ci proposent des actions éducatives, de soin et de rééducation adaptées.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'activité est bien en accord avec les politiques publiques, et notamment avec les objectifs du PRS⁴ de la Réunion-Mayotte déclinés dans le SROMS-Personnes handicapées⁵ de la Réunion-Mayotte, qui prévoient notamment :

Objectif opérationnel 10 du SROMS : Réserver l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie

- Compléter l'offre de FAM/MAS par des créations ou extensions de capacités, en rééquilibrage territorial (échéance : durée du SOMS)
- Soutenir la prise en charge des personnes porteuses de handicap psychique en FAO et FAM/MAS par la mobilisation de coopération avec la psychiatrie de secteur (échéance : durée du SOMS)

Priorité 7 du PRS : Le Respect du projet de vie

- Objectif spécifique : Disposer d'un système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins de prise en charge :
 - **Disposer, au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées**, leurs déficiences et incapacités, et leurs besoins de compensation ;
- Objectif spécifique : Soutenir le maintien à domicile choisi des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes, au travers de la mobilisation d'aides techniques et humaines, de services et de soutien aux aidants :
 - **Favoriser l'accueil en établissement aux adultes lourdement handicapés** pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie ;
- Objectif spécifique : Proposer une programmation de l'offre médico-sociale en rapport avec les besoins, au plus près des territoires et favorisant la qualité et l'innovation des prises en charge :
 - **Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV)** et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge ;
 - **Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ;**

Priorité 8 du PRS : La fluidité des parcours

- Objectif spécifique : Favoriser la continuité des prises en charges et accompagnements par la coordination des acteurs autour des bénéficiaires :
 - **Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ;**
 - **Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médicosociale en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps.**

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

Le dispositif en place est en adéquation avec les besoins des publics accueillis. En premier lieu, la localisation de la MAS apparaît pertinente : elle est implantée au sein du PHD du foyer Albert Barbot, bénéficiant ainsi des infrastructures mutualisées du site (piscine, cabinet dentaire, etc.). Il bénéficie également d'un cadre calme et d'espaces extérieurs accessibles.

Le site du Foyer Albert Barbot est agréable et arboré. Les nombreux chantiers menés pour en faire un environnement apaisant permettent aux personnes de profiter pleinement des espaces extérieurs à travers une libre circulation favorisée par une accessibilité générale de qualité. Il y règne une atmosphère « familiale » où il fait bon vivre.

⁴ Projet Régional de Santé élaboré pour la période 2012-2016

⁵ Schéma d'Organisation Médico-Sociale – Personnes Handicapées - 2012

Par ailleurs, situé en milieu péri-urbain, l'établissement bénéficie d'un accès aisé aux services médicaux. Sa proximité des centres urbains de Saint Pierre (13 minutes) et Saint Louis (22 minutes) lui permet en effet d'accéder à un territoire géographique important et aux ressources dont il dispose, notamment médicales (en particulier le Centre Hospitalier de Saint-Pierre qui dispose de ressources en médecine physique et de réadaptation, en chirurgie orthopédique, etc.).

L'établissement semble également offrir une réponse adaptée aux besoins du territoire. En témoigne le taux d'occupation élevé (plus de 90% depuis plusieurs années) et la liste d'attente d'environ 10 personnes qui indique notamment d'une bonne attractivité de la MAS les Pléiades.

Par ailleurs, les entretiens menés avec la direction, les partenaires, et les cadres de proximité permettent d'affirmer que **l'établissement est bien repéré par les pouvoirs publics** comme un lieu ressource proposant un accueil des personnes polyhandicapées.

Afin de répondre au mieux aux besoins des usagers, l'établissement organise, à date d'évaluation, des travaux sur le site du PHD pour proposer un nouveau cadre de vie aux résidents de la MAS. Le nouveau bâtiment, plus spacieux, composé de 6 unités et de nombreuses salles d'activité, offrira des locaux et du matériel pleinement adaptés aux besoins des personnes et à l'évolution de la situation des personnes (lit de flottaison avec intervention d'un ergothérapeute, nouveaux ateliers, etc.).

Le projet et le dispositif en place témoignent ainsi d'une bonne prise en compte des besoins du public accueilli et de leur évolution, avec de nombreuses adaptations en cours ou à venir. L'établissement s'inscrit ainsi depuis plusieurs années dans une dynamique constante d'amélioration du service rendu :

- **Des locaux en cours de construction** afin de répondre pleinement aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur mais également afin d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents. La mission d'évaluation note dans ce cadre l'excellente pratique que constitue la mise en place d'un groupe de travail sur la relocalisation avec les équipes et les familles du CVS, qui réfléchissent ensemble aux nouveaux aménagements (choix des couleurs, choix des plantes, etc.) ;
- **Un dispositif diversifié** offrant aux familles 10 places d'accueil de jour depuis 2007, et 61 places d'hébergement permanent. Cette diversification du dispositif d'accueil correspond à une augmentation de la capacité d'accueil (passage de 46 à 71 places) afin de répondre aux besoins du territoire. L'établissement s'inscrit ainsi directement dans l'objectif opérationnel 10 du SROMS (cf. cadre ci-dessus).
- **Dans l'attente de la finalisation des nouveaux locaux, le déménagement de l'établissement dans les bâtiments d'un ancien EHPAD constitué de 4 unités de deux villas** permet de familiariser progressivement les résidents avec un nouveau fonctionnement de « groupe » (que les précédents locaux, constitués d'un seul bâtiment, permettaient difficilement) ;
- **L'établissement s'adapte au vieillissement des personnes accompagnées** sur l'hébergement permanent (en prévoyant des horaires de sieste et de repos notamment), mais également au vieillissement de la famille. Il prévoit et travaille ainsi, en collaboration étroite avec eux, l'orientation des usagers depuis l'externat vers l'internat lorsque la situation l'exige ;
- **Un accompagnement par groupes de résidents présentant des besoins similaires**, et favorisant la personnalisation des interventions, une dynamique « familiale » et le travail d'équipe (une unité pour les usagers présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED), une unité pour les résidents nécessitant des soins de nursing renforcés, etc.) ;
- **L'établissement prend en compte l'évolution du public accueilli, en s'adaptant à la diversification des profils des résidents accueillis** (aménagement d'un jardin pour les TED, installation de matériels adaptés pour les résidents vieillissants, etc.) : l'accompagnement est ajusté aux besoins différenciés et l'organisation s'adapte aux personnes ;
- **Une reconnaissance locale et l'acquisition progressive d'une image positive** sur le territoire. Le site fut en effet longtemps victime de son image historique de « centre fermé », qu'il s'efforce continuellement de dépasser. Il développe son inclusion dans la société à travers la construction d'une véritable dynamique partenariale (cependant ce point reste un enjeu important pour le site). De nombreux projets

dans ce sens et d'autres en cours sont conduits pour lutter contre cette image et développer son ouverture à et sur son environnement (travail partenarial avec la CIVIS afin de créer un chemin botanique sur le site, travail avec les familles pour l'aménagement des jardins de la MAS, etc.).

- A date d'évaluation, **tous les postes budgétés sont pourvus** sur la MAS.

Les profils des professionnels sont variés et permettent d'assurer une véritable prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne : médecin, équipe d'infirmiers, équipes de proximité (avec AS et AMP notamment), équipe des rééducateurs (avec psychomotricien, ergothérapeute, et masseurs-kinésithérapeutes) équipe d'animation (avec éducateurs spécialisés et un animateur), assistante sociale, psychologue, etc.

De plus, la structure bénéficie des ressources administratives et logistiques du pôle : la direction, le secrétariat, l'équipe d'ouvriers et de chauffeurs, la cuisine centrale de l'ESAT. **Au plan des moyens humains, le ratio d'ETP/place est en 2013 de 1,14⁶**. Ce ratio est inférieur à celui d'autres MAS sur l'île.

Le site dispose en outre d'une flotte de véhicules adaptés mutualisée (c'est-à-dire non dédiés par groupe ou service/établissement), ce qui peut poser des problèmes ponctuels de disponibilité malgré un système de réservation). L'établissement indique que la flotte de véhicule adaptée (type MASTER) reste insuffisante, ce qui peut parfois représenter un frein au développement de certaines activités.

Par ailleurs, les projets réalisés et prévus qui concernent le PHD traduisent une réelle volonté de la direction d'adapter continuellement les structures et services proposés aux besoins identifiés du public. Quelques étapes clés illustrent cette dynamique :

- **Le CPOM signé en 2008** concernant la période 2009-2013 a été un véritable accélérateur dans la mutation du Foyer Albert Barbot. Un travail mené avec l'ARS à partir de novembre 2010 a conduit à un diagnostic partagé sur la nécessité de faire évoluer l'offre de services (et de faire évoluer ses ressources de manière à les rapprocher de celles allouées à d'autres structures du même type à la Réunion).
- **La réorganisation du site en 3 pôles** (gérontologique, handicap insertion, handicap et dépendance) a été une première étape importante et nécessaire pour repenser l'organisation, l'affectation des moyens et la stratégie de chacune des structures. De cette réorganisation ont découlé de nombreux projets avec, notamment, la restructuration du CEAP et du SESSAD et la mise en synergie avec la MAS les Pléiades du même site.
- **La mise en place d'une nouvelle organisation de travail à travers, notamment, la mise en place de directions adjointes** pour assurer le déploiement de la stratégie tout en veillant à l'homogénéisation des pratiques entre les entités et la redéfinition des missions opérationnelles des cadres de proximité.

En janvier 2015, la mise en place d'une organisation du PHD autour de 2 entités - une entité Polyhandicap (MAS, CEAP, SESSAD) et une entité Handicap sévère (SAMSAH, FAM) – confirme cette volonté continue de répondre toujours plus spécifiquement aux besoins différents des populations accompagnées.

La mission d'évaluation note globalement que la MAS s'inscrit dans une trajectoire positive et s'efforce au quotidien de contribuer à l'amélioration de la qualité de ses prestations.

Quelques enjeux identifiés par l'établissement et relevés par la mission :

- Mettre en œuvre davantage d'actions visant à « désinstitutionnaliser » les résidents (accompagnements socio-culturels hors site du foyer Barbot) ;
- Renforcer la dynamique partenariale de la MAS et, plus globalement, du PHD ;
- Le cadre de vie et les moyens matériels actuels de la MAS (en attendant l'emménagement dans les nouveaux locaux) sont peu adaptés aux besoins des usagers (locaux très exigus, absence de portes à l'entrée des chambres, chambres doubles ou triples, absence de rails, etc.) ;

⁶ Information calculée par l'établissement et indiquée dans le formulaire de renseignement EQR 2014.

- La structuration de l'accompagnement futur devra prendre en compte le vieillissement de la population accueillie sur l'internat, parallèlement à un public plus jeune sur l'accueil de jour (ouvert en 2007) du fait de l'admission de nombreux jeunes du CEAP (réflexion à poursuivre sur la composition des unités, etc.) ;
- A date d'évaluation, l'établissement n'a pas encore prévu sur les nouveaux bâtiments d'espace de repli en dehors du collectif pour les personnes accueillies sur l'accueil de jour (un espace au calme pour les personnes souhaitant faire la sieste, ou sortir du collectif pour un temps de repos).

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

3.2.1 Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne⁷

Les structures du PHD ont réalisé leur évaluation interne au cours du premier trimestre de l'année 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur (EFFICIO). L'évaluation interne a été occasion d'établir un bilan précis de la situation de chacune des structures vis-à-vis des points attendus de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il a été fait le choix, au niveau de la Fondation Père Favron, d'utiliser le même référentiel PERICLES (logiciel de l'ANCREAI), qui couvre bien l'ensemble des champs réglementaires et ceux recommandés par l'ANESM. Toutefois, certains aménagements ont été faits par le cabinet conseil dans ce référentiel, afin d'approfondir davantage l'analyse des causes des problèmes posés. Les sous-thèmes du référentiel EFFICIO ont été reclassés selon les 13 plans du référentiel PERICLES.

SERVICE RENDU A L'USAGER	LES PROJETS ET LES DROITS	LES RESSOURCES HUMAINES
1. Les niveaux des interventions	6. Les droits des usagers	10. L'inscription de la structure dans son environnement
2. Les domaines d'interventions	7. Le projet d'établissement ou de service	11. Les ressources humaines
3. L'association des personnes	8. Les garanties et responsabilités	12. Les ressources architecturales et logistiques
4. Les interventions d'appui et de soutien	9. La prévention et le traitement de la maltraitance	13. Les ressources financières
5. La cohérence des interventions		

Le processus évaluatif s'est structuré autour de 5 étapes :

1. Sensibilisation des équipes à la démarche (janvier 2012) ;
2. Réalisation du diagnostic partagé avec les principaux acteurs (janvier 2012) ;
3. Traitement et analyse des données (février 2012) ;
4. Restitution des résultats de l'évaluation (mars 2012) ;
5. Validation et envoi du rapport aux autorités compétentes (mars 2012).

Le cadrage de la démarche a été assuré à travers des échanges réguliers sur l'avancée des travaux entre l'équipe de direction et l'organisme EFFICIO.

Le souhait de la direction était que cette démarche soit la plus participative possible au sein du pôle en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles. Sur les établissements concernés du PHD (CEAP, FAM et MAS), un total de 174 personnes a participé à la démarche à travers 41 entretiens menés par un consultant de la société EFFICIO. Des pilotes étaient désignés par thèmes pour animer les groupes de travail pluridisciplinaires ; des groupes intersessions étaient animés par le cabinet de conseil afin d'élargir la réflexion.

Le diagnostic a été utilisé pour permettre parallèlement la mise à jour du projet d'établissement de la MAS. Comme précisé dans la partie afférente du présent rapport (cf. partie 3.1.1), quelques familles des usagers (en

⁷ Recommandation de l'Anesm : « 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)

tant que famille et représentants légaux) ont été associées aux réflexions menées (les représentants du CVS notamment). Du fait des publics accueillis, **les usagers n'ont, quant à eux, pas directement été associés à la démarche. Des associations judiciaires et organismes de tutelle représentants des usagers** ont, en revanche, été interviewés. Des entretiens individuels ont également été menés avec quelques partenaires locaux (notamment la société de transport).

Dans un second temps, une analyse documentaire (documents de la loi 2002-2, rapports d'activité, projets personnalisés...) a permis de s'assurer de la concordance des écrits avec les conclusions issues des entretiens diagnostiques.

A l'issue des groupes de travail, **un traitement des informations recueillies a été réalisé par le cabinet de conseil**. Une hiérarchisation des différents constats a permis de faire apparaître, pour chacune des thématiques évaluées, des points forts et des points d'amélioration.

La démarche d'évaluation a donc été conduite dans un bon respect du cadre réglementaire et des recommandations de bonnes pratiques ANESM. Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation externe ont mis en avant plusieurs atouts qui ont été à l'origine d'une nouvelle dynamique :

- L'objectivité de la démarche favorisée par l'intervention d'un prestataire externe qui a permis aux professionnels d'échanger sur leurs métiers et les difficultés rencontrées par les différentes structures ;
- La prise de conscience de l'hétérogénéité des pratiques au sein des structures du PHD.

En ce sens, **l'évaluation interne a rempli l'essentiel de ses objectifs. Une piste d'amélioration toutefois** : l'implication des familles et des partenaires pourra être davantage recherchée lors de la prochaine évaluation interne.

3.2.2 Priorisation et communication des propositions d'amélioration

Le rapport d'évaluation interne met en évidence la démarche, la méthode (thématiques du référentiel, calendrier, acteurs mobilisés...), les résultats (sous la forme d'une répartition des phrases-témoins en atouts ou faiblesses classées selon les thématiques du référentiel). En annexe figure le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) qui, pour chaque écart ou faiblesse constaté, précise les modalités d'amélioration à mettre en œuvre par structure.

Ce PPP se présente comme un outil de pilotage regroupant la plupart des informations nécessaires au pilotage du suivi ; il reprend les différents axes de progrès identifiés lors du diagnostic et détaille pour chaque objectif stratégique défini, les objectifs opérationnels, les actions prioritaires, le planning prévisionnel de réalisation, les modalités de pilotage (responsable(s) chargé(s) du suivi) et le niveau d'avancement. Il est organisé en 21 axes dont la plupart sont communs aux structures du PHD, d'autres spécifiques aux différentes structures (un seul axe concerne spécifiquement la MAS).

Quelques exemples d'axes communs :

- *Rappeler la mission médico-sociale des établissements et services du PHD ;*
- *Repréciser les rôles et fonctions des professionnels des établissements et services du PHD ;*
- *Promouvoir la bientraitance institutionnelle ;*
- *Optimiser la mise en œuvre des droits des usagers ;*
- *Construire une méthodologie partagée autour du projet personnalisé ;*

L'axe spécifique à la MAS :

- *Réussir la restructuration de la MAS et la mise en synergie avec le CEAP/SESSAD..*

Une restitution générale des résultats a été réalisée le 27 mars 2012 en présence des professionnels, de l'équipe de direction et des administrateurs consultés.

Les outils déployés se veulent opérationnels et au service d'un questionnement évaluatif pérenne mais certains nécessiteront d'être repensés pour garantir leur utilisation et leur appropriation par les professionnels.

Ainsi, plusieurs enjeux sont identifiés par la mission :

- L'absence de plan d'actions spécifique à la MAS ;
- Le **rapport d'évaluation interne ne développe pas d'indicateurs de suivi** comme le préconise l'ANESM pour faciliter le pilotage des suites de l'évaluation ;
- Le PPP dans son état actuel se veut exhaustif mais **sa lisibilité devra être optimisée** :
 - **La réalisation d'un PPP par type de structure** (et notamment d'un PPP pour la MAS spécifiquement) permettra de suivre le niveau d'avancement de chacune d'entre-elles au fil du temps et d'améliorer son appropriation par les professionnels qu'il concerne.
 - **L'articulation entre les objectifs stratégiques définis dans le projet d'établissement et les actions d'amélioration** déterminées par les écarts constatés lors de l'évaluation interne pourra être davantage mise en exergue ;
 - **La priorisation des axes, objectifs ou actions poursuivies** n'est pas appréhendable en l'état, du fait d'une planification généralement indicative ;
 - **La rédaction de fiches-actions** détaillant les modalités de mise en œuvre des objectifs opérationnels permettra d'alléger considérablement le PPP et de faciliter le pilotage et le suivi de chacune des actions prévues ;
 - **La mise en place d'indicateurs de résultats** permettrait au service de disposer de données quantitatives et de suivre le cheminement réalisé entre deux évaluations.

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

La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne (et du projet d'établissement) **est réalisée par un comité de suivi**. Ce comité de suivi, regroupant une trentaine de personnes représentatives des différentes structures et catégories professionnelles du PHD, a pour mission principale de réaliser des points d'étapes semestriels pour garantir le suivi des objectifs et actions définis dans chacune des démarches précédemment citées.

Ses différents membres sont chargés d'être **l'interface entre les décisions du comité et les équipes**. Pour permettre ce suivi, un premier travail a consisté à regrouper les 21 axes de progrès identifiés dans **le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP)**.

Chacune de ses rencontres donne lieu à un compte rendu et une réactualisation du PPP. Les cadres de proximité disposent d'une **feuille de route en lien avec les axes du PPP** qui les concernent. L'analyse des rapports, des notes et les entretiens sur site démontrent un bon niveau de mise en œuvre des actions. On peut citer par exemple (liste non exhaustive) :

- *La mise en place d'un tableau de délégations ;*
- *La réorganisation de l'architecture des réunions ;*
- *La formalisation du processus d'élaboration des projets personnalisés et la réalisation d'une trame de projet ;*
- *L'amélioration de l'implication des familles dans la vie institutionnelle ;*
- *Le renforcement de la dimension participative du management ;*

Toutefois, il apparaît que les travaux menés par le comité de suivi, et plus globalement les suites de l'évaluation interne, sont assez mal identifiées par les autres professionnels et les familles, et que l'investissement dans la phase de diagnostic a pu s'éroder dans la phase de suivi.

Aussi, quelques ajustements pourraient être proposés dans le cadre de la prochaine démarche d'évaluation interne :

- **Identifier des indicateurs de suivi** et de résultats, permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés ;
- **Organiser une communication régulière sur les actions** issues de la démarche d'évaluation interne ;
- Il serait intéressant d'**associer les professionnels à des réflexions plus pratico-pratiques autour de l'élaboration de fiches-actions** pour décliner, au niveau de chaque site, les objectifs définis de façon plus opérationnelle.

