

Fondation Père Favron

Evaluation externe de l'EHPAD Lataniers

Rapport d'évaluation externe

| | |
|-----------------------------|--|
| Type d'établissement | EHPAD Lataniers |
| Coordonnées | 102, rue Raymond Mondon - 97 419 LA POSSESSION |
| Numéro FINESS | 97 040 362 2 |

Janvier 2015

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. Eléments de cadrage | 3 |
| 1.1. Description de l'établissement | 3 |
| 1.1. Missions | 4 |
| 1.2. L'environnement : situation géographique | 5 |
| 1.3. La population accompagnée | 5 |
| 1.4. L'activité | 5 |
| 2. La procédure d'évaluation externe | 6 |
| 2.1 Démarche | 6 |
| 2.2 Sources | 7 |
| 3. Résultats de l'analyse détaillée concernant l'EHPAD Lataniers | 9 |
| 3.1. La stratégie du service | 9 |
| 3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement | 9 |
| 3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie..... | 10 |
| 3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue | 12 |
| 3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne | 12 |
| 3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration | 13 |
| 3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration | 13 |
| 3.2.4. Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité | 13 |
| 3.3. Le parcours de l'utilisateur | 14 |
| 3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil | 14 |
| 3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé | 16 |
| 3.3.3. La fin d'accompagnement..... | 17 |
| 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé | 18 |
| 3.4.1. Qualité du cadre de vie | 18 |
| 3.4.2. L'accompagnement proposé | 21 |
| 3.4.3. La coordination de l'accompagnement | 26 |
| 3.5. L'effectivité des droits des usagers | 27 |
| 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux | 27 |
| 3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits..... | 28 |
| 3.6. La prévention et la gestion des risques | 31 |
| 3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes | 31 |
| 3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail | 34 |
| 3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance | 34 |
| 3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement | 35 |
| 3.7.1. L'inscription du service dans le territoire | 35 |
| 3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement | 36 |
| 3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management | 37 |
| 3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines | 37 |

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 3.8.2. | Organisation et management | 39 |
| 4. | Synthèse de l'évaluation externe | 41 |
| 4.1. | Introduction | 41 |
| 4.1.1. | La démarche d'évaluation interne | 41 |
| 4.1.2. | Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM | 41 |
| 4.2. | Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers..... | 41 |
| 4.2.1. | Le projet d'établissement | 41 |
| 4.2.2. | L'organisation de l'accompagnement des usagers | 42 |
| 4.3. | L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique | 42 |
| 4.4. | Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers | 43 |
| 4.5. | La garantie des droits et la politique de prévention des risques | 44 |
| 4.5.1. | Les droits des usagers | 44 |
| 4.5.2. | La politique de prévention et de gestion des risques | 44 |
| 5. | Abrégé du rapport d'évaluation externe | 45 |
| 5.1. | La démarche d'évaluation interne | 45 |
| 5.2. | La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm..... | 47 |
| 5.3. | Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers | 48 |
| 5.4. | L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique | 52 |
| 5.5. | Personnalisation de l'accompagnement | 53 |
| 5.6. | L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers..... | 55 |
| 5.7. | La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques | 56 |
| 5.8. | L'appréciation globale de l'évaluateur externe..... | 59 |
| 5.9. | Méthodologie de l'évaluation externe | 60 |
| 5.10. | Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe | 61 |
| Annexes | | 62 |
| 6. | Contrat | 63 |
| 7. | Composition des équipes..... | 67 |
| 8. | Calendrier de réalisation..... | 72 |
| 9. | Attestation sur l'honneur | 73 |

1. Eléments de cadrage

1.1. Description de l'établissement

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

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

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

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

La Fondation Favron défend et promeut les valeurs suivantes :

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

Historique

En 1996, la résidence Les Lataniers compte parmi ses résidents quarante personnes arrivant de l'Hospice de Bois d'Olive. Reconvertie en MAPA habilitée pour 40 lits de cure médicale sur 60 lits disponibles au total, les personnes dépendantes étaient accueillies au rez-de-chaussée et les plus autonomes à l'étage.