- **Faire évoluer l'instance que représente l'actuel comité de suivi et étendre son rôle au-delà des suites de l'évaluation interne**, pour un faire un véritable « COPIL qualité » dont la mission serait de traiter de l'ensemble des thématiques afférentes à la démarche d'amélioration continue (étude des plaintes, analyse des événements indésirables, etc.). Ceci permettrait de donner corps au groupe COPIL au-delà et en dehors de l'évaluation interne.

On note que conformément à l'obligation légale (circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011), la démarche d'évaluation continue est retracée (brièvement au sein de la partie « enjeux et perspectives ») chaque année dans le rapport d'activité.

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

■ Le pilotage de la démarche qualité

L'action du comité de suivi de l'évaluation interne est centrée autour du suivi du PPP. Il sera également missionné sur le suivi de l'évaluation externe.

La mission d'évaluation soutient cette pratique, en soulignant **le vif intérêt que représente une prise d'appui sur l'expertise des différentes parties-prenantes, dont les professionnels**, pour élaborer des projets répondant aux besoins (du public) en bonne prise avec la réalité concrète du fonctionnement.

Cependant, pour une bonne efficacité et une motivation des équipes à intégrer ce mode de fonctionnement, il apparaît utile de bien rationaliser les comités de suivi :

- **Bien cibler les thématiques qui doivent être abordées collectivement** (c'est-à-dire en comité de suivi), et celles qui ne le nécessitent pas. En effet il peut s'avérer inefficace d'adopter une démarche participative dans plusieurs cas : par exemple quand le projet est très cadré/normé et ne laisse pas de place à la co-construction ; quand l'objet du comité de suivi est trop vaste et dépasse le champ d'action de ses membres, etc. ;
- Aussi, il faut bien définir, au sein d'un comité de suivi, à **quelles questions précises le groupe mobilisé doit réfléchir et apporter une réponse**, en posant le cadre de ce qui est défini/ posé et ce qu'il reste à définir/co-construire.
- **La création d'une instance intermédiaire par structure** se réunissant plus régulièrement et une responsabilisation plus structurée des professionnels permettrait un pilotage et un suivi plus précis des suites de ces démarches.

La Fondation a engagé une réflexion autour de la mise en place d'un responsable qualité rattaché au siège qui permettrait à l'ensemble des structures qui la compose, de bénéficier d'un appui technique.

■ Le recueil de la satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers est au cœur des préoccupations du PHD et passe par plusieurs canaux (*liste non exhaustive*) :

- L'implication des usagers/familles dans la démarche projet personnalisé (*voir développements dans le § 3.3.2 L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé*) ;
- L'implication des familles dans la vie institutionnelle de l'établissement, dans le cadre du CVS et au-delà (lors des fêtes des familles), accrue depuis l'évaluation interne ;
- Des questionnaires de satisfaction ponctuels sur les fêtes de famille ;
- La mise à disposition d'un cahier de liaison sur l'accueil de jour, qui permet aux familles d'intégrer leurs remarques.

Quelques pistes d'amélioration toutefois : il n'existe **pas d'enquête pour les familles**, ce qui pourrait être pertinent pour un recueil formalisé de la satisfaction, permettant des comparaisons d'une année à l'autre ou plus selon la fréquence choisie. L'analyse consolidée des motifs de satisfaction/d'insatisfaction pourrait venir alimenter la dynamique d'amélioration continue. Des moyens adaptés de **recueil de la satisfaction des usagers** pourraient également être mis en place (utilisation de pictogrammes notamment). Enfin, l'établissement n'a pas formalisé de **procédure de recueil de la satisfaction**.

■ Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

L'établissement reçoit très peu de plaintes et est attentif à la recherche de solutions adaptées aux demandes et besoins exprimés par les usagers et les familles. Aussi il ne dispose pas de procédure à cet égard.

Un registre de doléances a été mis en place par entité juridique suite à l'évaluation interne. Pour autant, la culture de l'oral est inscrite historiquement dans les habitudes de chacun et ce support n'est pas utilisé (aucun élément rempli à date de visite sur site). Les échanges ont lieu de gré à gré sans qu'ils soient formalisés.

Un cahier de liaison est mis en place avec les familles des usagers de l'accueil de jour. Ce support se positionne comme un outil de satisfaction et d'insatisfaction.

La formalisation d'une procédure de gestion des plaintes et réclamations et la sensibilisation régulière des personnes à l'utilisation des supports mis à disposition seraient souhaitables pour encadrer ces pratiques, en prévoyant une analyse consolidée des motifs d'insatisfaction venant alimenter la dynamique d'amélioration continue.

■ La gestion documentaire

Chaque structure dispose d'un guide des procédures. Pour la MAS, la mission a pu consulter ce classeur dans l'actuelle infirmerie. Les documents qualité qui le composent sont, pour la grande majorité, transversaux à l'ensemble des structures du PHD et sont complétés au besoin par des notes de services. Elles sont rédigées par le directeur du PHD ou les cadres de proximité.

Chaque guide est structuré en 3 catégories (administratif / accompagnement / logistique) avec un sommaire facilitant l'accès aux différents documents. Au total, 36 procédures sont tenues à disposition avec, notamment : *accès au dossier, situation de décès, alerte cyclonique, exposition au sang, visites médicales, utilisation du PSI, admission, missions du référent, situations de maltraitance, fugue ou sortie sans autorisation, sortie de l'établissement, hygiène des personnes accueillies, hygiène du personnel, entretien des locaux, etc.*

Les documents qualité sont établis de façon homogène : un en-tête qualité comprenant les informations nécessaires à leur gestion (logo de la fondation, intitulé du document, type de document, services concernés, catégorie afférente, numéro de version et nombre de page) et un pied de page précisant le rédacteur, la date de rédaction, la date de validation et le visa du directeur.

Une borne numérique, accessible *via* poste informatique, centralise l'ensemble des documents qualité auxquels viennent s'ajouter les documents institutionnels et les comptes-rendus de réunions.

Les documents qualité sont accessibles mais sont, d'une manière générale, peu consultés et peu appropriés par les professionnels. La mission préconise ainsi plusieurs recommandations pour permettre d'améliorer la dynamique autour de cet outil :

- Les documents peuvent parfois être trop généraux du fait de leur mutualisation et **nécessiteraient d'intégrer davantage les spécificités des différentes structures** ;
- **La définition du circuit documentaire** : élaboration, validation, diffusion révision, archivage des documents ;
- **La redéfinition de la terminologie employée au regard des « standards » qualité** (définition de ce qu'est un processus, une procédure, un protocole, un document d'enregistrement, une charte etc.) ;
- La mise à la disposition des professionnels de davantage de postes informatiques leur permettant d'accéder à la borne numérique (et au logiciel PSI) ;
- **Les professionnels doivent davantage être associés à l'élaboration ou la mise à jour des différents documents qualité** pour favoriser leur appropriation et leur utilisation. L'enjeu majeur sera de développer l'homogénéisation des pratiques de chacun en provoquant des réflexions collectives autour des différentes thématiques de l'accompagnement. Ces documents doivent s'inscrire comme un positionnement institutionnel auquel les salariés doivent adhérer.
- Enfin, **l'évaluation de la connaissance et de l'application de ces documents pourra s'organiser** à travers, par exemple, des analyses de pratiques de terrain.

- **La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm**

Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique, et les deux dernières synthèses sur la qualité de vie dans les MAS et les FAM sont mises à disposition en salle de réunion.

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet personnalisé, etc.) et des rappels annuels sont réalisés par les cadres de proximité auprès de l'ensemble de l'équipe. Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

3.3. Le parcours de l'utilisateur

3.3.1 Le processus d'admission et d'accueil

- **Accueil physique et téléphonique**

L'accueil téléphonique de la MAS est géré par le secrétariat de la MAS, de 07h30 à 16h00 tous les jours de la semaine. Deux agents administratifs sont susceptibles d'intervenir sur la fonction d'accueil téléphonique. L'agent transfère les appels vers les professionnels demandés. En dehors de ces horaires, les appels sont transférés vers l'IDE en poste.

La zone d'accueil est située à l'entrée de la MAS : elle est composée d'un grand bureau indépendant (préfabriqué) au sein duquel deux personnes en charge de l'accueil et des tâches administratives travaillent quotidiennement.

- **Processus d'admission**

Le processus d'admission est structuré et organisé. L'admission d'un nouveau résident fait l'objet d'une procédure formalisée. Elle est également détaillée dans le projet d'établissement de la structure.

La démarche mise en œuvre est pluridisciplinaire, progressive et l'évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement est effective.

Après orientation d'une personne vers la MAS par la MDPH, une famille formule une demande d'admission ; cette demande d'admission est adressée au cadre de proximité qui la transmet directement à l'assistante sociale du PHD (il peut arriver que le dossier soit directement transmis à l'assistante sociale). L'assistante sociale est en charge de compléter le dossier de l'utilisateur, de contacter la famille pour obtenir les renseignements complémentaires, etc. L'assistante sociale peut également prévoir une visite de la MAS avec le demandeur.

Faisant suite à la visite, si la famille et l'utilisateur sont toujours intéressés par la MAS, la commission d'admission se réunit pour décider de l'intégration ou non de la structure. Dans la mesure du possible, cette commission est composée du directeur, du médecin, des cadres de proximité, de l'assistance sociale, de la psychologue et de la responsable IDE. Après la commission d'admission, afin d'entériner l'avis de l'équipe et de tester la réceptivité de l'utilisateur, un test est proposé (participation à une activité, intégration de la MAS pour une demi-journée, etc.). Le test permettra à la commission d'admission de valider définitivement l'avis émis initialement.

Pour de rares cas, l'admission est réalisée en urgence et la procédure, telle que définie dans le projet d'établissement et décrite ci-dessus, ne peut être respectée.

Enfin, notons qu'une procédure facilitée existe pour les usagers déjà pris en charge par le PHD : à titre d'exemple, de nombreux usagers sont administrativement pris en charge la MAS mais pris en charge de facto par le CEAP ; pour ces usagers, un accès à la MAS en priorité (sans commission d'admission) est garantie.

Tout au long de la démarche d'admission, un consentement de la personne et/ou de la famille est recherché ; compte-tenu de la pathologie, le consentement éclairé est difficile à obtenir, un lien important avec le tuteur est créé pour s'assurer du consentement de l'utilisateur.

A ce jour, une liste d'attente est constituée sur PSI, alimentée par l'assistante sociale ; une dizaine de « postulants » y figure à date d'évaluation.

Lors de la procédure d'admission, l'assistante sociale remet l'ensemble des documents réglementaires (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, chartes de droits et libertés, etc.).

La mission d'évaluation constate que la procédure est formalisée, progressive, pluri professionnelle et connue des intervenants rencontrés. Les documents légaux sont remis aux tuteurs des usagers, conformément à la réglementation en vigueur. En revanche, la mission note que le livret d'accueil est obsolète ; un nouveau livret d'accueil est en cours de rédaction et sera proposé au CVS de mars 2015. Par ailleurs, le projet d'établissement n'est pas remis.

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

Les modalités d'accueil d'un nouveau résident sont détaillées à l'échelle du PHD, mais ne font pas l'objet d'une procédure dédiée au sein de la MAS. Pour chaque nouveau résident, en amont de son arrivée sont nommés :

- un référent
- coordinateur de projet.

Le jour de son arrivée, le référent, le coordinateur de projet et le cadre de proximité sont présents ; le nouvel usager est présenté aux membres de sa villa. Le projet d'établissement prévoit la présence de l'assistante sociale, mais cela n'est pas toujours possible.

De fait, la MAS connaît très peu de mouvement ; ainsi, l'arrivée d'un nouvel usagé est assez rare. Cependant, l'évaluation externe recommande la formalisation d'une procédure dédiée à la MAS, à intégrer au projet d'établissement (en annexe).

Dans les quinze jours suivant l'admission, l'assistant(e) social(e) prendra alors contact avec la nouvelle personne accueillie et/ou son représentant légal pour signature :

- De la feuille de changement de médecin traitant qui sera transmise au secrétariat médical du service.
- Du contrat de séjour et d'un récépissé attestant la remise de l'ensemble des documents opposables. Cette dernière pièce sera classée dans le dossier administratif de la personne accueillie.

Un avenant au contrat de séjour précisera, dans un délai de six mois après l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne.

En résumé, l'arrivée est préparée par les biais suivants :

- Information du personnel en amont, à l'oral et par l'intranet
- Information des usagers pour les résidents de la villa concernée
- Décoration de la chambre en collaboration avec la famille qui participe à la personnalisation de la chambre
- La nomination d'un référent qui veille au bien-être quotidien de l'utilisateur et est garant du suivi du projet personnalisé.

La mission d'évaluation constate que l'accueil de nouveaux résidents est bien organisé notamment à travers les différents contacts pris en amont avec l'établissement (visites, rencontres). En effet, les équipes peuvent s'appuyer sur le recueil de données réalisé en amont ainsi que sur les observations réalisées pendant la période d'accueil séquentiel. Cette période permet aussi à l'utilisateur de disposer de premiers repères avant son entrée définitive.

En revanche, aucun temps dédié d'accueil n'est prévu (pot, goûter).

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

▪ L'effectivité des projets personnalisés

Le PHD a mené une réflexion de fond sur les projets personnalisés (trame, contenu, intégration dans PSI, etc.) depuis plus d'un an et demi.

A date d'évaluation, seuls 5 usagers disposaient d'un projet personnalisé (PP) co-construit avec les familles (5 PP signés par les familles et intégrés sur PSI); cette faiblesse s'explique par l'attention de l'établissement de vraiment impliquer les familles et les tuteurs dans la définition des projets personnalisés (contact téléphonique, rencontre à domicile, etc.). La mission note qu'à date d'évaluation, d'autres projets personnalisés avaient été élaborés et rédigés mais étaient en attente de rendez-vous pour signature des familles. L'ensemble des PP ont par ailleurs été réactualisés au cours de l'année 2014.

Par ailleurs, l'établissement s'est fixé pour objectif d'intégrer l'ensemble des projets dans le PSI au 10/12/14. **La mission d'évaluation encourage l'établissement à poursuivre cette dynamique afin de se mettre en conformité avec la réglementation.**

▪ Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure et sont connues de l'ensemble des professionnels rencontrés.

L'élaboration d'un projet se fait par cycles de 6 semaines : 6 semaines avant la réunion de projet, le référent entre en contact avec la famille pour recueillir les attentes, les objectifs, les envies, etc. Ensuite se tient une réunion de pré-projet qui associe le médecin, l'assistante sociale, la psychologue, les rééducateurs, l'éducateur référent, le cadre de proximité et l'animateur ; une première version du projet personnalisé est présentée en réunion de pré projet et est amendée en réunion. Cette réunion vise à confronter les différents points de vue et ressentis de l'équipe.

Enfin, 15 jours après, une réunion de projet permet de valider définitivement le projet de la personne.

La démarche mise en place est structurée et inclut ainsi une co-construction du projet avec l'utilisateur ou son représentant légal et est pluridisciplinaire, conformément aux recommandations de l'ANESM. Les réunions de projets personnalisés font l'objet d'une planification définie et régulière (organisées le mardi matin).

La mission d'évaluation identifie quelques pistes d'amélioration toutefois :

- renforcer la communication auprès des équipes et des familles sur le rôle du référent. Le rôle de ce dernier n'est pas très clair en effet selon les personnes rencontrées, et repose actuellement sur la motivation des professionnels ;
- l'établissement n'a pas formalisé à ce jour de grille commune d'évaluation de la situation des personnes (des besoins et des capacités des usagers), qui servirait à alimenter le projet personnalisé.

▪ Le contenu du projet personnalisé

Les projets consultés, élaborés sur une trame commune, présentent un contenu homogène. Ils comportent les objectifs de l'accompagnement de la personne dans ses différentes dimensions, et des modes opératoires définissant les modalités de mise en œuvre pour atteindre l'objectif de la personne accueillie. Les projets personnalisés consultés comportent en moyenne 2 à 4 grands objectifs d'accompagnement.

Par ailleurs, la trame du projet intègre un cadre de recueil des attentes de la famille, ainsi qu'un cadre réservé à l'évaluation du précédent projet, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Les projets personnalisés sont disponibles sous format papier (pour la famille et les dossiers physiques) mais **sont également disponibles sur le PSI** (logiciel du pôle).

Lorsque l'élaboration de l'ensemble des projets personnalisés des usagers de la MAS sera finalisée, **la mission encourage l'établissement à intégrer au sein de la trame de projet personnalisé des indicateurs** de suivi et de réalisation des objectifs identifiés.

Par ailleurs, suite à l'analyse documentaire de plusieurs projets, **la mission souligne qu'il serait intéressant de détailler davantage certains éléments de contenu relatifs aux moyens de mise en œuvre des objectifs** (par exemple, à la place de « diverses activités » mises en place, préciser lesquelles). **La dimension éducative des projets apparaît ainsi peu développée** par rapport aux autres axes d'accompagnement (contenu très généraliste, objectifs peu personnalisés, etc.). La mission d'évaluation encourage l'équipe en charge de la rédaction des projets personnalisés à renforcer le travail sur leur contenu (objectifs plus individualisés, modalités de mise en œuvre des objectifs davantage précisées, etc.), en s'appuyant sur la RBPP de l'ANESM afférente, de manière à construire des projets personnalisés dont le contenu présente un bon équilibre entre les différentes dimensions de l'accompagnement (éducatif, rééducatif, etc.). Ce travail permettra la mise en place d'indicateurs de suivi et de réalisation des objectifs pertinents. Dans ce cadre, la mission note que l'établissement a déjà identifié l'amélioration des contenus des PP comme axe de progrès pour les années à venir.

▪ Suivi et évaluation du projet personnalisé

La visite réalisée sur site a permis de constater que l'outil de projet personnalisé était bien repéré par les professionnels et constituait un **véritable outil d'accompagnement**, permettant une individualisation de celui-ci.

La mise en œuvre et le suivi du projet incombent à l'ensemble des professionnels sur chacun des objectifs qui les concernent. Elle est coordonnée par le coordinateur éducateur, qui est le garant du projet.

Au 31 décembre 2013, 79% des projets personnalisés avaient été réactualisés depuis un an ou moins⁸.

La réactualisation des projets existants est bien organisée : ces derniers sont réactualisés *a minima* une fois par an conformément à l'obligation légale. Une nouvelle réunion pluridisciplinaire de projet est mise en œuvre afin de réaliser un bilan des objectifs de l'année précédente et les réactualiser. Si des modifications importantes interviennent en cours d'année, une révision du projet peut être mise en place prématurément. Avant la réunion de projet, les référents ont pour missions de récupérer l'ensemble des informations relatives à l'utilisateur pour en faire la synthèse en réunion de projet.

3.3.3 La fin d'accompagnement

▪ Les réorientations

La MAS est rarement confrontée à des orientations. Si l'utilisateur est orienté vers un FAM (seule véritable orientation possible), l'établissement assurera la bonne transmission des informations et du dossier de l'utilisateur afin de favoriser l'intégration du résident.

De la même façon, les sorties d'établissements pour retour à domicile sont extrêmement rares.

▪ La gestion des fins de vie

La gestion des fins de vie a fait l'objet d'une réflexion approfondie de la part de l'établissement (une procédure existe au niveau du PHD). L'équipe d'évaluation note que les professionnels ne connaissent que vaguement cette procédure mais celle-ci est consultable sur site (borne numérique ou version papier).

Pour préparer les équipes à la gestion de fin de vie, deux dispositifs existent :

- Des sensibilisations informelles de la part du médecin de la MAS, également médecin d'un EHPAD et donc aguerri sur le sujet

⁸ Chiffres donnés par la direction dans le formulaire de renseignement EQR.

- Des formations « gestion de fin de vie » pour certains salariés.

A ce jour, peu de fin de vie sont recensées sur la MAS (1 en 2013), mais compte-tenu de l'avancée en âge des résidents (notamment sur l'hébergement permanent), cette question va devoir être approfondie.

La MAS sera encouragée à poursuivre cette dynamique. Pourront également être mis en place :

- La systématisation du recueil des souhaits des usagers et de leur représentant légal concernant la fin de vie ;
- Un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention d'un psychologue, groupes d'expression par exemple).

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1 Qualité du cadre de vie

■ Les locaux

Lors de la visite sur site, de nouveaux locaux étaient en cours de construction pour la MAS. Pendant la construction des nouveaux bâtiments, le service était délocalisé au sein d'anciens locaux d'EHPAD. Ces locaux, sont composés de 4 unités de 2 villas reliées par un espace extérieur (jardin et esplanade d'activité). La mission d'évaluation tient à souligner le mauvais état des locaux et l'inadéquation de ces derniers à l'accueil d'un public dépendant.

Les locaux actuels, dans l'attente du déménagement, sont vétustes, exigus et difficile à entretenir. La mission tient à relever quelques points marquants :

- les chambres ne disposent pas toutes de portes,
- il existe peu de chambres individuelles,
- les douches sont partagées avec des systèmes d'évacuation non fonctionnels
- les espaces communs sont exigus et peu adaptés à l'accueil de personnes à mobilité réduite en forte dépendance.

Malgré ces points, le site de l'établissement est agréable, avec une cour extérieure accessible pour chaque villa et un accès à un jardin. Les différentes unités sont organisées de manière à faciliter le repérage dans l'espace pour les résidents et les visiteurs (chaque unité est numérotée). **L'infirmerie est située à proximité des villas, permettant une intervention rapide si besoin. L'établissement dispose également d'une salle de rééducation et d'une cuisine thérapeutique. Les locaux administratifs sont situés à l'entrée de l'établissement, dans des préfabriqués.**

La mission d'évaluation note l'amélioration notable du cadre de vie des résidents qui sera apportée par la finalisation des nouveaux bâtiments (cf. encadré ci-dessous).

Extrait du document « Les fondements du futur projet architectural de la MAS » relatif à la construction de nouveaux bâtiments :

Les fondements du futur projet architectural de la MAS :

1. Garantir le respect des droits fondamentaux des usagers :
 - En termes d'intimité et de vie privée : le taux de chambres individuelles passera de 47 % à 92 %. Les différents espaces à l'intérieur des salles de bains seront séparés.
 - En termes de liberté d'aller et venir et de sécurité : l'établissement sera clos et entièrement sécurisé offrant ainsi une plus grande liberté de circulation pour les usagers.
2. Procurer aux usagers des conditions d'accueil plus conformes aux exigences actuelles en matière de cadre bâti (augmentation du nombre de m2 par usager).
3. Différencier de façon plus marquée les lieux d'activités et de vie des usagers et créer du « mouvement » à l'intérieur de l'établissement afin de lutter contre les phénomènes de mortification.

4. Organiser le service en petites unités avec des espaces plus contenant pour un accompagnement plus adapté aux différentes problématiques et éviter ainsi les cohabitations difficiles et les situations problèmes.
5. Améliorer les conditions d'hygiène générale et les conditions de travail des professionnels.

Il est organisé autour de plusieurs axes :

1. Un espace hébergement constitué principalement des chambres des usagers et d'espaces communs tels que les salles de bains, salles à manger et offices. Il est organisé autour de 6 unités et totalise 57 chambres en tout, dont 53 individuelles. Il est constitué de :
 - 2 unités de 10 composées uniquement de chambres individuelles ne disposant pas de salle de bains et de toilettes propres, d'une salle de bain commune avec plusieurs postes séparés pour un meilleur respect de l'intimité des usagers lors des toilettes, d'une salle d'activité et d'une salle à manger, d'un office commun pour la réception des repas. Ces deux unités sont destinées à recevoir les personnes polyhandicapées les plus graves ayant très peu d'interaction avec leur environnement.
 - 2 unités de 9 composées uniquement de chambres individuelles dont certaines seront équipées de douche et toilettes. Chacune d'elle sera équipée d'un office, d'une salle de restaurant, de salles d'activités et d'une salle de bain commune. Ces deux unités sont destinées à recevoir des personnes polyhandicapées ou présentant des troubles envahissants du développement.
 - 1 unité de 11 composée uniquement de chambres individuelles dont certaines seront équipées de douche et toilettes, d'un office, d'une salle de bains commune, de salles d'activité et de restaurant. Elle est destinée à recevoir des personnes polyhandicapées présentant des troubles plus ou moins graves du comportement.
 - 1 unité de 12 composée de 4 chambres doubles dont une avec douche et toilettes et 4 chambres individuelles comportant chacune une douche et des toilettes. L'unité disposera d'une salle de bain commune, d'un office, d'une salle de restaurant et de salles d'activités. Elle est destinée à recevoir des personnes polyhandicapées ayant des capacités d'interaction avec leur environnement.
2. Un espace dédié à la rééducation, aux ateliers et activités. Il sera principalement situé sur les 3 villas réhabilitées de l'annexe, séparé du bâtiment principal, et comportera des salles dédiées à la kinésithérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité, des espaces dédiés à la cuisine, la balnéothérapie, l'esthétique, le trampoline. En outre, des salles d'activités seront réparties sur chacune des unités conformément à la volonté de « mettre du mouvement » à l'intérieur de l'établissement.
3. Une cour intérieure sécurisée dédiée à des lieux de détente, des aires de jeux et de déambulation pour les usagers.
4. Un espace d'accueil avec un hall d'entrée, le bureau de la secrétaire et un espace dédié aux familles.
5. Un espace administratif situé à l'étage et qui sera principalement constitué des bureaux et d'une salle de réunion.

■ L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est assuré pour partie par l'équipe de 6 agents d'entretiens employés sur la MAS. Elles interviennent sur les unités de vie, les locaux administratifs et les espaces communs (de 6h30 à 13h30 pour l'équipe du matin et de 13h00 à 20h00 pour l'équipe de l'après-midi).

Les agents veillent à respecter les habitudes et horaires des résidents dans l'organisation de leurs interventions. L'entretien des locaux est en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité. Les personnels bénéficient d'une formation portant sur l'hygiène régulièrement, assurant une bonne connaissance et le respect des normes. Le stockage des produits est sécurisé (local fermé à clé).

Malgré l'état de vétusté des bâtiments d'accueil de la MAS, la mission d'évaluation a pu constater la propreté des locaux lors de sa visite sur site, ce qui contribue à la qualité du cadre de vie offert par l'établissement. L'établissement dispose de protocoles d'entretien des locaux, de fiches de traçabilité et de fiches produits. L'établissement identifie ce travail de formalisation, de sécurisation, et d'harmonisation des pratiques de nettoyage des locaux comme un axe d'amélioration à poursuivre dans les années à venir.

Les produits ménagers sont stockés dans un local réservé à cet effet, dénommé « réserve centrale », qui est fermé à clé et dont l'accès est contrôlé. Pour une utilisation au quotidien, les produits ménagers sont stockés au niveau des offices dans des placards sécurisés (fermés à clé). Tous les vendredis, les agents de service réapprovisionnent les unités sur la base d'une fiche de besoins que les AS/AMP font remonter.

La mission d'évaluation note ainsi la bonne organisation de l'entretien des locaux sur la MAS. En revanche, un problème de poubelle semble exister sur le site : entre deux passages de ramassage des ordures, les poubelles (dont les couches), sont stockées dans un préfabriqué à l'entrée du site (2 jours entre chaque passage de ramassage des ordures).

▪ L'entretien du linge

L'entretien du linge plat et du linge des résidents est assuré par un prestataire extérieur. Le personnel d'entretien de la MAS n'effectue le nettoyage que de certains tissus (sangles, combinaisons des résidents, chaussettes et rideaux). Le linge sale est collecté le matin. Le linge propre est alors déposé dans les locaux de l'établissement, puis redistribué par les agents d'entretien l'après-midi.

Les personnes rencontrées s'accordent sur la mauvaise qualité des prestations de lingerie du prestataire : le linge revient souvent humide, déchiré, ou en mauvais état.

Afin de permettre la transmission d'information entre les équipes du matin et celles du soir, un cahier de transmission permet de laisser des messages.

▪ La restauration

La restauration est réalisée sur le site du PHD par une cuisine centrale puis livrés en liaison chaude au sein de conteneurs.

La cuisine centrale a fait l'objet récemment d'un audit, principalement pour les EHPAD mais dont les conclusions sont plus générales et utiles pour l'ensemble des établissements. Un plan d'action est en cours de mise en œuvre. Un certain nombre de règles sont respectées (relevés de température, conservation de plats témoins) en cuisine centrale tandis que d'autres nécessitent une reconfiguration des locaux (marche en avant). Un nouveau logiciel (Salamandre) est en cours d'installation pour améliorer les commandes et les remontées d'informations entre les différents établissements et la cuisine centrale.

Les régimes spécifiques des usagers sont respectés. Un travail a été réalisé avec un nutritionniste, qui a formé les équipes de la cuisine centrale et travaillé sur les textures. La cuisine centrale produit plus de 600 repas au textures adaptées/modifiées (27 déclinaisons) pour les établissements de la Fondation. Les habitudes alimentaires liées aux interdits culturels sont respectées. Toutefois, l'équilibre alimentaire n'est pas pleinement respecté, en dépit d'une amélioration récente évoquée. **L'audit réalisé pointe l'absence de diététicien sur site.**

Concernant le déroulé du repas sur le site de la MAS, les résidents déjeunent au sein de leur villa, accompagnés du personnel d'encadrement de la MAS. Alors que les espaces communs au sein des villas sont extrêmement exigus (surtout avec des fauteuils et appareils de soutien), les espaces extérieurs ont été aménagés pour les repas par beau temps (terrasse extérieure ombragée).

La mission d'évaluation a pu observer le bon déroulement d'un temps de repas du midi sur l'une des villas :

Quatre professionnels étaient présents pour 8 usagers le jour de cette observation. Quatre résidents mangent dehors sur une terrasse, et quatre autres mangent au sein de la salle commune de la villa. Les professionnels rencontrés indiquent que les personnes qui mangent à l'intérieur sont principalement ceux qui sont les plus frileux.

Quelques résidents sont plus autonomes dans la prise de repas que d'autres, et sont encouragés par l'équipe à manger sans aide. Le personnel reste vigilant, encourageant notamment ces résidents à finir leur assiette.

D'autres usagers bénéficient d'une aide individuelle. Les professionnels verbalisent systématiquement les actes qu'ils réalisent (« je te donne à boire, c'est du sirop »).

Au cours de la fin du repas, quelques violents coups de vent ont entraîné un repli à l'intérieur des quatre résidents ayant mangé dehors. Lorsque les 8 résidents se sont retrouvés dans la salle commune de la villa, l'espace exigu ne permettait pas de manœuvrer librement et facilement le fauteuil d'un usager sans bouger celui d'un autre.

A la fin du repas, une professionnelle remplit le cahier des externes (les changes réalisés, la prise de repas, etc.). A l'arrivée d'une aide-soignante présente sur le temps de l'après-midi, une transmission orale est assurée sur la terrasse (entre 13h et 13h30).

La mission d'évaluation souligne quelques points :

- le caractère agréable de la terrasse extérieure aménagée et ombragée pour la prise de repas. Cependant, en cas de mauvais temps, les conditions de prise de repas sont peu adaptées ;
- le temps de transmission orale a lieu au milieu des résidents, ce qui ne favorise pas la confidentialité des échanges.

3.4.2 L'accompagnement proposé

▪ Les soins

La prescription des soins

La MAS dispose de 0,68 ETP⁹ de médecins pour les usagers de la MAS. Deux professionnels interviennent régulièrement sur la MAS (un médecin généraliste, et un médecin psychiatre).

L'ensemble des traitements sont correctement prescrits, ainsi que les soins qui doivent l'être.

La mission d'évaluation note que le projet d'établissement de la MAS précise qu'un médecin de rééducation peut également effectuer quelques consultations « une demi-journée tous les 2 mois », mais que ce n'est plus le cas à date d'évaluation.

Le projet de soin et la coordination

Le projet d'établissement comprend une partie intitulée « **accompagnement à la santé et aux soins** » qui traite des soins médicaux (curatifs, psychiques, etc.). Cependant cette partie est peu développée et ne décrit pas le rôle des soins dans la prise en charge globale des personnes.

La coordination des soins sur la MAS est assurée par le médecin généraliste, pour ce qui concerne la partie médicale et la prévention et par **l'équipe d'infirmiers**, qui encadrent les personnels soignants et assurent l'interface avec le personnel d'encadrement. **La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier.**

L'organisation des soins

Le projet d'établissement comprend une partie intitulée « **accompagnement à la santé et aux soins** » qui traite des soins médicaux (curatifs, psychiques, etc.). Cependant cette partie est peu développée et ne décrit pas le rôle des soins dans la prise en charge globale des personnes.

Les **plannings** du personnel soignant sont validés par les cadres de proximité.

La coordination des soins sur la MAS est assurée par le médecin généraliste, pour ce qui concerne la partie médicale et la prévention et par **l'équipe d'infirmiers**, qui encadrent les personnels soignants et assurent l'interface avec le personnel d'encadrement. **La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier** (la MAS compte 5 IDE à temps plein : un responsable infirmier et 4 IDE). Chaque résident dispose d'un **plan de soins**

⁹ Source : projet d'établissement, p.105

individualisé qui précise les soins dont il a besoin. Les plans de soins sont disponibles sur les postes informatiques PSI sur l'ensemble de la MAS.

Le responsable infirmier est en lien continu avec le médecin de la MAS qui passe tous les jours pour des consultations sur site. Les **transmissions infirmières et soignantes** sont réalisées à l'oral et sur PSI. **Le dossier médical du résident est sur PSI**, coordonné par le médecin de la MAS qui assure l'homogénéité et la structuration du contenu. **De nombreux protocoles de soins sont formalisés sur la MAS** et ont été retravaillés en septembre 2014 sous le pilotage du médecin de la MAS, à partir des recommandations de bonnes pratiques et des documents existants.

Enfin **l'administration des médicaments aux usagers fait l'objet d'une attention particulière** : préparation quotidienne, délivrance par les IDE, suivi des prises, etc. La délivrance des médicaments fait l'objet d'une traçabilité sur PSI. La nuit, les médicaments sont distribués par l'équipe de nuit, par délégation (avec préparation des IDE).

Toutefois, plusieurs enjeux sont repérés par la mission d'évaluation :

- Formaliser le circuit du médicament spécifiquement sur la MAS ;
- La mission note que les habitudes de vie renseignées dans les plans de soins sur le PSI ne sont pas toujours à jour (faute notamment de temps dédié à l'actualisation de ces écrits) et leur actualisation devrait être renforcée (notamment en cas d'évolution de l'état de la personne). La nomination d'une IDE responsable de l'actualisation de ces plans de soins constitue une première réponse pertinente, mise en place par l'établissement en 2014 ;
- lors de la distribution des médicaments par les AS-AMP, la traçabilité de la prise n'est pas réalisée molécule par molécule.

La prise en compte des thématiques de soin spécifiques

La **gestion de la douleur** est réalisée au cas par cas, par les équipes d'accompagnement : le repérage de la douleur ne fait pas l'objet d'un dépistage avec une grille commune (la mission d'évaluation note que peu d'outils d'évaluation adaptés sont utilisés, et que les pratiques sont hétérogènes).

Les chutes font l'objet d'une procédure spécifique et leur suivi est effectué au sein de PSI (chaque chute est renseignée par les équipes soignantes sur le logiciel PSI).

Les **risques de dénutrition** font l'objet d'une attention par les professionnels. Les résidents le nécessitant peuvent avoir accès à des régimes spécifiques sur prescription du médecin ; un suivi est assuré par l'équipe des soignants sur PSI. L'ensemble des professionnels sont sensibilisés aux risques de déshydratation : des bouteilles d'eau sont à disposition sur chacune des villas, et les quantités d'eau sont notées tous les soirs sur PSI.

Des mesures de contention peuvent être envisagées si besoin, sur prescription d'un des médecins. Elles sont réévaluées régulièrement.

L'ensemble des évènements marquants (chutes, contentions, etc.) sont évoqués en réunions de pré-projet par les membres de l'équipe présents, et des actions correctives sont recherchées.

De façon globale, les enjeux pour l'établissement résident :

- dans la meilleure utilisation du logiciel PSI et de toutes ses fonctionnalités afin de garantir l'actualisation régulière et la formalisation de bilans sur différentes thématiques (chutes, points d'attention, etc.). La formation de l'ensemble des personnels sur PSI est un axe d'amélioration repéré par l'établissement.
- dans la recherche d'actions correctives plus régulièrement qu'en réunion de pré-projet (une fois par an) ;
- dans l'organisation de mini-formations/communications sur ces thématiques communes afin d'homogénéiser les pratiques des professionnels, et de partager une culture commune du « prendre soin ».

■ L'accompagnement psychologique

La psychologue du PHD intervient à un niveau limité sur la MAS (0,25 ETP). Elle intervient essentiellement auprès des professionnels pour de l'analyse des pratiques professionnelles mais le faible temps dédié à la MAS limite son intervention auprès des usagers et des familles. Elle intervient dans ce cadre notamment sur les temps d'admission et lors des réunions (réunions de projets par exemple).

■ L'accompagnement rééducatif

L'accompagnement rééducatif est structuré sur l'établissement. C'est un point fort de la MAS qui dispose d'une équipe de rééducation pluridisciplinaire et de moyens matériels adaptés pour bien répondre aux besoins des résidents. L'équipe est composée de :

- 1,5 ETP d'ergothérapeute
- 1,5 ETP de psychomotricien
- 1 ETP de MKDE

Les prises en charge se font en individuel (éveil musical, éveil corporel, éveil sensoriel, etc.) ou en groupe, tous les jours, au sein de la salle de rééducation, des villas ou en profitant des infrastructures du PHD (piscine par exemple). Les interventions de la psychomotricienne et du MKDE se font sur la base de prescriptions médicales.

Certains ateliers de groupes sont animés en pluri-professionnalité ; à titre d'exemple, les groupes « découverte du monde » ou « autour de la main » sont animés par une ergothérapeute et une psychomotricienne. Par ailleurs, certaines activités s'inscrivent dans la continuité de la promotion de l'autonomie : en l'occurrence, pour l'atelier cuisine thérapeutique, un résident accompagne les professionnels en charge de l'achat des matières premières (une AS et une AMP en charge des courses).

En sus des activités d'accompagnement, les professionnels participent à :

- la gestion des commandes de matériel
- l'aide et le conseil en manutention pour les autres établissements du PHD (pour l'ergothérapeute)
- l'appareillage des personnes accompagnées
- des visites à domicile de façon ponctuelle

Chaque projet collectif est formalisé par l'équipe. Les suivis des accompagnements sont tracés par les rééducateurs dans PSI. L'ensemble des rééducateurs participent à l'élaboration des projets personnalisés et des synthèses de chaque résident et participent aux différentes réunions d'équipe afin d'assurer la coordination de l'accompagnement.

Enfin, cette année, les rééducateurs ont beaucoup été mobilisés sur les travaux en lien avec les futurs bâtiments.

La coordination des membres de l'équipe avec le reste des professionnels de la MAS se fait par différents biais :

- Utilisation de PSI
- Participation aux réunions de travail avec les rééducateurs du PHD le lundi midi
- Participation aux réunions de transmission de la villa 1 et 2
- Participation aux réunions institutionnelle avec les rééducateurs PHD et les médecins (1 fois par mois)
- Participation aux réunions de MAS une fois par mois, (médecin, rééducateurs, éducateurs spécialisés, cadres de proximité et IDE)
- Formalisation de transmissions après les ateliers
- Transmissions orales

L'accompagnement rééducatif est mis en œuvre par une équipe de professionnels organisés, qui adaptent leurs interventions aux besoins des personnes.

■ L'accompagnement à la vie quotidienne

Structuration

L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est en cours de structuration sur la MAS. Le recueil des habitudes de vie relève depuis peu de l'IDE « responsable » qui les réactualise. Des plans de soins

sont élaborés sur le logiciel PSI. Ils sont également réactualisés depuis peu par l'IDE nommée responsable sur ce volet.

Le projet d'établissement de la MAS constitue un cadre de structuration du contenu de l'accompagnement à la vie quotidienne. D'après ce dernier, l'accompagnement à la vie quotidienne réside dans des « réponses aux besoins physiologiques (hébergement, alimentation, sommeil) de bien-être en conciliant à la fois l'accompagnement personnalisé et collectif. Il se décline en plusieurs volets (le réveil ; le lever et la toilette ; l'habillage ; le petit déjeuner, les changes, etc.). Une journée type du résident y est détaillée.

La mission d'évaluation souligne que le plan de soins ainsi que le recueil des habitudes de vie permettent de structurer l'accompagnement à la vie quotidienne (toilettes, etc.). Elle encourage ainsi l'établissement à poursuivre l'effort de réactualisation entrepris.

Par ailleurs, les cahiers de liaison des semi-internes permettent aux familles et aux équipes d'échanger des renseignements sur l'alimentation, l'hygiène et le comportement des résidents afin d'assurer la continuité de l'accompagnement.

Un enjeu repéré par l'établissement réside dans la poursuite de la formation régulière de l'ensemble des équipes à l'utilisation de PSI pour l'actualisation régulière des plans de soins. Les professionnels rencontrés sur la MAS Les Pléiades ont en effet indiqué ne pas se servir de toutes les fonctionnalités de l'outil.