En 1998, la Fondation Père Favron ouvre une nouvelle MAPA «les Alizés» de 91 lits à la Saline et crée le Centre Gérontologique de l'Ouest qui englobe les deux MAPA, «Alizés» et «Lataniers». La direction et le siège du CGO sont basés à la Saline.

En 2003, la MAPA «les Lataniers» devient l'EHPAD «les Lataniers», sa mission étant : l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et les soins pour les personnes âgées dépendantes, physiquement, psychiquement et/ou socialement, jusqu'au bout de leur vie.

L'établissement est alors habilité à recevoir 60 personnes âgées dépendantes en hébergement permanent et dispose d'une place en accueil temporaire. Ce changement d'appellation et la mise en œuvre de la

réglementation qui en découle ont été menés par une nouvelle direction toujours commune aux deux EHPAD. Cette direction a également signé et mis en œuvre la première convention tripartite.

En 2005, la Fondation reçoit l'autorisation des autorités de tarification pour une extension de 30 places pour l'accueil de personnes âgées présentant une pathologie psycho-gériatrique.

En 2007, le Conseil d'Administration prend la décision de séparer les deux EHPAD et d'en faire deux établissements distincts avec chacun une nouvelle direction, ce qui marque la fin du CGO.

En février 2009 débute le chantier de reconstruction et d'extension pour aboutir à un établissement conforme aux normes en fin d'année 2012.

Organisation

Aujourd'hui, l'EHPAD est autorisé pour une capacité de 91 places par l'arrêté du 26 janvier 2009.

Il se compose de trois bâtiments et quatre unités principales :

- L'unité les Açores : 22 places pour l'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie, le projet est de favoriser le maintien des potentiels de chacun
- L'unité Bréhat : 21 places pour l'accueil de personnes âgées dans la grande dépendance. L'accent est mis sur le bien être au quotidien et dans les actes de la vie.
- Deux unités Cap Vert :
 - o 14 places pour des personnes âgées autonomes présentant un début de pathologie Alzheimer ou démente permettant un accueil sur une unité ouverte.
 - o 12 places pour des personnes âgées autonomes présentant des troubles d'ordre psychiatriques stabilisés permettant la vie en collectivité.
- L'unité Ceylan :
 - o 14 places en UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) propose un hébergement, des soins et des activités adaptés à des personnes présentant une démence de type Alzheimer ou apparentée ayant des troubles du comportement sévères.
 - o 8 places en unité Alzheimer « classique » protégée pour accueillir des personnes présentant une pathologie Alzheimer ou apparentée et présentant des symptômes psycho-comportementaux légers.

En janvier 2012 le service accueillant les personnes âgées atteintes de maladie Alzheimer ou de troubles apparentés a été modifié par :

- La création d'une unité de 14 places en UHR. Le public accueilli en UHR se compose de personnes présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer ou démence apparentée (DTA) avec des troubles sévères du comportement
- Le maintien d'une unité pour 8 résidents présentant une DTA avec des troubles du comportement nécessitant l'accueil en secteur protégé

1.1. Missions

Les orientations de l'établissement ciblent les objectifs suivants :

- Être d'abord un **lieu de vie**, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- Être un **lieu adapté à l'accompagnement de la dépendance** conciliant liberté et sécurité pour chacun jusqu'à la fin de la vie ;
- Être un **lieu de prévention et de soins** où sont prodiguées de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales aux résidents.

1.2. L'environnement : situation géographique

L'EHPAD Lataniers est situé à la Possession, dans le Nord de l'île de La Réunion, à 20 minutes de Saint-Denis et 15 minutes de Saint-Paul en voiture. L'EHPAD est aisément accessible car situé à proximité immédiate de la Nationale 1.