Adaptation de l'accompagnement aux besoins et qualité des pratiques

La taille et la composition des groupes sur les villas sont ajustées selon le profil et les besoins des résidents accueillis, et ont été réfléchies de manière à adapter et personnaliser au mieux l'accompagnement. Par exemple, les villas 7 et 8 accueillent aujourd'hui de nombreux semi-internes, du fait de la proximité du portail d'entrée qui leur facilite l'accès à la maison, tandis que les villas 5 et 6 accueillent des résidents présentant des TED, et proposent davantage de chambres individuelles (car certains résidents font l'objet de protocoles d'isolement). Cet accompagnement par petits groupes a ainsi permis une adaptation renforcée aux besoins des personnes.

L'accompagnement proposé est adapté dans la mesure du possible aux rythmes des résidents. Le matin, l'accompagnement est axé sur le lever, la toilette, la mise en fauteuil, le petit déjeuner et la distribution de médicaments. Les horaires des toilettes et des petits déjeuners sont échelonnés dans la mesure en fonction de l'heure à laquelle les résidents se lèvent. Les horaires du déjeuner sont également adaptés à chacun en fonction du rythme de digestion et de l'aide nécessaire à la prise de repas. L'après-midi s'articule autour de la sieste puis d'activités, selon les besoins et souhaits de chacun. La soirée est rythmée par les toilettes, les repas, la distribution des médicaments et les couchers. **Les plans de soins et les projets personnalisés précisent les habitudes de chacun, de manière à rester au plus près des habitudes des résidents.**

L'analyse documentaire, les entretiens conduits et les temps d'observation réalisés mettent en évidence la qualité de l'accompagnement à la vie quotidienne qui est proposé par les équipes, et le souci constant de son adaptation aux rythmes des résidents. Plusieurs éléments l'attestent :

- **Le choix de constituer des groupes ciblés (en termes de niveaux de handicap et de dépendance des résidents notamment).** Cette hétérogénéité permet de maintenir une dynamique de « lieu de vie ».
- **L'accompagnement et les pratiques sont bien cadrés.** Si les équipes ont la possibilité de s'adapter au rythme des personnes, elles s'organisent dans un cadre collectif et respectent les contraintes qu'implique le fonctionnement en collectif (heures de prise des médicaments, articulation avec les prises en charges individuelles, soins, etc.).
- **L'accompagnement est personnalisé au quotidien** (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...).
- **Les postures et les pratiques des professionnels observées par la mission d'évaluation sont de qualité** (implication, souci de verbaliser, etc.).

Quelques points d'attention toutefois :

- on observe une certaine limitation de la transversalité et hétérogénéité entre les villas de l'établissement en ce qui concerne l'accompagnement à la vie quotidienne. Bien que le fonctionnement par « lieux de vie » soit un atout, un enjeu de maintien d'une identité d'équipe à l'échelle de

l'établissement est relevé (réflexions communes sur des thématiques clés de l'accompagnement telles que l'hydratation, l'évaluation de la douleur, etc.) ;

- La formalisation de projets de groupes sur les villas, précisant les objectifs spécifiques de l'accompagnement en fonction du profil des personnes accueillies permettrait de clarifier la vision pluriprofessionnelle des équipes sur leur travail, et de renforcer la cohésion d'équipe ;
- l'amplitude horaire entre les repas du soir et le petit déjeuner (18h – 8h) dépasse l'amplitude recommandée par la Haute Autorité de Santé (12h maximum) ;
- compte tenu du niveau de dépendance des personnes accueillies, le taux d'encadrement sur certains temps clés de l'accompagnement à la vie quotidienne (accompagnement à la prise des repas notamment) semble limiter les possibilités d'accompagnements individuels (un résident peut ainsi avoir à attendre que son voisin ait fini, avant de pouvoir être lui-même accompagné dans sa prise de repas). L'établissement a déjà mis en place certaines solutions permettant de répondre à cette problématique (renforcement des équipes par des stagiaires, négociations avec l'ARS notamment. La mission d'évaluation encourage la mise en place d'une réflexion avec les équipes sur les horaires et plannings de présence des professionnels, de manière à renforcer l'accompagnement sur les temps forts de la vie quotidienne (levers, repas, etc.).

■ **La vie sociale et culturelle**

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé à la MAS est structuré. Il est coordonné par deux éducateurs spécialisés présents à temps plein sur l'établissement, et un animateur socio-éducatif. Le projet d'établissement détaille les modalités de cet accompagnement.

Des ateliers et activités diversifiés sont proposés aux usagers, à l'extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement (lundi : promenades extérieures, mercredi : atelier peinture, jeudi : parcours de santé, vendredi : pique-nique, etc.). Ils sont assurés par l'équipe éducative, mais également par des intervenants extérieurs (esthéticienne et artistes peintres notamment). Au global, hors activités ponctuelles (promenades, etc.), le projet d'établissement précise que quatre ateliers sont proposés régulièrement aux résidents :

- L'atelier Apaiser, Détente et Communiquer, qui a pour objectif « d'offrir la possibilité aux résidents de vivre leur corps autrement et d'être à l'écoute de celui-ci, en essayant d'accepter les sensations telles qu'elles sont. Par ailleurs cela permet d'établir une communication, en stimulant l' « imaginaire » ».
- L'atelier Arts Plastiques « qui permet de mobiliser les capacités des résidents, en stimulant les sens, la créativité et surtout de maintenir le lien donner/recevoir. Cela inclut la structuration du temps en utilisant les événements festifs ».
- L'atelier Esthétique « constitue un moyen de prendre en compte la personne dans sa globalité en améliorant et en valorisant l'image d'elle-même. C'est aussi un moment où le résident reçoit du plaisir ».
- L'atelier Conte en médiathèque « favorise la socialisation, en effet par des facteurs tels que la dynamique de groupes, l'écoute, et les règles de vie de la société. Cet atelier est organisé en dehors de l'institution, impliquant la nécessité de sortir de son lieu de vie habituelle et d'y revenir ».

Les activités sont proposées aux usagers en fonction des souhaits et manifestations de plaisir de chacun et dans le but de susciter leur bien-être. Les professionnels rencontrés ont indiqué que leurs interventions s'effectuaient en fonction des projets personnalisés de chacun des résidents.

La mission d'évaluation note cependant que les deux éducateurs spécialisés consacrent à ce jour la majeure partie de leur temps à la formalisation et à l'actualisation des projets personnalisés. Ils sont ainsi chargés du recueil des souhaits de la famille, ainsi que de la collecte de toutes les observations des professionnels qui interviennent auprès de la personne accueillie. Ils reprennent ensuite les constats, et en font une synthèse.

La mission d'évaluation a observé des postures et des discours professionnels bienveillants et respectueux à l'égard des usagers et des familles. Elle note toutefois quelques pistes d'amélioration :

- La mission d'évaluation n'a pas eu accès à des plannings consolidés d'activités régulières permettant de voir l'ensemble des activités de groupe organisées par les différents professionnels. Ce document permettrait aux familles, mais aussi aux professionnels (hors éducatif) de s'organiser à l'avance pour pouvoir participer à certains ateliers ;

- La mission d'évaluation n'a pas eu accès à des projets d'activités formalisés par les équipes (documents qui permettent de définir des principes d'intervention communs, de valoriser les bonnes pratiques, d'évaluer les activités, etc.). L'établissement a mis en place des fiches décrivant les ateliers, mais aucune fiche décrivant les activités proposées n'a été formalisée. De ce fait, l'établissement rencontre des difficultés à évaluer les activités (absence d'indicateurs, etc.). Il s'agit d'un axe d'amélioration identifié par la direction de l'établissement ;
- Les évaluateurs encouragent l'établissement à diversifier les activités proposées et à se tourner davantage vers l'extérieur. La mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'équipe sur l'organisation et la participation lors de ces temps constitue un enjeu d'amélioration, afin d'assurer la pluridisciplinarité des ateliers (rééducateurs-éducateurs notamment).

3.4.3 La coordination de l'accompagnement

■ Les temps de coordination d'équipe et la circulation des informations

Les réunions

Plusieurs réunions sont organisées pour structurer l'accompagnement et coordonner l'intervention des différents professionnels, notamment (liste non exhaustive) :

- Les réunions de projets personnalisés le mardi de 10h à 12h, associant l'ensemble des professionnels intervenant auprès de l'usager, avec pour objectifs :
 - Repérer les problématiques de la personne accueillie pour mieux comprendre les comportements et identifier les besoins spécifiques ;
 - Validation des stratégies d'accompagnement ;
 - Validation des objectifs à atteindre.
- Les réunions d'évaluation et d'actualisation de l'avenant au contrat de séjour le mardi de 10h à 12h (en alternance avec les réunions de projets personnalisés), avec pour objectifs :
 - Evaluation du travail accompli au cours de l'année écoulée ;
 - Confirmation ou modifications des objectifs fixés et des modalités opérationnelles.
- Les réunions de préparation d'avenants et de projets, avec l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge du résident, avec pour objectifs de :
 - Faire la synthèse des dossiers de l'année N-1
 - Evaluer les objectifs de l'année N-1
 - Poser les modalités opératoires de l'année N+ 1
- Les Réunions de fonctionnement médecin/paramédicaux / éducateurs, tous les quatrième mercredi du mois, avec les IDE, les rééducateurs et les éducateurs spécialisés, avec pour objectifs :
 - Assurer la mise en œuvre et la cohérence de la prescription médicale ;
 - Ajuster et vérifier de la bonne mise en œuvre des prescriptions ;
 - S'assurer de la pluridisciplinarité des prises en charges.
- Les réunions rééducateurs et médecins du PHD, tous les mois.
- Les réunions d'informations et d'échanges (réunions institutionnelles), tous les mois,
- Les réunions d'encadrement, associant entre autre le directeur, les cadres de proximité et la psychologue
- Les réunions de coordination des cadres, tous les mercredis de 11h00 à 12h00
- Les réunions de fonctionnement de service
- Les réunions d'unité / villa toutes les semaines (45 minutes), avec pour objectifs :
 - Transmissions et échanges entre les professionnels concernant les accompagnements de chacun des usagers de l'unité : harmonisation des pratiques
 - Vérification et mise à jour des dossiers si besoin
- Les réunions de transmission quotidiennes

La mission note que la nomination de Directeurs adjoints permettra d'étoffer et de relancer le dispositif institutionnel des réunions.

Les transmissions

Plusieurs outils de transmission ont été mis en place par l'établissement de manière à assurer la coordination de l'accompagnement, et notamment :

- Les transmissions écrites réalisées sur le logiciel PSI ;
- Les temps de transmissions oraux réalisés à chaque changement d'équipe (nuit/matin, matin/après-midi, après-midi/Soir). Ces temps assurent la transmission des informations clés et la bonne coordination de l'accompagnement.

Les outils mis en place sur l'établissement sont globalement homogènes et pertinents, même s'il reste un enjeu d'homogénéisation des pratiques sur le logiciel PSI.

Quelques points d'attention toutefois :

- les transmissions orales au sein de l'équipe AS/AMP ont lieu sur les villas, parmi les résidents (en l'absence d'un bureau pour les professionnels permettant d'assurer la confidentialité des informations transmises).
- De même, elles ne sont pas structurées (nature des informations à transmettre peu claire et hétérogène).
- L'équipe ne dispose pas de temps dédié pour effectuer ses transmissions écrites sur PSI ;
- Les postes informatiques disponibles pour effectuer les transmissions sont peu nombreux.

Temps d'observation des transmissions :

A chaque changement d'équipe, pour chacune des villas un **temps de transmission est prévu** : un membre de l'équipe en partance (AS et AMP) dispose de 15 minutes de transmission pour briefier l'équipe à venir. Ce temps permet aux professionnels de faire le bilan sur **les points d'attention pour tous les résidents de la villa** (faits marquants, comportements, attitude vis-à-vis des autres résidents, etc.). Ce temps d'observation a lieu au sein des villas, devant les résidents susceptibles d'entendre l'objet des transmissions. Suite à cette transmission « intra-villa », un représentant par villa se rend au sein du local IDE pour effectuer une transmission IDE/AS-AMP. Ce temps permet aux IDE de donner des indications aux AS-AMP (comportement à adapter face à certaines situations, mobilisation du médecin si besoin, etc.).

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

Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et mis à disposition dans l'établissement. La mission incite cependant la MAS à renforcer l'affichage des outils de la loi 2002-02. A titre d'exemple, la charte des droits et libertés est affichée dans l'infirmerie et dans les bureaux, mais ces lieux sont peu fréquentés par les familles. Les professionnels de la structure ont donc accès à ces documents, mais les familles et usagers ne bénéficient d'aucun affichage (il pourrait être envisagé d'afficher les documents au sein des villas en attendant le déménagement).

Le livret d'accueil est formalisé mais obsolète : une nouvelle version du livret d'accueil est en cours de rédaction dans le cadre du groupe de travail « réactualisation des documents opposables ». Ce nouveau livret d'accueil sera présenté au CVS pour validation en mars 2015.

Le règlement de fonctionnement est également conforme aux éléments décrits dans le décret n°2003-1095 du 14 nov.2003 relatif au règlement de fonctionnement. Il se présente sous la forme d'un document word et intègre : les modalités concrètes de l'exercice des droits des usagers, la confidentialité des informations, l'accès à la personne qualifiée, l'association des familles au fonctionnement de l'établissement et le respect du droit à une vie familiale, la gestion des situations d'urgence, les mesures de respect de la sécurité des biens et des personnes.

Le contrat de séjour est globalement conforme au Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour. Certains éléments pourraient y être développés au regard du décret (la définition avec le représentant légal des objectifs de la prise en charge de l'usager, la mention des prestations (éducatives, et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement) les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ; la description des conditions de séjour et d'accueil).

La charte des droits et des libertés est affichée dans l'infirmierie et dans les bureaux de la MAS.

Enfin, le Conseil de Vie Sociale (CVS) de la MAS fonctionne et est effectif.

La mission d'évaluation note que le règlement de fonctionnement ne fait l'objet d'aucun affichage spécifique, (même s'il est disponible pour consultation sur demande). Elle invite l'établissement à se mettre en conformité avec le décret de 2003.

3.5.2 Les modalités concrètes d'exercice des droits

▪ Le droit d'expression et de participation

Le CVS constitue l'instance principale d'expression et de participation sur la MAS Les Pléiades. **Il est en place sur l'établissement et est opérationnel.** Son fonctionnement (3 réunions par an) et sa composition sont conformes à la réglementation en vigueur. Les familles rencontrées (dont le président du CVS) ont indiqué que l'instance fonctionnait bien, qu'elles pouvaient s'y exprimer librement, et qu'elle permettait d'avoir des réponses à leurs questions.

Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation interne, les membres du CVS (familles des usagers) ont été impliqués.

La dynamique récente de co-construction des projets personnalisés constitue également un moyen d'expression dont les familles rencontrées se saisissent.

La mission encourage l'établissement à mettre en place des outils de communication avec les usagers adaptés et partagés par l'ensemble des professionnels.

▪ Le droit à l'information

L'usager et son représentant sont informés des décisions qui les concernent : ils sont notamment intégrés au processus d'élaboration des projets personnalisés. Les modalités d'accès au dossier sont détaillées dans le règlement de fonctionnement de la structure.

La mission d'évaluation encourage cependant l'établissement à renforcer les supports d'information (affichage), qui sont très peu nombreux sur les locaux actuels. L'information qui circule actuellement sur la MAS les Pléiades est en effet essentiellement orale actuellement.

▪ Le droit à la protection

Différentes mesures concourent au respect du droit à la protection des personnes accueillies. Le cadre de vie est sécurisant (l'accès est sécurisé par un portail) et contenant. Un certain nombre de procédures et modalités de gestion des urgences ont été mises en place.

En sus, l'organisation et les pratiques professionnelles permettent de garantir la protection des usagers : transmissions régulières, continuité de présence des IDE organisée, formation aux gestes de premier secours, etc. Enfin le droit à la protection des données est garanti par des accès différenciés au sein du PSI.

▪ Le droit à l'autonomie

Le droit à l'autonomie des personnes est respecté dans l'établissement de par la possibilité pour les résidents de circuler à l'intérieur de celui-ci et de conserver leurs biens.

L'autonomie est par ailleurs encouragée dans le cadre de l'accompagnement grâce notamment à l'intervention des professionnels de rééducation (ergothérapeute, MKDE et psychomotricienne).

Un point d'attention toutefois : les professionnels rencontrés ont indiqué qu'au quotidien ils n'avaient pas toujours le temps de veiller à maintenir les acquis des personnes en matière d'autonomie (ils pointent notamment l'absence de couverts adaptés pour les temps de repas).

▪ Le droit à l'intimité

Plusieurs éléments concourent au respect de l'intimité : lors des activités, des affichages spécifiques « ne pas déranger » sont mis en place et le droit à la vie affective et sexuelle est décrit dans le projet d'établissement.

Cependant, le droit à l'intimité pourrait être renforcé sur la structure : dans les locaux actuels, les chambres sont partagées sans séparation physiques (paravents, rideaux, etc.), les chambres ne disposent pas toutes de portes, etc. Ces constats **ne permettent pas aujourd'hui un respect de la pleine intimité des résidents**.

La mission note que dans les futurs locaux, les chambres seront davantage individuelles et beaucoup de chambres seront dotées de salles de bains privatives (cf. encadré sur le cadre architectural du présent rapport, partie 3.4.1).

▪ Le droit à la dignité

Le droit à la dignité est parfaitement respecté dans l'établissement. Tout d'abord, les propos et postures des professionnels observés lors de la visite sur site sont respectueux des usagers. Par ailleurs, la formation « humanité » dont ont bénéficiés certains des professionnels vient renforcer cette posture.

La mission note d'ailleurs une bienveillance globale des professionnels au quotidien, avec un souci de verbalisation des actions (« je vais déplacer votre fauteuil » par exemple). Par ailleurs, les formations professionnelles de l'équipe transversale (Humanité) participent à renforcer la bienveillance et le respect de la dignité observés sur le terrain. Cette philosophie de bientraitance institutionnelle est également rappelée dans le projet d'établissement.

▪ Droit au respect des liens familiaux et amicaux

Les liens familiaux et amicaux sont respectés. Ils sont rappelés dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement. Les familles sont les bienvenues sur la MAS pour rendre visite à leur proche à tout moment. Elles précisent qu'elles apprécient cette évolution, indiquant qu'auparavant il s'agissait d'un lieu plus fermé. Elles apprécient également d'être associées au CVS.

Par ailleurs, la MAS attache une importance particulière à l'implication des familles dans la formalisation des projets personnalisés (définition des objectifs, signature, etc.).

Plusieurs fêtes institutionnelles (Grand-mère Kal par exemple) sont également l'occasion de rapprocher les usagers et les familles. Afin de renforcer les liens familiaux et la venue des familles sur la structure, la mission recommande la mise en place de temps identifiés (café des familles, groupes de parole des familles, etc.).

▪ Pratique religieuse et droits civiques

La pratique religieuse est respectée à la MAS : elle est prise en compte dans les régimes alimentaires des résidents.

3.6. La prévention et la gestion des risques

3.6.1 La sécurité des lieux et des personnes

Le service 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 service souhaite s'appuyer sur des binômes « agent de maintenance-personnel administratif » au sein des structures.

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

La dernière Commission de sécurité a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité de la MAS au sein de ses anciens locaux le 10 novembre 2009. L'établissement est en attente du PV de la dernière commission de sécurité. Du fait de l'installation prochaine de l'établissement dans des nouveaux bâtiments, l'analyse du PV de cette commission de sécurité n'est pas pertinente.

La mission relève que le registre de sécurité est disponible et correctement tenu à jour. Les contrôles périodiques sont réalisés aux rythmes prévus (électricité, SSI, moyens de secours, ...) par des sociétés habilitées. Le contrôle annuel des systèmes de climatisation de la MAS devra être réalisé et tracé dans le registre de sécurité.

Les formations à la sécurité incendie ainsi que des exercices d'évacuation ont été régulièrement organisés une fois par an (un en 2012, un en 2013, etc.). Les plans d'évacuation sont correctement affichés à différents endroits de l'établissement. Des consignes à suivre en matière de sécurité incendie sont également affichées à plusieurs endroits.

La MAS a également réalisé son DARI en collaboration avec la pharmacienne du site.

A date d'évaluation, les déchets DASRI ne sont pas entreposés dans un local sécurisé. Ce point de vigilance est repéré par l'établissement qui prévoit l'installation d'un local dédié aux DASRI dans les nouveaux locaux de la MAS. Dans l'attente de ce local, un travail de sécurisation des déchets DASRI a toutefois été mené (entreposage dans une bassine spécifiquement dédiée à cet effet à l'entrée du site au sein d'un préfabriqué), dans l'attente de la création du local dédié. **L'établissement dispose d'une convention d'enlèvement des DASRI** avec une société spécialisée.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique. Une valise d'urgence (dont la composition a été validée par le médecin de l'établissement) a été mise en place. Cette valise est régulièrement contrôlée par les IDE et les produits périmés systématiquement remplacés. La MAS dispose également d'un défibrillateur semi – automatique, et d'un appareil ECG

Quelques points d'amélioration sont identifiés :

- **L'établissement n'est pas conforme sur la prévention des légionnelles :** au moment de l'évaluation, les différentes mesures de prévention du risque d'apparition de la légionnelle dans les installations d'eau chaude ne sont pas réalisées. Il conviendra à l'établissement de se conformer aux obligations afférentes et de tracer les opérations réalisées dans un carnet sanitaire¹⁰ ;
- **Réaliser un plan de continuité des activités pour les services de la MAS précisant** « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »¹¹ ;
- **Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie** (manipulation des extincteurs) deux fois par an, et effectuer deux exercices d'évacuation par an ;

¹⁰ Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude.

¹¹ Arrêté du 8 août 2005 modifiant l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 3113-12 du CASF.

- Isoler les déchets DASRI lors de l'installation des nouveaux bâtiments dans le local adapté prévu à cet effet ;
- **Réaliser un diagnostic d'accessibilité** conformément à la réglementation en vigueur.

■ La réalisation et le suivi de la maintenance

Les activités de maintenance sont assurées par un agent de maintenance affecté sur la MAS (le PHD dispose d'un agent de maintenance par structure). Il intervient du lundi au vendredi de 7h à 14h. En dehors de ces horaires (de 14h à 18h), une autre personne du PHD peut être amenée à intervenir sur la MAS s'il y a une urgence (un problème électrique par exemple).

L'agent est en charge de l'entretien courant et de la petite maintenance (peinture, etc.), les travaux plus importants étant sous-traités à des entreprises extérieures (eau chaude sanitaire, plomberie, électricité...). Dans ce dernier cas, il est en charge de coordonner les interventions, d'accompagner les techniciens dans la structure et de s'assurer de la bonne traçabilité des opérations réalisées.

Les demandes d'interventions sont réalisées dans un « cahier d'information » (cahier de liaison des incidents) permettant à tout professionnel d'y inscrire les demandes d'interventions. Le circuit habituel est le suivant : les professionnels qui observent une anomalie la signalent dans le cahier de liaison des incidents. Ce cahier permet également le suivi et la traçabilité des interventions.

Les opérations de maintenance sont bien coordonnées, gérées et suivies grâce à cet outil au sein de la MAS.

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.

Un axe d'amélioration est repéré : les surveillances annuelles de légionnelles ne sont pas réalisées et le carnet sanitaire n'est pas mis en place sur l'établissement à date d'évaluation.

■ La continuité et la sécurité des interventions

La continuité et la sécurité des interventions sont assurées à travers notamment (liste non exhaustive) :

- **Une présence téléphonique et physique et une permanence administrative en continu** : un accueil téléphonique assuré en journée du lundi au vendredi et le reste du temps par des professionnels qui sont en charge de la sécurité du site. Sur la MAS, les appels peuvent également être transférés vers les IDE en poste :
- Une astreinte de direction partagée et organisée entre les directeurs des structures du site ;
- **La tenue d'un cahier de liaison avec les familles des usagers semi-internes**, qui permet une continuité entre les temps d'accueil sur la MAS et le domicile des personnes accueillies ;
- **La présence de plusieurs IDE tous les jours de la semaine (et d'une IDE de nuit mutualisée à l'ensemble du PHD), ainsi que le passage du médecin généraliste tous les jours.** En cas d'urgence, les infirmières sont les premières à intervenir pour donner les premiers soins. Si nécessaire, elles s'en réfèrent au médecin. En dehors de leurs horaires de présence, du fait de l'absence d'astreinte médicale, le SAMU est directement contacté ;
- Une gestion des remplacements structurée par une procédure de la Fondation et adaptée au type d'établissement et aux catégories professionnelles concernées. Le principe est que les formations et délégations ne sont pas remplacées, sauf cas particulier, car il existe la possibilité de gérer en interne. Les absences non programmés sont remplacées ou non selon le poste, et la durée de l'absence.
- **La formalisation de procédures d'urgence est enclenchée** : décès, alerte cyclonique...

La mission pointe plusieurs axes d'amélioration :

- La formalisation de protocoles d'urgences est à poursuivre (risque infectieux,...) ;
- La formation des salariés aux gestes de premiers secours (SST) est à poursuivre (formation initiale et recyclage en roulement).

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

Il n'existe pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables. Lorsqu'un événement indésirable survient (chute, erreur de distribution de médicament, etc.), il est généralement inscrit sur le logiciel de soin PSI. Néanmoins, les professionnels ont une connaissance hétérogène de cette fonctionnalité de l'outil PSI. S'ils ne sont pas formalisés, ils sont à minima signalés directement au responsable hiérarchique (cadre de proximité généralement), ou au directeur selon la gravité de l'événement.

La culture de l'oral est encore prédominante. Des registres de recueil des événements indésirables sont à disposition des professionnels au sein de chaque structure du PHD mais ne sont pas utilisés.

La mission relève ainsi plusieurs enjeux d'amélioration pour ce dispositif :

- **La culture du signalement est encore peu présente**, et la notion d'événement indésirable reste à préciser auprès des professionnels. **Il conviendra d'insister sur l'importance de la formalisation et du signalement.**
- Une clarification devra être opérée afin que les événements indésirables et les situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) trouvent leur place dans les supports existants ou à créer (PSI, cahier de liaison, registre d'événement indésirable).
- **Le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents devra être organisé et formalisé** afin que chacun des acteurs puisse identifier les interlocuteurs et supports associés à chacun d'entre eux. Dans un second temps, il conviendra de mettre en place une analyse régulière de ces situations (comité de suivi, CVS) et de traiter les données recueillies (actions à mettre en place au regard des causes responsables de l'apparition des incidents signalés).

3.6.2 La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Le PHD dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations règlementaires, en lien avec la médecine du travail. L'instance est commune aux structures suivantes : MAS, FAM, CEAP, SESSAD, SAMSAH.

La consultation de plusieurs PV de CHSCT montre que sont mis à l'ordre du jour des sujets prévus par les textes :

- Analyse des conditions de travail, et les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les professionnels de l'établissement ;
- Analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ;
- Contribution à la promotion et à la prévention des risques professionnels et formulation de propositions d'amélioration, notamment sur la base de fiches de constats remontées par les professionnels.

Le PHD a réalisé, en 2014, un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Il est établi par unité de travail (ASL, AS/AMP, cadre de proximité, Employés administratifs, infirmiers, ouvriers de services logistiques, rééducateurs) et liste pour chacune d'entre elles : les situations de travail, les dangers, les moyens de maîtrise ainsi que les risques et dommages associés. Sa révision est prévue annuellement au sein du CHSCT.

L'établissement a par ailleurs pris diverses mesures afin de prévenir l'usure professionnelle (liste non exhaustive) :

- **L'établissement est attentif sur le sujet des troubles musculo-squelettiques.** Les professionnels de la MAS ont bénéficié en 2014 d'une formation autour des postures à adopter lors des transferts de personnes (manutention) ;
- **La Fondation autorise la mobilité des salariés entre les structures.** Le principe est de ne pas imposer ces changements mais de les favoriser. Les salariés peuvent faire remonter leurs souhaits en la matière et proposer des changements entre professionnels volontaires ;
- **Les réflexions et travaux en cours au niveau de la Fondation sur la thématique de la GPEC** qui devraient prochainement bénéficier à l'ensemble des structures ;
- **Un accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail a été conclu** entre le PHD et les Délégués syndicaux.

Le développement de la culture du risque est amorcé est nécessitera d’être renforcé avec les professionnels.

- **La notion de risques psychosociaux devra être approfondie**, notamment lors de la prochaine mise à jour du DUERP ;
- **Le DUERP est identifié par les professionnels mais ils ne se sont pas saisis du document qu’ils jugent trop généraliste.** Il pourra être judicieux d’envisager un travail participatif avec les professionnels autour d’un DUERP par structure sur la base d’une trame commune à l’ensemble du PHD lors de sa prochaine révision ;
- **La réactivation des entretiens professionnels** sera nécessairement propice au recueil des souhaits de mobilité ou de rotation de chacun dans un cadre formalisé. **Les entretiens professionnels, qui étaient jusqu’à présent réalisés annuellement, ont été suspendus en 2014** dans le cadre d’une uniformisation des pratiques et de la négociation d’un accord d’entreprise au niveau de la Fondation Père Favron. La mission encourage la ré-institution d’entretiens comme une mesure utile pour faire un point annuel sur la situation et les objectifs de chaque salarié.

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 culture de la bientraitance fait partie des valeurs fondatrices de la Fondation Père Favron et de nombreuses réflexions institutionnelles sont menées par l’établissement pour garantir son application. A date d’évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur l’établissement, notamment à travers (liste non exhaustive) :

- La diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l’Anesm ;
- L’instauration d’une instance éthique propre au PHD qui se veut être un espace où la parole se libère. Actuellement, les réflexions portent sur la sexualité des personnes accueillies ;
- Des formations ponctuelles qui vont directement concerner la bientraitance (Humanitude en 2013 et 2014) ;
- Les discussions et échanges en réunion, portant directement ou indirectement sur la bientraitance ;
- La mise en place de mesures concourant à la prévention de l’usure professionnelle (*cf. ci-dessus*) ;

Au-delà, **l’évaluation sur site a permis d’observer des discours, postures et attitudes des professionnels respectueux des usagers**, démontrant une dynamique de bientraitance.

De plus, certains aspects organisationnels et matériels sont favorables à la lutte contre la maltraitance : l’organisation des prises en charge sur des séquences courtes qui permettent le passage de relais, les prises en charge en binôme professionnel, l’existence de réunions qui permettent d’échanger sur les pratiques et éventuelles difficultés, etc.

Si la dynamique de bientraitance est perceptible et réelle, **quelques points d’amélioration sont identifiés pour soutenir cette démarche** :

- **Poursuivre la réalisation des formations régulières sur le sujet de la bientraitance et évaluer les pratiques des professionnels** ;
- **Réaliser des rappels réguliers autour de l’obligation de signalement** auprès des équipes ;
- **Formaliser un document d’analyse des risques de maltraitance**, tant sur le volet des risques institutionnels (conditions d’installation, d’organisation et de fonctionnement, d’accompagnement) que sur le volet des risques liés aux personnes (vulnérabilités) ;

■ La mise en œuvre de l’obligation de signalement

Comme évoqué récemment, l’obligation de signalement est globalement connue par les professionnels mais sa mise en œuvre est perfectible. Les mêmes préconisations que celles concernant le signalement des événements indésirables peuvent être faites :

- **Une clarification des notions** de bientraitance/maltraitance/événement indésirable / information préoccupante est à opérer ;

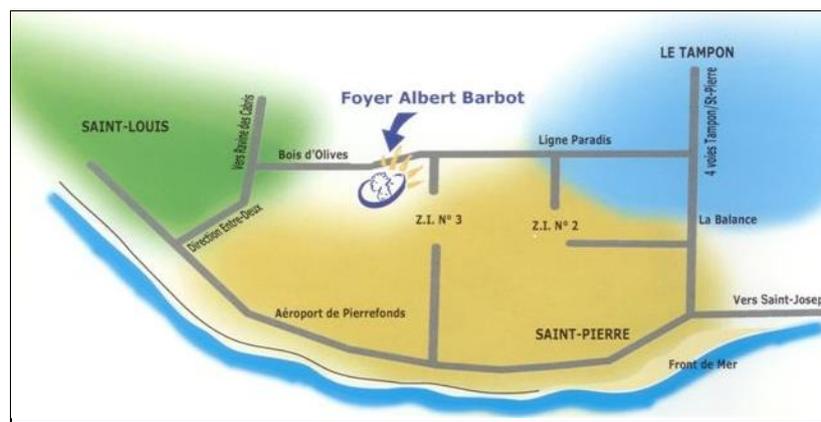
- **La culture du signalement est à renforcer** et la procédure à rappeler (*obligation connue mais processus mal identifié ou non mis en œuvre de la part de certains professionnels rencontrés par la mission d'évaluation*) ;
- **Un rappel aux professionnels sur le régime de protection** entourant les signalements serait souhaitable ;
- De plus, **la procédure de signalement des actes de maltraitance pourrait être mentionnée dans les documents remis aux usagers** (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil) ;
- **Le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés (3977) devra être affiché** à différents endroits stratégiques de l'établissement.

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

La MAS est implantée en périphérie de St Pierre (ce qui lui garantit une bonne attractivité), dans la commune de Bois d'Olive et sur le site du PHD. Son accès est facilité grâce à la proximité de la voie rapide reliant Saint-Pierre aux villes et villages avoisinants. Un arrêt de bus se trouve à quelques mètres de l'entrée de l'établissement.



L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée (de nombreux panneaux indiquant le site du PHD) dans le tissu urbain environnant. De même, au sein du PHD, des panneaux indiquent aux visiteurs la localisation de la MAS.

Un point d'attention toutefois : compte tenu de la localisation temporaire de la MAS dans les locaux d'un ancien EHPAD, la signalétique sur site n'est pas optimale à l'heure actuelle.

■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'ouverture des établissements sur leur environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux.

Pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décloisonnement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire. Et offrir une transparence qui participe de la prévention des risques de maltraitance. Pratiquer l'ouverture, c'est encore permettre aux équipes

d'enrichir leurs analyses et de renouveler leurs modalités d'intervention au contact de méthodes et de pratiques différentes¹².

La MAS a mis en place une bonne dynamique d'ouverture à et sur l'environnement.

- **L'établissement est tout d'abord ouvert à l'environnement**, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de l'extérieur à l'intérieur de l'établissement (liste non exhaustive) :
 - La MAS accueille régulièrement des stagiaires à différents postes (IDE, ES, AMP) : 14 stagiaires ont été accueillis en 2013, 15 en 2012 ;
 - Un certain nombre de prestataires extérieurs se rendent également dans la MAS :
 - Art thérapeute
 - Esthéticienne
 - Groupes de musique créole
 - animateurs d'associations
 - Etc.
 - Des échanges intergénérationnels : La participation, depuis plusieurs années, des élèves de l'école élémentaire du quartier de Bois d'Olives au carnaval.
 - L'ouverture d'une partie des installations du site au public extérieur, comme la piscine par exemple
 - Les familles peuvent venir sur la MAS pour des visites ponctuelles de leurs proches ou lors de temps institutionnels, comme la fête des familles ;

- **L'établissement est également ouvert sur l'environnement**, c'est-à-dire qu'il mène des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville (liste non exhaustive) :
 - La participation autant que possible aux manifestations et activités organisées par les municipalités du sud (par exemple journées « ville handicap » de Saint-Pierre)
 - L'organisation d'activités en dehors de la MAS (atelier contes à la médiathèque de Saint-Pierre, courses pour l'atelier cuisine thérapeutique, Parcours de santé dans la forêt de l'étang, etc.).
 - Des partenariats, formalisés ou non, avec des structures sanitaires et médico-sociales sur le territoire

Si la dynamique d'ouverture est effective, l'établissement sera encouragé à diversifier ses partenariats dans le domaine socio-culturel, et à conventionner les partenariats existants ainsi qu'à veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques.

Temps d'observation : Fête de grand-mère Kall

La mission d'évaluation a pu assister à un temps fort de la vie institutionnelle du Pôle Handicap et Dépendance : la fête de Grand-mère Kall pour Halloween.

Cette fête a réuni l'ensemble des établissements du Pôle Handicap et Dépendance (CEAP, MAS, FAM, SESSAD) ainsi que le Foyer Occupationnel qui a accueilli l'évènement sur son parking.

De nombreux stands de type Kermesse, permettaient aux usagers de se divertir avec des supports adaptés utilisant les 5 sens (notamment le toucher), de nombreux professionnels étaient déguisés, et les usagers vêtus de vêtements colorés.

Une installation musicale (enceintes etc..) avec l'animation d'un DJ (agent salarié du Pôle) étaient au rendez-vous.

Un repas spécifique avait été préparé pour le déjeuner et un camion de glace-crêpes était présent.

La fête a réuni près de 500 personnes.

Des tentes étaient montées pour protéger les usagers du soleil, et une partie était installée sous les arbres.

L'évènement s'est déroulé dans une ambiance festive et très conviviale. La mission d'évaluation salue l'organisation d'un tel évènement, créateur de lien entre les établissements et dont l'organisation logistique est importante.

¹² ANESM, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, RBPP.

3.7.2 La perception de l'établissement par son environnement

▪ Les familles

Les familles rencontrées sur site et contactées par téléphone ont exprimé leur satisfaction quant à la prise en charge proposée à la MAS (et plus généralement vis-à-vis de l'accompagnement offert par le PHD). Elles soulignent notamment la disponibilité des équipes (aussi bien les équipes de terrain que la direction).

Les familles notent également l'évolution positive du PHD : les familles ont beaucoup été associées aux réflexions concernant le futur bâtiment de la MAS (aménagement, espaces privés, espaces communs, etc.).

Le CVS est pour elles une instance fonctionnelle, au sein de laquelle elles peuvent s'exprimer et participer à la vie du PHD (à titre d'exemple, l'ordre du jour de la prochaine réunion comporte les modalités organisationnelles de la fête de fin d'année, pour lesquelles les familles sont consultées).

Elles estiment être en bonne communication avec l'établissement et les professionnels, qu'elles jugent attentionnés et accueillants. Les familles rencontrées soulignent leur implication dans la formalisation du projet personnalisé de leur proche : tous ont été sollicités pour avis et remarques : les projets personnalisés sont l'objet d'une véritable co-construction selon elles.

▪ Les partenaires

Les trois partenaires contactés se disent tous très satisfaits de leur collaboration avec le MAS Les Pléiades. Ce sont des partenariats pérennes et en grande majorité conventionnés.

Les partenaires parlent d'une équipe accueillante et réactive. Ils indiquent tous bénéficier de nombreux échanges avec la MAS qui se rend disponible dès que nécessaire. Les partenaires évoquent également une démarche d'amélioration dans les partenariats à souligner.

Ils évoquent par ailleurs un grand professionnalisme des équipes qui acceptent volontiers de former des stagiaires. Toutefois, certains partenaires indiquent qu'une amélioration peut être réalisée dans la formation au tutorat des professionnels référents des stagiaires.

Un partenaire évoque une grande implication dans la formation du personnel au logiciel PSI, en permettant de détacher des professionnels ce qui assure une formation de qualité.

3.8 Organisation, gestion des ressources humaines et management

3.8.1 La politique de gestion des ressources humaines

▪ Le recrutement

Un Responsable 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 en 2012 et figure au sein du projet d'établissement de la MAS. Le processus 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 peuvent avoir lieu soit individuellement, soit collectivement. Ce choix est tranché en fonction des postes à pourvoir avec le RH. Certains postes (postes encadrants) nécessitent un entretien avec la Direction et des membres du Siège de la Fondation.

En ce qui concerne les CDD, le directeur de l'établissement est en charge de la signature du contrat. Comme les autres services du PHD, la MAS dispose d'un vivier de remplaçants identifiés, qui peuvent se rendre disponibles le jour même en cas d'absence. La direction du pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un « personnel volant » sur le PHD afin d'assurer les remplacements à l'avenir. **A ce jour, la MAS ne rencontre pas de difficultés de recrutement.**

▪ L'accueil des nouveaux salariés

L'accueil de nouveaux salariés est encadré, et structuré, tel que formalisé dans le projet d'établissement de la MAS.

- Tout nouveau salarié bénéficie, à son arrivée, d'une **visite des locaux et d'une présentation des équipes** ;
- **Un livret d'accueil du nouveau salarié** vient d'être finalisé au sein de la Fondation et sera distribué à l'ensemble des professionnels afin de diffuser une culture commune au sein de ses établissements. Ce document dispose de deux parties, une sur la Fondation, une sur l'établissement. Au niveau Fondation, le livret présente par exemple 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 ;
- **Un nouveau temps d'accueil des salariés va être mis en œuvre au niveau de la Fondation** : une matinée d'accueil de tous les nouveaux salariés sera organisée avec une présentation des valeurs et des missions ainsi que la distribution du livret d'accueil et des documents de la Fondation. La première matinée d'accueil de ce type s'est tenue en octobre 2014

A ce jour, aucun compagnonnage formel n'existe mais la fondation travail à l'amélioration de l'accueil des stagiaires et nouveaux salariés par une sensibilisation du personnel à la fonction de tutorat.