1.3. La population accompagnée

En 2013, parmi les résidents accueillis, on compte 62,6% de femmes contre 37,4% d'hommes.

La moyenne d'âge des résidents est de 81 ans en 2013.

L'EHPAD Lataniers a validé son GMP en 2012, il est passé de 715 en 2007 à 731.69 en 2013 pour un PMP de 183.79 en 2007 (validé en 2008) contre 166 en 2012.

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|------|------|------|
| Moyenne d'âge des usagers accueillis | 71 | 81 | 81 |
| Nombre de femmes | 50 | 68 | 57 |
| Nombre d'homme | 22 | 35 | 34 |

1.4. L'activité

L'activité réalisée en 2013 est de 32 566 jours. A titre de comparaison, l'établissement avait réalisé en 2010, 31 177 journées soit une augmentation de 1389 jours. Le taux d'occupation de l'établissement est en hausse depuis 2011. L'établissement a connu une période importante de travaux et de reconstruction entre 2009 et 2012, ce qui explique la montée en charge progressive de la capacité installée.

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Budget d'exploitation | 4 317 609,9 | 4 787 179,5 | 4 905 397,3 |
| Capacité d'accueil autorisée | 91 | 91 | 91 |
| Capacité installée | 58 | 74 | 90 |
| Nombre de journées budgétées | 29 065 | 32 756 | 32 695 |
| Nombre de journées réalisées | 28 509 | 31 177 | 32 566 |
| Taux d'occupation | 94,8 % | 93,9 % | 98,1% |

2. La procédure d'évaluation externe

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

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

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

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

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

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

2.1 Démarche

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

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



Etape 1 : Le projet évaluatif

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

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

Etape 2 : l'évaluation sur site

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

- Une visite complète de l'établissement ;
- Des entretiens avec :
 - o La Directrice
 - o La médecin coordonnateur
 - o La cadre de santé
 - o L'équipe infirmière
 - o Le psychologue
 - o L'animatrice
 - o L'équipe d'AS-AMP
 - o L'équipe d'ASH
 - o Le personnel en charge du linge
 - o Deux aides-soignantes de nuit
 - o L'équipe de maintenance
 - o L'équipe administrative
 - o Et d'autres professionnels ont été interrogés de façon inopinée.
- Une consultation des usagers et de leurs familles : des entretiens ont été mené avec des usagers, pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS), et 3 entretiens ont été réalisés avec des familles
- Des temps d'observation des pratiques : observation de repas, de temps d'activités, de temps de transmission.
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité, procédures, etc...;
- Des entretiens avec des partenaires :

| Nom | Fonction |
|----------------------------|-----------------------------|
| Mme GAY Corinne | Kinésithérapeute libérale |
| Mme MINIAMA Chantal | Bénévole couture / lingerie |
| Médiathèque Heva | Responsable |
| Tounet Pressing | Responsable |

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 lundi 12 janvier 2015 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le lundi 26 janvier 2015.

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

2.2 Sources

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

- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (Juillet 2012)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Septembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre (Juillet 2008)

- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles (Avril 2008)

Recommandations spécifiques aux Ehpad :

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

La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée :

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

- Code de l'action sociale et des familles,
- Code de la sante publique et notamment les articles L 6111-2 et 6111-3,
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative a la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et a l'allocation personnalisée d'autonomie,
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance,
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret 2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Arrêté du 26 avril 1999 modifié relatif à la composition du tarif journalier afférant aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

3. Résultats de l'analyse détaillée concernant l'EHPAD Lataniers

3.1. La stratégie du service

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

L'EHPAD Lataniers a écrit un premier projet d'établissement en 2009 (depuis le projet déposé à l'ouverture en 1996) avec l'aide d'un intervenant extérieur et associant l'ensemble de l'équipe. En 2013, l'EHPAD a été accompagné par le même intervenant pour réécrire son projet d'établissement.