Bien que l'accueil des salariés semble maîtrisé, nous notons que le projet d'établissement (ou sa synthèse) n'est pas remis au nouveau salarié (il est cependant mis à disposition sur la borne numérique). La mission recommande la diffusion de ce document à l'arrivée de nouvelles recrues afin de promouvoir les valeurs et modalités de fonctionnement de la MAS.

▪ La formation et l'adaptation des compétences

Au sein du projet d'établissement, 4 grands principes relatifs à la formation sont formalisés :

- « Les actions de formation visent à répondre à un manque constaté, préjudiciable à l'accompagnement de la personne accueillie. Elles peuvent s'inscrire également dans le cadre d'un projet professionnel qui trouvera sa réalisation dans le périmètre de l'établissement.
- Les actions de formation doivent être en lien avec les pratiques quotidiennes, être concrètes et tenter de répondre aux préoccupations des professionnels. Elles doivent être également « traduisibles » rapidement dans la quotidienneté.
- L'organisation de ces actions doit se faire, le moins souvent possible, au détriment des accompagnements du quotidien.
- Le plan de formation est un outil qui vise aussi à améliorer continuellement la qualité des prises en charge, qui doit produire de la plus-value, combler les écarts constatés entre les pratiques repérées et celles qui devraient être mises en œuvre pour atteindre un accompagnement de qualité. C'est un investissement dont on doit retrouver les effets bénéfiques dans l'accompagnement quotidien proposé aux usagers. »

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

Un plan de formation annuel est établi chaque année par la Direction, sur la base d'orientations posées par la Fondation et en lien avec la commission de formation du pôle.

Cette commission de formation de toutes les structures du pôle se réunit à partir du mois d'août pour la construction et l'élaboration du plan de formation. Elle étudie les demandes transmises par courrier par les salariés, et les met en relation avec les formations réglementaires (sécurité incendie, manutention, etc.).

A partir du mois de février jusqu'au mois d'août, elle se réunit ensuite pour le suivi du plan de formation de l'année en cours.

Deux points d'attention toutefois :

- Le processus de recueil des besoins et souhaits de formation des professionnels n'est pas structuré par une procédure ;
- Si le pôle avait pour habitude de solliciter les professionnels sur leurs besoins lors des entretiens professionnels d'évaluation, ces derniers ont été gelés pour l'année 2013-2014.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

L'offre de formation est globalement en adéquation avec les besoins identifiés au niveau du pôle. L'examen du plan de formation réalisé 2013 montre une réelle volonté de professionnaliser les équipes et d'adapter continuellement leurs pratiques aux accompagnements nécessités par les personnes accueillies.

Par ailleurs, **des formations mutualisées au niveau du PHD ont été réalisées.**

L'examen du plan de formation 2014 montre que **l'accent a été mis au niveau du pôle sur une palette de formations diversifiées** (liste non exhaustive) :

- L'usure professionnelle : perte de sens et de repères professionnels (MAS, CEAP, FAM);
- La formation des agents des services logistiques (MAS, CEAP, FAM) ;
- Gestes de premiers secours et incendie ;
- Humanitude (MAS, FAM) ;

Les orientations identifiées pour les trois prochaines années par la Fondation (orientations stratégiques du plan de formation de la Fondation) sont pertinentes. La Fondation identifie ainsi des orientations concernant l'encadrement (conduite des entretiens professionnels et d'évaluation, gestion des événements indésirables), pour les professionnels (emplois aidés, ouvriers référents du SPT ; formation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ; mise en œuvre du plan autisme ; travailler le rôle et la place des familles, etc.) ou pour l'efficacité des instances de participation (formation des représentants des usagers et des présidents des CVS).

En définitive, les formations proposées et à venir paraissent répondre aux besoins et aux axes stratégiques de la Fondation et de la MAS.

■ La promotion de la mobilité

Une réflexion sur la mobilité des agents est en cours sur le PHD. Tous les postes proposés en CDI sont diffusés en interne, et le 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 (un salarié de la MAS a récemment bénéficié d'une mobilité interne).

■ La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

Une politique de GPEC est initiée depuis 2014 par le service Ressources Humaines de la Fondation. A la date de l'évaluation, plusieurs éléments de GPEC sont en en place :

- Un travail de réactualisation des fiches de postes vient d'être finalisé au niveau du siège et ces dernières seront prochainement diffusées dans les 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 senior vient d'être signé. Sa mise en œuvre est en cours de définition au niveau de la Fondation ;
- La Fondation procède au recensement des départs en retraite et procède à des simulations à 5 ans.

3.8.2 Organisation et management

L'organisation du pôle handicap et dépendance est structurée. Plusieurs éléments y concourent : un organigramme a été réalisé ; les documents uniques de délégation (DUD) du directeur aux cadres de proximité sont en place et les fiches de poste réalisées par la Fondation sont adaptées à la structure.

Les temps managériaux sont suffisamment nombreux et efficaces pour permettre la coordination des professionnels, au sein du pôle, et entre le pôle et la Fondation. Au sein du pôle, la coordination se fait ainsi notamment à travers (*liste non exhaustive*) :

- Lors des réunions de direction, (directeur et cadres de proximité), une fois par semaine (une réunion de coordination avec les cadres de proximité le mardi matin et une fois par mois les médecins y participent). Des questions transversales y sont évoquées, soit sur le PHD, soit sur la Fondation.
- Tous les lundis matins une réunion structure par structure des cadres de proximité en individuel avec le directeur est organisée, sur des sujets opérationnels (astreintes, événements du week-end, etc.) ;
- Les réunions administratives, dont notamment une réunion le lundi matin tous les 15 jours d'un cadre des ressources humaines et du cadre responsable administratif et financier.

Au niveau de la Fondation :

- Une réunion de Direction a lieu une fois par mois avec l'ensemble des directeurs, directeurs-adjoints et cadres du siège ;
- Une revue, *Messages*, est diffusée tous les deux mois. Elle permet aux salariés d'être informés des événements et projets de la Fondation.

Au global, la mission note donc que l'organisation et le management sont satisfaisants. Toutefois, quelques éléments peuvent être signalés :

- La dynamique et la cohésion d'équipe ne sont actuellement pas optimales sur l'établissement ;
- Les relations hiérarchiques et rôles fonctionnels de certains métiers sur la MAS (médecin, infirmier responsable, etc.) restent encore peu clairs pour quelques professionnels.
- Toutes les réunions de Direction ne font pas systématiquement l'objet de comptes rendus permettant une diffusion large et l'appropriation, par tous, de ces éléments ;
- La pratique des entretiens professionnels et d'évaluation n'est plus effective. Ces derniers ont été gelés pour permettre leur réorganisation et redéfinition par la Fondation, dans le cadre d'un accord GPEC. La très grande majorité des professionnels et de l'encadrement ont regretté cela, évoquant les bénéfices de ces entretiens : valorisation des compétences, définition d'objectifs d'amélioration pour les professionnels, etc.

4 Synthèse de l'évaluation externe

4.1 Introduction

4.1.1 La démarche d'évaluation interne

Les structures du PHD ont réalisé leur évaluation interne au cours du premier trimestre de l'année 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur (EFFICIO). L'évaluation interne a été occasion d'établir un bilan précis de la situation de chacune des structures vis-à-vis des points attendus de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. **Le cadrage de la démarche a été assuré à travers des échanges réguliers sur l'avancée des travaux entre l'équipe de direction et l'organisme EFFICIO. Le souhait de la direction était que cette démarche soit la plus participative possible au sein du pôle** en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles. La démarche a été basée sur des groupes de travail, dirigés par des pilotes par thème, ainsi que des groupes intersessions animés par le cabinet de conseil. A noter que du fait des publics accueillis, les usagers n'ont pas directement été associés à la démarche.

Suite à la démarche d'évaluation interne, le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) a été élaboré, qui pour chaque écart ou faiblesse constaté, précise les modalités d'amélioration à mettre en œuvre par structure. **Ce PPP se présente comme un outil de pilotage** regroupant la plupart des informations nécessaires au pilotage du suivi. Il est organisé en 21 axes dont la plupart sont communs aux structures du PHD, d'autres spécifiques aux différentes structures. **La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne** (et du projet de service) **est réalisée par un comité de suivi** pluridisciplinaire. Chacune des rencontres donne lieu à un compte rendu et une réactualisation du PPP. **Toutefois, il apparaît que les travaux menés par le comité de suivi, et plus globalement les suites de l'évaluation interne, sont assez mal identifiées par les professionnels et les familles,** et que l'investissement dans la phase de diagnostic a pu s'éroder dans la phase de suivi.

Concernant le recueil de la satisfaction des usagers, elle est au cœur des préoccupations du PHD et passe par plusieurs canaux (l'implication des usagers/familles dans la démarche de projet individualisé, des questionnaires de satisfaction ponctuels suite aux fêtes de familles, etc.). **Quelques pistes d'amélioration toutefois :** il n'existe **pas d'enquête régulière pour les familles,** ce qui pourrait être pertinent pour un recueil formalisé de la satisfaction ; des moyens adaptés de **recueil de la satisfaction des usagers** pourraient également être mis en place (utilisation de pictogrammes notamment) ; l'établissement n'a pas formalisé de **procédure de recueil de la satisfaction.**

4.1.2 Les modalités de prise en compte des RBPP de l'Anesm

Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique, et les deux dernières synthèses sur la qualité de vie dans les MAS et les FAM sont mises à disposition en salle de réunion.

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet personnalisé, etc.) et des rappels annuels sont réalisés par les cadres de proximité auprès de l'ensemble de l'équipe. Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

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

La MAS dispose d'un Projet d'Etablissement structuré et progressif, en cohérence avec les valeurs de la Fondation et ses missions. Il a été réactualisé suite à l'évaluation l'interne de 2012. La démarche a été globalement participative et pluridisciplinaire. L'ensemble des professionnels de la MAS ont été impliqués et les familles consultées. Cependant, les partenaires n'ont pas été associés directement à la démarche.

Le projet d'établissement aborde la grande majorité des thématiques réglementaires des volets recommandés dans les RBPP de l'Anesm. Certains points peuvent toutefois être développés : le projet ne décrit pas son intégration dans les politiques publiques régionales et départementales et bien que des objectifs d'évolution

existent, le projet ne les décline pas dans un plan d'actions opérationnel prévoyant des pilotes, échéances et indicateurs de résultat. En outre, bien que le projet ait été présenté et diffusé, son appropriation reste hétérogène parmi les professionnels et il n'est pas systématiquement remis aux nouveaux salariés.

L'établissement offre une réponse pertinente et adaptée aux besoins du territoire (taux d'occupation de plus de 90% depuis plusieurs années) **et une bonne prise en compte des besoins du public accueilli** et de son évolution, avec de nombreuses adaptations en cours ou à venir. En outre, l'établissement est bien repéré par les pouvoirs publics comme un lieu ressource proposant un accueil des personnes polyhandicapées.

En termes de cadre de vie, le site de l'établissement est agréable et dispose d'espaces extérieurs aménagés. Lors de la visite sur site, de nouveaux locaux étaient en cours de construction pour la MAS. Cependant, les locaux actuels (dans l'attente du déménagement), sont vétustes, exigus et difficiles à entretenir. Ils ne sont pas adaptés à l'accueil d'un public dépendant (des chambres sans portes, des douches partagées avec des systèmes d'évacuation non fonctionnels, des espaces collectifs exigus...) La finalisation des nouveaux bâtiments apportera une amélioration notable du cadre de vie. En effet, les nouveaux aménagements permettront de garantir le respect des droits fondamentaux des usagers en termes d'intimité et de vie privée (92% de chambres individuelles), et de liberté d'aller et de venir (espace sécurisant) ainsi que des conditions d'accueil plus conformes aux exigences actuelles en matière de cadre bâti.

L'accompagnement thérapeutique (soins, accompagnement psychologique et accompagnement rééducatif) **proposé sur la MAS est de qualité**. Il est bien structuré : le projet d'établissement de la MAS constitue un cadre de structuration du contenu de l'accompagnement thérapeutique. La coordination des soins sur la MAS est assurée par le médecin généraliste, pour ce qui concerne la partie médicale et la prévention, et par l'équipe d'infirmiers, qui encadrent les personnels soignants et assurent l'interface avec le personnel d'encadrement. La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier. La prise en compte des thématiques de soin spécifiques est globalement satisfaisante. Toutefois, leur formalisation peut être approfondie (gestion de la douleur...). Par ailleurs, la structuration des transmissions est à améliorer.

L'accompagnement à la vie quotidienne et les soins sont pensés et réalisés selon une approche personnalisée prenant en compte les habitudes de vie, le rythme et les préférences de chacun. Les plans de soins et les projets personnalisés précisent ces données, de manière à rester au plus près des besoins des résidents. Cependant, leur réactualisation, ainsi que la formation régulière des professionnels à une utilisation plus poussée de PSI est nécessaire.

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé à la MAS est structuré et personnalisé. L'offre proposée est assurée par du personnel de l'établissement et des intervenants extérieurs. Toutefois, les deux éducateurs spécialisés de l'établissement consacrent à ce jour la majeure partie de leur temps à la formalisation et à l'actualisation des projets personnalisés. En outre, la formalisation des activités (contenu des activités et planning) est nécessaire afin de permettre leur évaluation, et ces dernières pourraient être davantage diversifiées (accompagnements extérieurs, etc.).

Le suivi et la coordination de l'accompagnement sont formalisés via de nombreuses réunions aux thématiques diverses : organisation générale, suivi des projets, fonctionnement de service, etc. La mission note que la nomination de Directeurs adjoints permettra d'étoffer et de relancer le dispositif institutionnel des réunions. Elle souligne par ailleurs un enjeu de dynamique d'équipe au sein de l'établissement.

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

Située en périphérie de Saint Pierre, la MAS bénéficie d'une implantation attractive et d'un accès aisé aux multiples services du centre urbain. L'établissement est bien desservi (bus) et repérable par une signalétique appropriée. Toutefois, compte tenu de la localisation temporaire de la MAS dans les locaux d'un ancien EHPAD, la signalétique sur site n'est pas optimale à l'heure actuelle.

L'établissement a une politique d'ouverture dynamique en facilitant la venue de nombreuses personnes en son sein. Un certain nombre de prestataires extérieurs interviennent : art thérapie, groupe de musiques créoles, esthéticienne... Les familles sont les bienvenues et des rencontres intergénérationnelles sont également organisées. **La MAS est ouverte sur son environnement** en menant notamment des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville (les usagers participent à des manifestations, des activités extérieures sont

organisées, et des partenariats avec des structures sanitaires et médico-sociales sont entretenus). Toutefois, les partenariats socio-culturels sont à développer et la dynamique d'ouverture est à poursuivre.

L'établissement bénéficie d'une bonne image auprès des familles. Elles expriment leur satisfaction quant à la prise en charge, la bonne communication avec les professionnels, et soulignent l'intérêt de la co-construction des projets personnalisés. Les partenaires sont également satisfaits de leur collaboration avec la MAS. Ils décrivent une équipe accueillante, réactive et très professionnelle. Toutefois, certains partenaires indiquent qu'une amélioration peut être réalisée dans la formation au tutorat des professionnels référents des stagiaires.

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

Le processus d'admission et d'accueil fait l'objet d'une démarche organisée et structurée au sein de l'établissement. La démarche mise en œuvre est pluridisciplinaire, progressive et l'évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement est effective. Les procédures sont connues des professionnels. Tout au long de la démarche d'admission, un consentement de la personne et/ou de la famille est recherché. Les documents légaux sont remis, conformément à la réglementation en vigueur. Toutefois, le livret d'accueil est obsolète (un nouveau livret d'accueil est en cours de rédaction et sera proposé au CVS en mars 2015) et le projet d'établissement n'est pas remis. En outre, les modalités d'accueil d'un nouveau résident sont détaillées à l'échelle du PHD, mais ne font pas l'objet d'une procédure dédiée au sein de la MAS.

L'élaboration **des projets personnalisés** des résidents est effective et connue des professionnels. Les documents sont élaborés sur une trame commune. Ils comportent 2 à 4 grands objectifs d'accompagnement et intègrent les attentes de la famille, ainsi que l'évaluation du précédent projet, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. La réactualisation des projets existants est bien organisée et régulière, le projet personnalisé constituant un outil d'accompagnement. Quelques pistes d'amélioration cependant : la dimension éducative des projets apparaît peu développée par rapport aux autres axes d'accompagnement ; des indicateurs de suivi et de réalisation des objectifs ne sont pas identifiés, et le contenu des projets est à approfondir (détailler davantage certains éléments relatifs aux moyens de mise en œuvre des objectifs, etc.).

La gestion et l'accompagnement des fins de vie sont formalisés et font l'objet d'une réflexion approfondie au sein du PHD, mais la procédure à suivre est peu connue des professionnels. Une sensibilisation informelle de la part du médecin de la MAS ainsi que des formations pour les salariés sont mises en place. La MAS sera encouragée à poursuivre cette dynamique. Dans cette optique, pourront également être mis en place : la systématisation du recueil des souhaits des usagers et de leur représentant légal concernant la fin de vie ; un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention d'un psychologue, groupes d'expression...).

Le droit d'expression et de participation est effectif sur l'établissement. Les résidents et familles sont tenus régulièrement informés et ont de multiples façons de s'exprimer par le biais : du CVS actif et opérationnel constituant l'instance principale d'expression et de participation ; de la dynamique récente de co-construction des projets personnalisés qui constitue un moyen d'expression dont les familles rencontrées se saisissent, etc. Cependant, l'établissement pourrait développer des moyens adaptés de recueil de la satisfaction des usagers.

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

4.5.1 Les droits des usagers

Les outils de la loi 2002-2 sont globalement formalisés, diffusés et mis à disposition dans l'établissement. Ces outils sont en conformité avec la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques qui les encadrent. Cependant quelques points d'amélioration peuvent être précisés : le livret d'accueil est formalisé mais obsolète (une nouvelle version du livret d'accueil est en cours de rédaction), au sein du contrat de séjour certains aspects peuvent être développés (objectifs de la prise en charge de l'utilisateur...), un renforcement de l'affichage des documents réglementaires (règlement de fonctionnement...).

La mission note que les droits des usagers sont effectifs sur la MAS. Le cadre de vie est sécurisant et contenant, l'organisation et les pratiques professionnelles permettent de garantir le droit à la protection des usagers. Les résidents ont la possibilité de circuler librement. Toutefois le maintien des acquis des personnes en matière

d'autonomie est à approfondir. Le droit à l'intimité et ses modalités sont formalisés, cependant les infrastructures actuelles limitent ce droit (chambres partagées, manque de portes...). Le droit à la dignité est parfaitement respecté dans l'établissement à travers les propos et postures des professionnels mais également *via* la formation « humanité » dont ont bénéficié certains membres de l'équipe. Les liens familiaux et amicaux sont respectés et formalisé au sein de différents documents.

4.5.2 La politique de prévention des risques

L'établissement offre un cadre de vie sécurisé. La dernière Commission de sécurité a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité de la MAS au sein de ses anciens locaux.

Les documents et modalités concourant à **la gestion des risques** sont effectifs (le registre de sécurité est disponible et à jour, les formations et exercices incendies sont à jour, des procédures spécifiques sont formalisées...). Cependant, quelques points sont à mettre en conformité (entrepôt des déchets DASRI, l'absence de carnet sanitaire, etc...). **Les activités de maintenance** sont assurées et les modalités formalisées. Elles sont bien coordonnées, gérées et suivies *via* un cahier de liaison des incidents. La continuité des interventions est assurée. Cependant, la formalisation de protocoles d'urgences est à poursuivre (risque infectieux,...) ainsi que la formation des salariés aux gestes de premiers secours (SST). Par ailleurs, le signalement, l'analyse et le traitement des événements indésirables ne sont pas formalisés ni pleinement effectifs.

Concernant la **prévention des risques professionnels**, la MAS dispose d'un CHSCT commun aux autres établissements et un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Des mesures sont également prises par l'établissement afin de prévenir l'usure professionnelle (une attention sur les troubles musculo-squelettiques, la mobilité des salariés...). Toutefois, les entretiens professionnels ont été suspendus en 2014 dans le cadre d'une uniformisation des pratiques et doivent être relancés.

La culture de la bientraitance fait partie des valeurs fondatrices de la Fondation et une dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur l'établissement, notamment à travers la diffusion des RBPP, une instance éthique, des échanges et formations sur le sujet, des aspects organisationnels favorisant la bientraitance, etc. Par ailleurs, **l'obligation de signalement est globalement connue par les professionnels mais sa mise en œuvre est perfectible** : une clarification des notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable / information préoccupante est à opérer ; un rappel aux professionnels sur le régime de protection entourant les signalements serait souhaitable ; le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés (3977) devra être affiché à différents endroits stratégiques de l'établissement.

5 Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1 La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une évaluation menée début 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur pour garantir la neutralité de la démarche ▪ L'utilisation et l'adaptation d'un référentiel qui répond aux obligations réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques actuelles ▪ Une dimension participative importante marquée tout au long de la démarche ▪ Des entretiens menés avec quelques partenaires locaux ▪ Une restitution générale des résultats à l'ensemble des acteurs institutionnels ▪ Un rapport qui met en évidence les atouts et points de progrès de la structure au regard des thématiques à évaluer ▪ La mise en place d'un plan pluriannuel de progrès (PPP) qui se présente comme un outil de pilotage complet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'indicateur de suivi pour faciliter le pilotage du suivi. ▪ Des outils de suivi complexes à utiliser et à appréhender pour les professionnels ▪ L'absence de plan d'actions propre à la MAS, et le manque de lisibilité du plan d'action « interstructures » réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articuler de façon plus intuitive les objectifs et orientations du projet d'établissement avec les actions d'amélioration issues de l'évaluation interne ▪ L'implication des familles et des partenaires pourra être davantage recherchée lors de la prochaine démarche (invitation à des groupes de travail, etc.) ▪ Rendre plus lisible la priorisation des axes, objectifs ou actions poursuivies ▪ Rédiger des fiches actions détaillant les modalités de mise en œuvre des objectifs opérationnels ▪ Mettre en place des indicateurs de suivi ▪ Réaliser un PPP par structure pour rendre plus lisible le niveau d'avancement de chacun et faciliter sa lecture et son appropriation par les équipes
Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise en place d'un comité de suivi avec des représentants de toutes les structures et catégories professionnelles qui se réunissent semestriellement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les travaux du comité de suivi sont mal identifiés par les équipes ▪ Des missions trop vastes qui ne facilitent pas la mise en œuvre des actions prévues 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser une communication régulière sur les actions menées par le comité de suivi ▪ Associer les professionnels à des réflexions plus pratico-pratiques autour, par exemple, de l'élaboration de fiches-actions opérationnelles pour chaque structure

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire évoluer l'instance que représente l'actuel comité de suivi vers un rôle de coordination ; ▪ Etendre les missions du comité de suivi au-delà des suites de l'évaluation interne
<p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche qualité émergente, qui se structure progressivement et de façon participative. ▪ Des documents qualité accessibles (borne numérique...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une coordination dispersée de la démarche qualité ▪ Il n'existe pas d'enquête de satisfaction familles ou usagers ▪ Une culture de l'oral très ancrée qui ne favorise pas l'utilisation des moyens de recueil des plaintes et réclamations en place. ▪ Des documents qualité peu consultés et peu appropriés par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une instance intermédiaire pour relayer, par structure, les orientations définies par le comité de suivi ▪ Mettre en place une enquête de satisfaction à destination des familles et des moyens adaptés de recueil de satisfaction à l'égard des usagers. ▪ Formaliser une procédure de gestion des plaintes et réclamations et sensibiliser régulièrement les personnes à l'utilisation des supports existants et prévoir l'analyse et le traitement de ces données ▪ Repenser la gestion documentaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre plus spécifiques certains documents qualité trop généraux ○ Définir le circuit documentaire ○ Redéfinir la terminologie des documents qualité ○ Associer les professionnels à l'élaboration des documents ▪ Evaluer la connaissance et l'application des procédures

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
Les modalités d'appropriation des RBPP	<ul style="list-style-type: none"> Des RBPP identifiées par les équipes et rappelées régulièrement en réunions L'accessibilité des synthèses des RBPP sur la borne numérique 		<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail d'appropriation des RBPP par les professionnels et leur utilisation dans les réflexions structurantes de l'établissement.
La mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation des RBPP dans les récentes démarches réalisées (PE, EI, PP ...) 		

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
Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Un projet validé en 2013 par le CVS et structuré Sa rédaction dans le cadre d'une démarche participative qui a associé les professionnels et les familles des usagers (présentes au CVS) Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm La présentation du projet en réunions institutionnelles et au CVS La mise à disposition du projet pour consultation libre Des professionnels qui connaissent l'existence du projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet L'absence d'association directe des partenaires dans l'élaboration du projet L'absence de déclinaison des orientations en un plan d'action opérationnel consolidé précisant les objectifs sur cinq ans Le manque de lisibilité du document (PE de plus de 120 pages, erreurs dans le sommaire, etc.) Une connaissance hétérogène du contenu du projet par les professionnels qui le jugent « long » 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les efforts d'adaptation du document en vue de faciliter sa compréhension par l'ensemble des parties prenantes Rédiger une synthèse du projet permettant la communication et l'appropriation du projet Intégrer l'ensemble des éléments préconisés par la législation et la RBPP lors de l'élaboration du nouveau projet (précision de la date de validité du projet, document avoisinant les 30 pages, etc.) Lors de l'actualisation du projet, se positionner explicitement par rapport aux orientations de politique publique retenues dans les outils de planification (plan ARS, schéma CG...)

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer les partenaires lors de la réactualisation prochaine du Projet d'Établissement (démarche participative au sens de l'ANESM) ▪ Concevoir un plan d'action reprenant les objectifs du projet et les déclinant en actions concrètes avec précision des moyens, échéances, indicateurs de résultats. Ce plan d'action peut s'envisager de façon conjointe avec l'évaluation interne puis externe, de façon à n'avoir qu'un document de pilotage global sur l'établissement. ▪ Décliner le projet d'établissement en projets de groupes décrivant les spécificités de la population accueillie par villas/unités
<p>Cohérence et pertinence du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire, validé par lui ▪ Un projet cohérent avec les missions des MAS et les orientations de politiques publiques ▪ La localisation pertinente combinant les avantages d'une localisation péri-urbaine (accès aux services de santé, infrastructures...) et l'environnement calme du PHD ▪ La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse, TED...) via l'adaptation progressive de la prise en charge ▪ Le projet de restructuration et les nouveaux bâtiments de la MAS construits sur le site du PHD, qui ont fait l'objet de réflexions pluridisciplinaires dans leur aménagement, et qui proposent un nouveau cadre de vie davantage adapté aux besoins des personnes accueillies ▪ Les fonctions (accueil, direction...) et équipements mutualisés (piscine, etc.) du site du PHD ▪ L'accessibilité du site du PHD ▪ Une réponse réactive aux besoins du territoire et une forte attractivité (taux d'occupation élevé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux actuellement peu adaptés à l'accueil du public (absence de portes aux chambres, etc.) ▪ L'absence d'une offre de chambres individuelles avec salles de bain individuelles pour tous les résidents ▪ Un ratio d'ETP à la place inférieur à celui d'autres MAS sur l'île ▪ Le petit nombre de sorties et de projets de transfert des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les travaux engagés, ainsi que les réflexions participatives sur l'appropriation des nouveaux locaux par les résidents ▪ Poursuivre les réflexions avec l'ARS sur une convergence (en termes de taux d'encadrement notamment) avec les autres MAS de l'île ▪ Mettre en place davantage d'actions visant à « désinstitutionnaliser » les résidents (transferts, accompagnements socio-culturels hors site, etc.), et renforcer les réflexions autour du partenariat avec un autre établissement similaire pour organiser des échanges de résidents ▪ Renforcer la dynamique partenariale de la MAS et du PHD ▪ La structuration de l'accompagnement futur devra prendre en compte le vieillissement de la population accueillie sur l'internat, parallèlement à l'accueil d'un public plus jeune ▪ Prévoir un espace de repli en dehors du collectif pour les personnes accueillies sur l'accueil de jour dans les nouveaux locaux

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif diversifié offrant 10 places d'accueil de jour depuis 2007, et une augmentation de la capacité d'accueil pour répondre aux besoins du territoire ▪ Un bon repérage par les pouvoirs publics, et des réflexions conjointes menées avec l'ARS depuis quelques années ▪ Un accompagnement par groupes de résidents présentant des besoins similaires et favorisant la personnalisation des interventions (une villa aménagée avec un jardin pour accueillir les TED, etc.) ▪ L'acquisition progressive d'une image positive sur le territoire, et des projets en cours pour ouvrir l'établissement (projet avec la CIVIS pour un chemin botanique, etc.) ▪ Des profils de professionnels variés (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, éducateur spécialisé, AS, AMP...) qui permettent d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire de la personne, et l'absence de postes vacants ▪ Des projets et une réorganisation récente qui témoignent de l'inscription de l'établissement et du PHD dans une réelle dynamique d'amélioration depuis plusieurs années (signature du CPOM en 2008 qui a accéléré la mutation, diagnostic partagé avec l'ARS, réorganisation du site en 3 pôles, mise en place d'une nouvelle organisation du travail...) ▪ La mise en place prochaine d'une organisation du PHD autour de 2 entités ▪ la MAS s'inscrit dans une trajectoire positive afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de ses prestations (ouverture à et sur l'environnement, management davantage participatif depuis quelques années, etc.) 		
--	---	--	--

<p>Qualité d'accompagnement</p>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accueil physique et téléphonique organisé et adapté ▪ Un site agréable (espaces verts, etc.) ▪ Un site accessible et le travail des cheminements au sein du PHD ▪ Des nouveaux bâtiments en cours de finalisation qui ont été pensés de manière à améliorer le cadre de vie des résidents ▪ Un entretien des locaux structuré et effectif <p><u>L'accompagnement thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une traçabilité sur PSI ▪ Une coordination et une organisation des soins effectives ▪ Des plannings validés par les chefs de service ▪ Un circuit du médicament globalement sécurisé ▪ La formalisation de nombreux protocoles de soins (généraux et individualisés) retravaillés en septembre 2014 sous le pilotage du médecin de la MAS ▪ Un accompagnement rééducatif structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles permettant une bonne réponse aux besoins 	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux actuels ne répondant pas aux normes de sécurité ni de confort pour les usagers (absence de portes aux chambres, chambres partagées sans paravents ou autres séparations, etc.) ▪ Des espaces communs exigus ; des villas peu adaptées à l'accueil de personnes en fauteuil roulant. ▪ L'insatisfaction des résidents et familles sur l'entretien du linge <p><u>L'accompagnement thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une psychologue disposant d'un temps très limité sur la MAS ne permettant pas l'accompagnement de tous les usagers ▪ Les habitudes de vie renseignées dans les plans de soins sur le PSI ne sont pas toujours à jour ▪ Le partenariat avec la pharmacie n'est pas formalisé ▪ Un logiciel PSI utilisé de manière hétérogène par les professionnels qui indiquent ne pas connaître toutes ses fonctionnalités et ne pas disposer de temps d'écrit dédié ▪ L'absence d'utilisation homogène d'une grille d'évaluation de la douleur 	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser la construction du bâtiment afin de garantir des locaux aux normes actuelles de sécurité et de confort pour tous les résidents, et poursuivre les réflexions avec l'ensemble des parties prenantes pour un organiser un emménagement sans sentiment de « rupture » et perte de repère ▪ Poursuivre les réflexions avec le prestataire lingerie pour améliorer la qualité du service rendu <p><u>L'accompagnement thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer à former l'ensemble des équipes sur PSI et ses différentes fonctionnalités ▪ Poursuivre la formalisation des pratiques par la rédaction de l'ensemble des protocoles utiles ▪ Questionner le temps de psychologue à disposition sur la MAS ▪ Homogénéiser les pratiques d'évaluation de la douleur ▪ Poursuivre le travail de réactualisation des plans de soin et des habitudes de vie des résidents ▪ Formaliser le circuit du médicament propre à la MAS ▪ Formaliser le partenariat avec la pharmacie

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne prise en compte globale des thématiques de soin spécifiques (prescription des contentions, suivi des chutes sur PSI...) <p><u>Vie quotidienne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accompagnement en cours de structuration ▪ La nomination d'une IDE responsable de la réactualisation des plans de soin et du recueil des habitudes de vie ▪ La taille et la composition des groupes sont ajustées sur les villas pour répondre aux besoins des usagers et ont été réfléchies de manière à personnaliser au mieux l'accompagnement ▪ L'accompagnement est adapté dans la mesure du possible aux rythmes des résidents ▪ Le choix de constituer des unités spécialisées en termes de niveaux de handicap et de dépendance afin de permettre une dynamique de « lieu de vie ». ▪ Un accompagnement et des pratiques bien cadrés ▪ Des postures et des pratiques des professionnels de qualité (verbalisation des interventions, etc.) <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accompagnement structuré, et coordonné par 2 ES et un animateur socio-éducatif ▪ Des ateliers et activités diversifiés sont proposés aux usagers, à l'extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement ▪ Les activités sont proposées aux usagers en fonction des souhaits et manifestations de plaisir de chacun et dans le but de susciter leur bien-être 	<p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une coordination perfectible entre les équipes ▪ Une hétérogénéité entre les villas de l'établissement et un enjeu de maintien d'une identité d'équipe à l'échelle de l'établissement ▪ L'amplitude horaire entre les repas du soir et du matin (18h – 8h) dépasse l'amplitude recommandée par la HAS (12h maximum) ▪ Le taux d'encadrement sur certains temps clés de l'accompagnement (prise de repas notamment) paraît limité compte tenu du niveau de dépendance des personnes accueillies <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des activités paraissant parfois insuffisantes (notamment durant le weekend) au regard des besoins des résidents ▪ Une faiblesse du nombre de salles d'activités ▪ La mission d'évaluation n'a pas eu accès à des plannings consolidés d'activités 	<p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la mise en place de temps de coordination entre les différentes équipes ▪ Engager des réflexions communes sur des thématiques clés de l'accompagnement (hydratation, évaluation de la douleur, etc.), et formaliser des projets de groupe précisant les objectifs de l'accompagnement ▪ Poursuivre les réflexions en cours sur la restructuration de l'organisation de manière à diminuer l'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner ▪ Poursuivre les échanges avec l'ARS sur la convergence du taux d'encadrement avec les autres MAS de l'île <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la réflexion amorcée pour organiser d'avantage d'activités, notamment le weekend, afin de répondre aux besoins de tous les résidents ▪ Poursuivre la réflexion amorcée en vue d'optimiser les espaces destinés aux activités ▪ Réfléchir à la création d'une Commission activités avec des représentants des familles et des professionnels de différents métiers
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mobilisation des professionnels éducatifs sur l'élaboration des PP ▪ Des postures et des pratiques bienveillantes <p><u>La coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des transmissions écrites réalisées sur le logiciel PSI ▪ Des transmissions orales réalisées à chaque changement d'équipe ▪ Des temps de réunion réguliers et suffisants 	<p>régulières permettant de voir l'ensemble des activités de groupe organisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mission d'évaluation n'a pas eu accès à des projets d'activités formalisés par les équipes (documents qui permettent de définir des principes d'intervention communs, de valoriser les bonnes pratiques, d'évaluer les activités etc.) ▪ Les activités proposées apparaissent peu diversifiées et d'une pluridisciplinarité limitée <p><u>La coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les transmissions orales au sein de l'équipe AS/AMP ont lieu sur les villas, parmi les résidents, en l'absence d'un bureau pour les professionnels permettant d'assurer la confidentialité des informations ▪ Les postes informatiques pour effectuer les transmissions sont peu nombreux, et les professionnels ne disposent pas de temps dédié pour effectuer les transmissions sur PSI ▪ Les transmissions orales ne sont pas structurées (nature des informations à transmettre peu claire et hétérogène) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la diversité des activités proposées en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels <p><u>La coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rappeler les règles de confidentialité des informations transmises lors des transmissions dès l'emménagement dans les nouveaux locaux permettant la mise à disposition d'un bureau adéquat ▪ Structurer les transmissions ▪ Identifier un temps dédié aux transmissions écrites
--	--	--	--

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
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, prestataires extérieurs Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques Renforcer les partenariats dans les domaines socio-culturels Poursuivre les réflexions sur l'organisation de transferts et d'échanges de résidents entre établissements similaires pour « désinstitutionnaliser »
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Des familles satisfaites de la prise en charge proposées à la MAS et des pratiques professionnelles Des partenaires qui sont satisfaits de leur coopération avec la MAS (les partenaires parlent d'une équipe accueillante et réactive). Ils indiquent tous bénéficier de nombreux échanges avec la MAS qui se rend disponible dès que nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Proposer une formation au tutorat des professionnels référents des stagiaires

5.5 Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Processus d'admission et fin d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure 	<ul style="list-style-type: none"> Un livret d'accueil obsolète, et la non remise du PE ou de sa synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels, et une commission d'admission pluridisciplinaire ▪ Un parcours progressif avec un accueil modulable avant une intégration définitive ▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent) ▪ Une réflexion sur la fin de vie en cours compte tenu de l'avancée en âge du public (une procédure PHD existe notamment) ▪ Un médecin sensibilisé aux problématiques du vieillissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de temps convivial d'accueil formalisé (pot, goûter) de manière homogène sur les groupes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systématiser le recueil anticipé des souhaits des usagers et de leurs familles concernant la fin de vie ▪ Renforcer le soutien aux familles, aux autres résidents et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression par exemple, groupes de parole dédiés...)
<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des projets personnalisés réactualisés en cours de signature ▪ Des modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure qui fait référence aux RBPP de l'Anesm ▪ Une construction pluridisciplinaire globalement conforme à la RBPP de l'ANESM afférente ▪ Dans la mesure du possible, une co-construction du projet avec le représentant légal de l'utilisateur ▪ une trame commune de PP, et des PP intégrés dans le logiciel PSI ▪ Des projets qui font systématiquement l'objet d'un avenant et d'une réactualisation annuelle ▪ Une réactualisation des projets bien organisée : ces derniers sont réactualisés chaque année conformément à l'obligation légale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encore peu de projets personnalisés signés (actualisés annuellement mais pas toujours signés en fonction des disponibilités des familles) ▪ Le rôle du référent est peu connu des équipes et des familles ▪ L'absence de formalisation d'une grille commune d'évaluation de la situation et des capacités des personnes qui servirait à alimenter le PP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la signature de tous les projets personnalisés avant décembre 2014, conformément au planning fixé ▪ Ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis à la trame de PP de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets ▪ Renforcer la communication autour du rôle du référent ▪ Détailler davantage certains éléments de contenu relatifs aux moyens de mise en œuvre des objectifs (et notamment préciser les « diverses activités » mises en place) ▪ Renforcer au sein des PP l'équilibre des différentes dimensions de l'accompagnement (détailler davantage les objectifs éducatifs, etc.), en s'appuyant sur la RBPP de l'ANESM afférente

<p>Le respect des choix/ préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des PP qui permettent une individualisation de l'accompagnement ▪ Dans la mesure du possible, un respect des habitudes de vie des résidents (heure du lever, etc.) ▪ La nomination d'une IDE responsable de la réactualisation des plans de soin et recueil des habitudes de vie 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les efforts de réactualisation du recueil des habitudes de vie et des plans de soin individuels ▪ Formaliser des plannings d'activités individuels adaptés à la compréhension des usagers pour faciliter leur repérage dans le temps
---	--	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> Un CVS en place, qui fonctionne dans le cadre légal et présente une bonne dynamique 		
La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> Des familles satisfaites du fonctionnement du CVS Une dynamique récente de co-construction des PP 		<ul style="list-style-type: none"> Systematiser et tracer le recueil de l'expression des résidents malgré la difficulté que cela représente du fait de leurs faibles capacités orales : créer de manière pluridisciplinaire des outils adaptés Mettre en place une enquête de satisfaction régulière, analyser et traiter ses résultats