Un groupe d'écriture a été constitué avec un représentant de chaque métier accompagné par l'intervenant. Ce représentant avait pour charge de consulter son groupe métier pour étayer certains éléments.

Un comité de pilotage composé de l'IDEC, de la psychologue et de la Directrice a été mis en place pour piloter et finaliser la démarche.

Le projet a fait l'objet d'une présentation à la commission personnes âgées et au Conseil d'Administration (pour approbation) de la Fondation Père Favron et aux différentes IRP (Délégués du personnel, Comité d'Etablissement, CHSCT..).

Si la démarche a été menée dans un cadre participatif, deux points d'amélioration sont identifiés :

- Les usagers et familles n'ont pas directement été associés à la démarche, hormis une présentation et un avis du CVS.
- Les partenaires n'ont pas été associés à la démarche comme recommandé par l'ANESM.

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 intègre pleinement les 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, cadre juridique,
- Le public accueilli et son entourage ;
- La nature de l'offre de service et son organisation ;
- Les principes d'intervention
- Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, management, ressources humaines) ;
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;
- Les orientations de politiques publiques : notamment le Plan Alzheimer, le SROMS et le schéma départemental des personnes âgées ;
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement (encadrés comprenant les axes d'amélioration tout au long du rapport);

La mission d'évaluation relève quelques enjeux d'amélioration :

- Pour renforcer la dimension programmatique et la lisibilité, les axes d'amélioration gagneraient à être regrouper en fin de rapport et déclinés en plan. Ils sont toutefois intégrés dans le PACQ ;
- Le projet d'établissement peut être complété ou actualisé sur certains points : ouverture du PASA, réunions et transmissions... ;

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)

- **Forme et structuration du projet de service (cf. RBPP Anesm)**

Le document ne précise pas sa période de validité. Selon la réglementation, le projet d'établissement est établi pour une **durée de 5 ans**.

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 (65 pages) est au-dessus du standard préconisé par la RBPP, qui conseille une trentaine de pages).

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

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

Le projet est accessible sur les différentes unités sur les postes informatiques. Il a fait l'objet d'une présentation aux personnels (réunion institutionnelle et IRP). Il est connu des professionnels rencontrés sur site. La Direction prévoit en 2015, un groupe de lecture des différents documents institutionnels pour favoriser leur appropriation.

Les axes d'amélioration du projet d'établissement sont intégrés au PACQ.

Si la synergie des démarches (PE, évaluation interne...) au sein d'un seul document de pilotage global (le PACQ) apparaît comme une bonne pratique, la mission d'évaluation relève la suspension des réunions du groupe qualité, instance chargée du suivi et de la mise en œuvre du PACQ.

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 l'EHPAD Lataniers est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. Il a été présenté et validé par la Commission Personnes âgées et approuvé par le Conseil d'Administration de la Fondation.

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

Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des principes énoncés par la loi du 24 janvier 1997, nommée réforme tarifaire (transparence des coûts, contractualisation reposant sur une convention tripartite, démarche qualité,..) et des **missions telles que définies au CASF**. Le projet d'établissement décline également pleinement les thématiques de personnalisation de l'accompagnement et d'ouverture-partenariat, droits des usagers et de promotion de la bientraitance découlant de la mise en œuvre de la loi 2002-2 et ses différents décrets d'application.

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

A titre illustratif, la présence d'une unité Alzheimer, d'une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et l'ouverture d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) l'attestent.

En effet, la présence de l'UHR (14 places), est en pleine correspondance avec la mesure 27 du Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 qui prévoit de poursuivre et renforcer le déploiement des unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD et inscrire cette offre au sein des filières de soins et accompagnement de « droit commun ».

Par ailleurs, le projet aborde explicitement les orientations départementales et régionales en matière gériatrique et médico-sociales.