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
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	<ul style="list-style-type: none"> Des outils formalisés, diffusés, et remis dans le cadre de la procédure d'admission et à tout nouveau salarié Des outils globalement conformes aux RBPP Un livret d'accueil est formalisé mais obsolète (nouvelle version en cours de rédaction) Un droit à l'information effectif Un droit à la protection assuré Un droit à l'autonomie respecté et encouragé dans le cadre de l'accompagnement Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées Un respect effectif des liens familiaux et amicaux Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté 	<ul style="list-style-type: none"> Des informations pas systématiquement adaptées à la compréhension des résidents Un droit à l'intimité à renforcer (des chambres de 2 personnes, des chambres sans portes, etc.) Des professionnels qui indiquent ne pas pouvoir toujours veiller à maintenir les acquis des personnes en matière d'autonomie (mise à disposition de couverts adaptés, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> afficher le règlement de fonctionnement Finaliser le livret d'accueil En attendant l'emménagement dans les nouveaux locaux, renforcer le droit à l'intimité des résidents (par exemple mettre des rideaux / paravents dans les chambres partagées) Proposer aux familles davantage de temps d'expression communs (groupes de paroles, café des familles, etc.) Renforcer les supports d'information (affichage) Renforcer la confidentialité des échanges lors des transmissions (rappel des règles auprès des professionnels, etc.) Généraliser l'usage de couverts adaptés pour les temps de repas favorisant l'autonomie des personnes
Sécurité des lieux et de personnes	<ul style="list-style-type: none"> Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant avec portail, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, dispositifs de contention uniquement sur prescriptions, etc. Des aménagements du cheminement sur le site du PHD de manière à rendre les locaux accessibles L'affichage des plans d'évacuations et consignes incendie Un bâtiment bien entretenu sur le plan technique malgré sa vétusté 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de plan de continuité des activités L'absence de carnet sanitaire et de réalisation des contrôles associés à la prévention du risque de légionnelles. Des formations et exercices incendie 1 fois par an (cf. code du travail : 2 fois par an) L'absence de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables Des protocoles d'urgences sont manquants 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser plan de continuité des activités précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature » Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an Se mettre en conformité sur la prévention du risque de légionnelles

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de local DASRI adapté sur les locaux actuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser des protocoles d'urgence manquantes (risque infectieux,...) et actualiser les procédures existantes qui le nécessitent (circuit des médicaments) ▪ Former les salariés aux gestes de premiers secours (SST) ▪ Poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à la nécessité de formaliser les signalements ▪ Clarifier les définitions d'événements indésirables, situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) afin qu'ils trouvent leur place dans les supports existants ▪ Organiser et formaliser le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents ▪ Utiliser dès l'emménagement le nouveau local DASRI
<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une continuité et sécurité des interventions via : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une présence physique et téléphonique, une permanence administrative en continu. ○ Une astreinte de direction continue partagée entre les directeurs du site ○ La tenue d'un cahier de liaison avec les familles pour les semi-internes ○ La présence de plusieurs IDE et de médecins ○ Une gestion des remplacements structurée et formalisée ○ La formalisation de procédures d'urgence enclenchée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des protocoles d'urgences sont manquants ▪ certains professionnels non formés aux gestes de premiers secours ▪ L'absence de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser des protocoles d'urgence manquantes (risque infectieux, ...) et les procédures qui le nécessitent (circuit des médicaments) ▪ Former les salariés aux gestes de premiers secours (SST) ▪ Poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à la nécessité de formaliser les signalements ▪ Clarifier les définitions d'événements indésirables, situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) afin qu'ils trouvent leur place dans les supports existants ▪ Organiser et formaliser le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents

<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif de prévention des risques psychosociaux mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP, disponibilité et communication de la direction ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : fiches de pénibilité, rotation des équipes, mobilité interne possible, dispositif de formation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUERP peu connu des professionnels, ne prenant pas en compte les risques psychosociaux et à réactualiser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactualiser le DUERP avec la participation es professionnels et en y intégrant les risques psychosociaux
<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne dynamique de promotion de la bientraitance (diffusion des RBPP Anesm, réalisation de formation sur la bientraitance, instauration d'un comité d'éthique, discussion et échanges en réunions,...) ▪ L'observation lors de la visite sur site de propos et postures bientraitants ▪ La mise en place de mesures concourant à la prévention de l'usure professionnelles (cf ci-dessus). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de mention de la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents loi 2002-2 ▪ Une obligation de signalement connue mais un processus mal identifié de la part de certains professionnels rencontrés ▪ L'absence d'affichage du n° 3977 dans les locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier les notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable/information préoccupante ▪ Mettre en place des formations régulières sur le sujet de la bientraitance ▪ Renforcer la culture de signalement auprès des équipes : rappeler la procédure de signalement (obligation, régime de protection...) ▪ Mentionner la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents remis aux usagers (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil) ▪ Afficher le n° 3977 de façon visible dans les locaux ▪ Formaliser un document d'analyse des risques de maltraitance

5.8 L'appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission tient à souligner l'implication des professionnels de la structure pour la bonne marche de l'évaluation externe. Les consultants évaluateurs ont pu accéder aux éléments permettant de réaliser l'évaluation externe dans des conditions satisfaisantes, en conformité avec les exigences réglementaires en la matière.

Le bilan de l'évaluation est globalement positif : la MAS a récemment mis en place une organisation par villas (unités de vie), qui permet de progressivement s'ajuster au plus près aux besoins des personnes. Elle s'est également engagée dans un processus de restructuration et d'amélioration de la qualité de vie des résidents, qui sera renforcé par l'emménagement dans des nouveaux locaux. La mission souligne l'implication des professionnels dans l'appropriation de ce nouvel outil de travail (réflexions sur le choix de la configuration des locaux, les moyens de rendre le déménagement le moins perturbateur possible pour les résidents, etc.), et la bonne dynamique d'ensemble engagée. La personnalisation de l'accompagnement se développe, à travers notamment l'actualisation des plans de soin et la mise en place de projets personnalisés co-construits avec les familles. L'établissement met à ce jour tout en œuvre pour renforcer cette personnalisation (nomination d'une IDE responsable de l'actualisation des plans de soin et des habitudes de vie des résidents, souci de recueil systématique de l'avis de la famille, etc.).

L'établissement s'ouvre progressivement à et sur l'extérieur, et s'inscrit depuis peu dans une dynamique de progrès nouvelle signalée par les familles. Ces dernières mettent en avant les améliorations récentes qu'a connues l'établissement (en termes d'ouverture, d'adaptation aux besoins des personnes, de personnalisation de l'accompagnement notamment).

Cependant, les locaux actuels de la MAS (en attendant le déménagement dans les bâtiments neufs), bien qu'ils soient bien entretenus, souffrent de nombreux écarts par rapport aux normes actuelles de confort (exiguïté, chambres partagées, absence de portes intérieures, etc.). La mission d'évaluation a pu visiter ces locaux actuels, mais également les nouveaux locaux. Elle note ainsi les nombreux espaces d'activité des nouveaux bâtiments, leur caractère spacieux, et la nette amélioration des conditions d'accueil des personnes accueillies.

Les autres enjeux d'amélioration repérés pour la MAS concernent la gestion des risques, la finalisation des projets personnalisés co-construits avec la famille pour l'ensemble des résidents, ou encore la formalisation (projets d'unités, etc.). Il existe également un enjeu pour l'établissement, au-delà de la spécialisation de l'accompagnement par groupes homogènes, de renforcer la cohésion générale d'équipe et de créer une bonne transversalité des réflexions. Le projet de restructuration constitue une opportunité à cet égard. On note également, sur la MAS, une démarche constructive en matière de qualité, qui est à asseoir. Cette démarche et les actions d'amélioration en découlant sont à décliner dans un plan d'actions propre à l'établissement, afin de mettre en relief le chemin parcouru.

5.9 Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de transmission, temps d'activités
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 12 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (3) ▪ 3 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : 4 mois ▪ 22 octobre : validation du projet évaluatif ▪ 30 et 31 octobre 2014 : évaluation sur site ▪ 26 décembre 2014 : remise du pré-rapport ▪ 16 janvier 2015 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	2 jours sur site
Date de début et de fin de mission	<i>Octobre 2014 – 16 janvier 2015 (envoi du rapport final)</i>

5.10 Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<ul style="list-style-type: none"> - Intervention respectueuse des résidents, des organisations et des hommes - S'il nous semble difficile en 2 jours de pouvoir appréhender toutes les subtilités, les enjeux d'une vie institutionnelle, en revanche on doit noter que ces 2 jours ont été mis à profit par les évaluateurs l'essentiel des problématiques et suggérer des pistes d'amélioration très intéressante, dont la très grande majorité avait déjà été repéré. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques petits soucis dans le sommaire : à partir du § 3.5, les sous-chapitres ne correspondent pas toujours. - Evaluation qui nous semble être le reflet de la réalité vécue même si elle nous semble bienveillante sur certains aspects : la faiblesse de notre travail éducatif - Nous conforte dans notre dynamique institutionnelle

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

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^{er} 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	 EQR CONSEIL <small>68 rue de la Concorde - 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 Delisle
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

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



Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

Présentation

Céline MASSON est consultante au sein du cabinet EQR depuis plus de deux ans. Diplômée de Sciences Po Paris, son cursus en affaires publiques lui confère une excellente connaissance des institutions nationales et locales ainsi qu'une **solide compétence en gestion de projet**.

Depuis son arrivée au sein du cabinet EQR, elle participe principalement à des missions d'accompagnement stratégique d'établissements sociaux et médico-sociaux, et à des **missions d'évaluation externe d'établissements et services sociaux et médico-sociaux**.

Carrière

- Depuis 2012 : Consultante au sein du cabinet EQR Conseil
- Juin-Décembre 2011 : Chargée de mission à la direction de la Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général Hauts-de-Seine – diagnostic territorial et étude de faisabilité d'un projet de partenariat européen sur le suivi médico-social de la mère et de l'enfant en Europe.

Formation

- Formation à l'évaluation externe (cabinet « EQR Formation »)
- Master Affaires publiques à Sciences Po Paris, mention « collectivités locales »
- Master d'anglais LLCE à La Sorbonne Paris III (mention très bien)
- Classes préparatoires littéraires du lycée Henri IV

Références

Evaluations internes et externes d'établissements sociaux et médico-sociaux (extraits) :

- Secteur du handicap
 - **AGAPEI** : Evaluation externe de la Maison d'Accueil Spécialisée « Les Champs Pinsons » à Saint-Orens de Gameville – 2014
 - **ASEI** : Evaluation externe du Foyer d'Accueil Médicalisé « Cadorne » à Tournay – 2013
 - **ADAPEI 12** : Evaluation externe de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail et du Foyer d'Hébergement de Capdenac-Gare – 2013
 - **ADAPEI 22** : Evaluation externe du pôle adultes handicapés de Dinan (Etablissement de Service et d'Aide par le Travail, Foyer d'Hébergement, Foyer de Vie, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, Service d'Accueil et de Travail Adapté) – 2013
 - **Mutualité Française Anjou-Mayenne** : Evaluation Externe de l'Institut Montclair (Service d'Accompagnement à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire, Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés, Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce), et du Centre Charlotte Blouin (Service de Soutien à l' Education Familiale et à l' Intégration Scolaire, SAFEP, et SEES) – 2013

Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

Références (suite)

- **Mutualité Indre-Touraine** : Evaluation externe de l'Institut d'Education Motrice « Charlemagne » – fin 2012 ; Evaluation externe du SESSAD Mirabeau à Tours – 2014
- **APAJH 44** : Evaluation externe de l'Institut Médico-Educatif « Clémence Royer » (Saint Nazaire), de la Maison d'Accueil Spécialisée de la Sèvre, et du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés de la Sèvre (Rezé) – 2012
- **EPMS de Provins** : Evaluation externe de l'IME, du Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile, et de l'ESAT – 2012
- **ADAPEI 56** : Evaluation externe du foyer de vie, de l'accueil de jour, du foyer d'hébergement, de l'UATP et de l'UVE de Prad Izel à Hennebont ; Evaluation externe du foyer « Avel Vor » à Ploemeur ; Evaluation externe de l'ESAT Armor Argoat à Caudan – 2014

➤ Secteur des personnes âgées :

- **Association Monsieur Vincent** : Evaluation de l'EHPAD Castel Saint Joseph à Hodeng Au Bosc – 2013
- **Association Partage Accueil** : Evaluation externe de l'EHPAD Grenelle à Paris (15e arrondissement), et de l'EHPAD Bethléem à Paray-le-Monial – 2013
- **Association Les Amis des Ouvrières et des Isolés** : Evaluation externe de l'EHPAD La Source d'Auteuil -- 2013
- **Fondation Caisse d'Epargne** : Evaluation Externe de l'EHPAD « Résidence Jean Mazet » à Felletin – 2013, et de l'EHPAD Résidence Clairefontaine à Monteil-au-Vicomte – 2014
- **Mutualité Indre-Touraine** : Evaluation externe de l'EHPAD de Beaune – 2012 ; évaluation externe de l'EHPAD La Vasselière et évaluation externe des Relais Cajou – en cours

➤ Secteur social :

- **Fondation Léopold Bellan** : Evaluation externe du Foyer éducatif de Courbevoie et de la MECS Léopold Bellan de Bry-sur-Marne – 2014
- **Centre de Serquigny** (centre de formation et d'orientation professionnelle de l'ADAPT) : Accompagnement du Centre dans le cadre de son évaluation interne - 2013

Missions d'évaluation de politiques publiques :

- **CG 44** : Etat des lieux des internats éducatifs dans le cadre des collectifs d'hébergement du secteur associatif habilité à la **protection de l'enfance** – 2014
- **ARS Haute Normandie** : Evaluation de l'activité de l'ANPAA de Haute-Normandie dans le cadre des conventions passées avec l'ARS – 2014

Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

- **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** : Evaluation du dispositif national de dépistage communautaire du VIH par TROD – en cours

Missions d'accompagnement stratégique et organisationnel :

➤ Secteur médico-social :

- **ANESM** : Participation au groupe de travail pour la construction de l'enquête bientraitance dans les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'Accueil Médicalisés, et au traitement des résultats de l'enquête (2012 – 2013)
- **ANAP** : Formatrice en région Rhône-Alpes et Bourgogne au tableau de bord partagé d'indicateurs entre les établissements et services des secteurs du handicap et des personnes âgées – 2014

➤ Secteur sanitaire :

- **Mutualité Française d'Ile-de-France** : Diagnostic et évaluation des besoins concernant l'accès aux droits à la santé des jeunes en Ile-de-France et propositions d'actions (2012 – 2013)
- **Ville de Coulommiers** : Réalisation d'un diagnostic territorial de santé et accompagnement des acteurs et des opérateurs dans le cadre de la mise en place et de l'organisation du Contrat Local de Santé (2012 – 2013)
- **Agence Régionale de Santé d'Auvergne** : Collaboration à la réalisation de quatre diagnostics territoriaux de santé à Besse-et-Saint-Anastaise, au Vernet-la-Varenne, à Pont-Salomon et à Montfaucon (2012)
- **Agence Régionale de Santé d'Auvergne** : Collaboration à la réalisation de quatre diagnostics territoriaux de santé à Avermes, Issoire, Cunlhat, et l'EPCI de Sioulet-Chavanon (2013)

➤ Secteur social :

- **ADSEA 77** : Accompagnement à la réponse à un appel à projets du Conseil Général pour la mise en place d'un service d'Action Educative en Milieu Ouvert renforcé (2012)
- **AVVEJ** : Accompagnement à la réponse à un appel à projets du Conseil Général pour la mise en place d'un service d'accueil de jour éducatif pour des mineurs bénéficiant d'une mesure individualisée au titre de l'ASE de Paris (2013)



Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Présentation

Raphael Benhamou est consultant senior au sein du cabinet EQR Conseil; diplômé d'une école de commerce puis d'un master spécialisé santé/médico-social, ses missions lui ont permis d'acquérir une bonne maîtrise de l'organisation de l'offre de soins de premier recours et de l'optimisation de la performance hospitalière.

Raphael a intégré le cabinet EQR en 2012 après 3 ans d'expérience dans l'équipe Secteur Public du cabinet Deloitte. Il est intervenu sur diverses missions de définition de processus organisationnels et de rédaction de guides de procédures. Il dispose également de compétences en matière de gestion de projets et d'accompagnement stratégique.

Carrière

- Depuis 2012: EQR Conseil - consultant senior
- 2010 – 2012 : Deloitte Conseil – consultant au sein de l'équipe « Secteur public »

Formation

- Université Paris Dauphine - Master 2 Economie et management des organisations sanitaires et médico-sociales
- HEC Montréal – Baccalauréat en Administration des Affaires

Clients

- Agences Régionales de Santé Auvergne (ARS)
- Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) – Projets Performance (CH Vichy, CHU Nantes, etc.)
- Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)
- Administration des Douanes de la République du Benin
- Administration des Douanes Marocaines
- Universités de Montpellier (UM1/ UM2/ UM3)
- Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC)

Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Références

Evaluation externe :

- EHPAD La Source d'Auteuil
- EHPAD Saint-Louis
- SAMSAH de Blois (MFIT)

Accompagnement et conduite de projets

- **ANAP / ARS Limousin** : Accompagnement à la formalisation du parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie (PAERPA)
- **ANAP / ARS Lorraine**: Accompagnement à la formalisation du parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie (PAERPA)
- **Direction de la Sécurité Sociale** : Appui au lancement de l'appel à projets sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- **ANAP / ARS Pays-de-la-Loire** : Etude sur les adéquations des réponses de prise en charge des personnes âgées à l'échelle d'un territoire – Diagnostic et mise en œuvre
- **FEGAPEI / Unapei** : **Formalisation** de scénarios de rapprochement entre la FEGAPEI et de l'Unapei
- **ARS d'Auvergne** : Etudes d'opportunité et de faisabilité d'une quinzaine projets de maisons de santé en Auvergne et accompagnement dans l'élaboration de ces projets (Vague 1 : 2010 ; Vague 2 : 2011 - 2012 ; Vague 3 : 2012; Vague : 2013)
- **Commune de Sainte-Sigolène** : Etude de faisabilité pour la création d'une maison de santé pluridisciplinaire suivi d'un accompagnement méthodologique / gestion de projet pour la réalisation du projet - 2012
- **Association « Soigner à Brétigny-sur-Orge »** - étude de faisabilité et de programmation pour la création d'une maison de santé pluridisciplinaire
- **Pays Horte et Tardoire** - Définition du projet territorial de santé de Horte et Tardoire

Audit organisationnel, fonctionnel et financier d'établissements d'hospitaliers

- **Agence Nationale pour l'Appui à la Performance hospitalière (ANAP)** - Appui à la mise en œuvre du programme de retour à l'équilibre financier de 50 établissements hospitaliers (projet Performance dans le cadre du groupement Expertises et Solutions santé) (2010-2011)
- **Agence Nationale pour l'Appui à la Performance hospitalière (ANAP)** - Projet FIDES - Facturation individuelle des établissements de santé

Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Références

Audit organisationnel & amélioration de processus

- **Administration des Douanes Béninoises** - Réalisation d'un audit des opérations des recettes douanières de la République du Bénin
- **Administration des Douanes Marocaines** - Accompagnement dans la formalisation et l'exécution du plan stratégique à horizon 2015
- **Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)** - Accompagnement à la réalisation d'une étude et la définition des spécifications fonctionnelles d'une plateforme d'inscription en ligne aux formations
- **Universités de Montpellier (UM1/UM2/UM3)** - Assistance à maîtrise d'ouvrage relatif à la définition de l'identité, du périmètre, de l'attractivité et de la gouvernance du projet d'Initiative d'Excellence de Montpellier

Formation

- **ANAP** – Formation de 3 500 ESMS à l'outil tableau de bord de pilotage partagé

Evaluation de politiques publiques

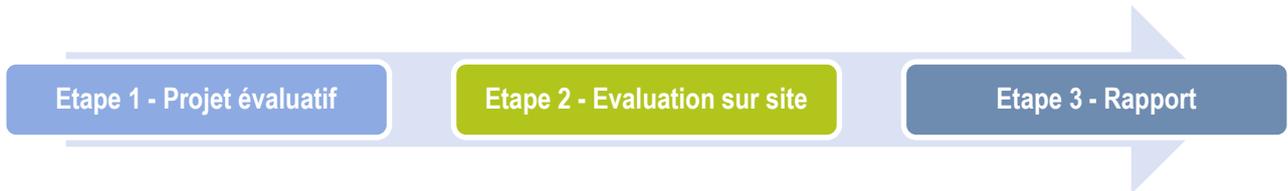
- **INPES** - Evaluation du programme Bien-Vieillir
- **INPES** - Évaluation du déploiement du dispositif Nutrition Précarité
- **AFD** - Evaluation stratégique des projets des projets de santé en Outre-mer

Études

- **Mutualité Française d'Ile de France** - Réalisation d'un diagnostic des besoins concernant l'accès aux droits à la santé des jeunes en Ile-de-France
- **Direction de la Sécurité Sociale** - Réalisation d'une étude sur le coût de revient en radiologie (étude de coûts et réalisation d'un questionnaire)

6.3 Calendrier de réalisation

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



La démarche s'est déroulée du mois d'octobre au mois de janvier 2015. L'évaluation sur site a été réalisée en octobre 2014. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final en 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
FONDATION PÈRE FAVRON
PARIS FRANCE



SAS EQR Conseil

68 rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
www.eqr-management.com

Tél. : 01 40 13 03 43
Fax : 01 40 13 03 33
Mail : eqr@eqr-management.com