Enfin, la convention tripartite a été signée en 2009 avec les autorités de tarification. Elle doit être prochainement renouvelée pour la période 2014-2018. Toutefois, la Fondation Père Favron envisage la contractualisation d'un CPOM avec le CG et l'ARS qui serait spécifique au secteur gériatologique.

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

Les caractéristiques et spécificités du profil des usagers ont fait l'objet d'une évaluation précise dans le cadre du projet d'établissement. Par ailleurs, une analyse fine est réalisée annuellement dans le rapport d'activité.

Au plan de la localisation, l'implantation de l'EHPAD sur la commune de La Possession présente des avantages en termes d'accessibilité (à proximité de la quatre voies menant de Saint-Paul à Saint Denis). Implanté en zone urbaine et intégré à la commune, certains résidents peuvent se rendre au café. Un ensemble de services se trouve à proximité.

En termes de réponse aux besoins et d'attractivité, l'établissement dispose d'un taux d'activité satisfaisant : 98,05% en 2013. L'établissement rencontre quelques difficultés de remplissage au niveau de l'UHR, ce en dépit d'une communication sur l'ouverture du dispositif. La liste d'attente pour l'unité est de 4-5 personnes, tandis qu'elle est d'une vingtaine pour les autres services. Ceci s'explique également par la nature transitoire du dispositif, les résidents réintègrent leur EHPAD et les autres services une fois leur comportement stabilisé. L'EHPAD dispose également d'une place d'accueil temporaire très peu utilisée, phénomène rencontré par d'autres EHPAD. Une réflexion sur l'hébergement temporaire est en cours avec les autorités sur la valorisation budgétaire des places. La concurrence des solutions proposées par les établissements de santé (services gériatriques, services de soins et de réadaptation...) nettement moins onéreuses (voire gratuites) pour les familles constitue également un facteur explicatif.

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

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, d'une unité Alzheimer (8 places), d'une UHR (14 places), une place d'accueil temporaire et d'un PASA (ouverture décembre 2014).
- Des locaux très récents, adaptés aux besoins des publics avec toutefois des certains aménagements perfectibles (*cf 3.4.1 qualité du cadre de vie*)
- L'organisation de l'établissement en quatre unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie, permet un accompagnement au plus près des besoins spécifiques de chaque population ;
- Une politique de formation soutenue, des équipes spécialisées (ASG) et l'apport du personnel médical en place ;
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

Par ailleurs, des évolutions en cours ou projets vont venir étoffer le dispositif et améliorer la réponse aux besoins des publics :

- L'ouverture d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- La création d'un jardin thérapeutique ;
- La rénovation de la cuisine centrale (sert actuellement de salle à manger).

L'EHPAD dispose d'un GMP élevé (731.69 en 2013) par rapport à la moyenne nationale des EHPAD (657 pour les EHPAD privés non lucratifs et 709 pour les EHPAD public).

En revanche, quelques points d'amélioration sont relevés :

- Les locaux de l'unité Alzheimer et UHR pourraient être davantage adaptés aux spécificités des publics (absence de code couleur, repères)
- L'absence de pièce d'isolement aménagée et apaisante : l'actuel patio faisant fonction est peu adapté.

Au plan des moyens humains, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,6. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences. A date d'évaluation, tous les postes budgétés sont pourvus- à l'exception du poste d'ergothérapeute (en lien avec l'ouverture du PASA). Un processus de recrutement de kinésithérapeute et de médecin est en cours en lien avec l'arrêt du recours à des libéraux.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'adaptation en continue des compétences des professionnels (formation d'AS par la VAE et formation d'ASG y compris pour le personnel de nuit pour le secteur protégé). La politique de formation a accompagné nombre de démarches de qualification ces dernières années et de formation professionnelle continue (bientraitance/humanitude, douleur, etc.). Tous les AS et AMP sont diplômés.

Au plan des moyens matériels, l'EHPAD apparaît bien pourvu. Les locaux sont fonctionnels, adaptés aux besoins (chambre et salles de bains individuelles, ..), les équipements et matériels sont en nombre suffisant. L'établissement dispose également de deux véhicules de 5 places, et un bus de 9 places adapté pour fauteuils. Les locaux pourraient toutefois être davantage adaptés au public accueilli, notamment ceux atteints d'Alzheimer et de troubles apparentés (code couleur, peinture/couleur des murs, repères...).

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

3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne³

L'établissement a réalisé son évaluation interne fin 2012, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche, menée conjointement avec les 4 autres EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun). Cette démarche a été pilotée et suivie par la Direction et par deux professionnels de l'établissement nommés référents qualité (une économiste et un responsable logistique), formés à cette fonction et avec un temps dédié (deux jours par semaine).

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

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : un groupe qualité représentant tous les corps de métiers (IDEC, infirmier, aide-soignant, AMP, agents administratifs et des services généraux) s'est réuni tous les quatre mois. Chaque membre du groupe était chargé en binôme de remplir une dizaine de fiches thématiques (évaluation des pratiques) sur le terrain avec les équipes.

Une consultation des résidents a été organisée avec un questionnaire de satisfaction administré par des référents qualité d'un autre EHPAD. Les résultats ont été intégrés aux différents indicateurs et constats de l'évaluation.

Les résultats de l'enquête et les fiches ont été traités en réunions du groupe qualité.

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis aux autorités de tutelle (ARS et CG) le 31 mars 2013. Pour chaque sous-thème (dimension) du référentiel, les idées clés sont renseignées et les points forts et les points d'amélioration de l'établissement sont clairement mis en évidence. **Une réunion institutionnelle** a permis de présenter les principaux enseignements de l'évaluation interne au personnel : **un diaporama synthétique** a été projeté pour une meilleure appropriation des résultats.

Toutefois, un axe d'amélioration est identifié concernant la méthodologie déployée : l'association des familles et des partenaires de l'établissement à la démarche.

³ 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) »

3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action d'amélioration continue de la qualité a été élaboré**. Comportant 36 actions, son dimensionnement est adapté, maniable. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'action, les effets attendus, les moyens à mettre en œuvre, le niveau de priorité et de difficulté, le pilote, le délai de réalisation et l'échéance. Des items prévoient le suivi et l'évaluation de l'action. Par ailleurs, le PACQ est en cohérence avec les objectifs d'amélioration définis dans le PE.

La mission d'évaluation identifie un axe d'amélioration quant à la communication de la démarche aux parties prenantes : le plan d'action n'a pas fait l'objet **d'une présentation et d'échanges en CVS** (absent des comptes rendus 2013 du CVS consultés par la mission d'évaluation).

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

Chaque pilote identifié sur les fiches actions a été en charge de mettre en œuvre et suivre son action. Toutefois, **le groupe qualité ne s'est pas réuni afin de faire le point sur l'état d'avancement du Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement**.

A date d'évaluation, 60% des actions du plan sont réalisées. Parmi les plus notables : l'augmentation du taux d'occupation de l'UHR, un travail sur la définition de la maltraitance au cours d'une réunion institutionnelle avec une formation du personnel, un travail sur l'hygiène en lingerie, un protocole de prévention des maladies nosocomiales avec des fiches sur les unités, la réalisation du Plan Bleu, la mise en place des formations premiers secours et incendies, le changement des tenues professionnelles (tenues civiles...). Certaines actions restent en cours de mise en place telles que la réalisation de l'ensemble des projets individualisés.

L'établissement a fait part de sa volonté de relancer et redéfinir l'action du groupe qualité suite à l'évaluation externe. Par ailleurs, une dynamique sera impulsée par le Conseil d'Administration et la Direction Générale suite à l'évaluation externe.

Pour autant, l'établissement sera encouragé à :

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

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

▪ Le pilotage de la démarche qualité

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

▪ Le recueil de la satisfaction des usagers

Le recueil de la satisfaction des usagers n'est pas effectif sur l'établissement en dehors de la tenue du Conseil de Vie Sociale : il n'y a pas d'enquête de satisfaction régulière. L'établissement a identifié cet axe d'amélioration et a pour projet d'en réaliser deux par an à partir de 2015.

▪ Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations est en place avec un cahier des plaintes disponible à l'accueil. Une note d'information sur l'affichage à destination des familles informe de l'existence du cahier. Il est toutefois très rarement utilisé, les familles ont pour habitude de s'adresser directement à la Directrice ou à l'IDEC, ou par voie électronique.

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

▪ La gestion documentaire

De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD Lataniers. Les protocoles sont accessibles dans des classeurs au sein de chaque unité. Un classeur de documentation est disponible au bureau infirmier.

Toutefois, la gestion documentaire pourrait être davantage structurée. Un panneau en salle de réunion est dédié à l'affichage sur la démarche qualité. L'accès à toute la documentation n'est pas centralisé (ex : un « Point Info Qualité »). Les documents liés à la qualité ne sont pas directement accessibles aux professionnels (recommandation de l'ANESM, PACQ, rapport d'évaluation interne etc..). A terme, **la mise en place d'un intranet permettrait de faciliter l'accès et la consultation de la documentation.**

La mission d'évaluation pointe les enjeux suivants quant à la gestion documentaire :

- Organiser la gestion documentaire : procédures des procédures (circuit de création, de révision et de diffusion des documents ; trame commune de procédures ; archivage, modalités de mise à disposition des professionnel et règles de conservation des documents) ;
- Formaliser une liste des procédures avec suivi des mises à jour nécessaires ;
- Centraliser l'ensemble des documents qualité et les rendre accessibles ;
- Finaliser la migration des outils vers le numérique et poursuivre la formation des équipes à son utilisation.

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

Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm ont fait l'objet d'une exploitation à l'occasion des démarches institutionnelles (évaluation interne, projet d'établissement...). Les références aux RBPP sont nombreuses au sein du projet d'établissement (références adéquates en fonction des thématiques et axe d'amélioration), et est à porter au crédit de l'établissement. Certains professionnels en ont connaissance et mobilisent également les recommandations de la HAS.

Toutefois, leur prise en compte et appropriation constitue un axe d'amélioration pour l'EHPAD :

- **Les RBPP n'ont pas fait l'objet d'une diffusion au sein de l'EHPAD et ne sont pas disponibles sous format papier ;**
- **L'appropriation par les équipes reste hétérogène, leur mobilisation au cours de réunion et de discussion sur les pratiques peut contribuer à une meilleure appropriation.**

3.3. Le parcours de l'utilisateur

3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

▪ Accueil physique et téléphonique

L'accueil physique et téléphonique de l'établissement est assuré par un personnel dédié de 8h à 17h du lundi au vendredi. Les informations données sont de qualité (orientation vers les personnes adéquates, information sur la liste d'attente, etc.). A partir de 17h, un système de transfert d'appel vers les infirmières puis les aides-soignantes permet d'assurer une permanence. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un répondeur.

Les conditions matérielles d'accueil sont globalement adaptées. La zone d'accueil est spacieuse, mais n'est en revanche pas accessible aux personnes à mobilité réduite. La signalétique de l'accueil pourrait être développée afin de faciliter le repérage des familles.

▪ **Processus d'admission**

Le processus de pré-admission fait l'objet d'une démarche formalisée, structurée et progressive au sein de l'établissement. Cette démarche inclut des moyens permettant d'évaluer l'adéquation du profil du nouveau résident au projet de l'établissement (entretien avec la famille, visite préalable de l'établissement, etc.).

Notons que l'établissement a mis en place une bonne pratique dans le cadre de sa procédure de préadmission : **une visite au domicile par la cadre de santé et l'AS/AMP ou la secrétaire médicale**, permettant notamment de rencontrer la personne, l'aidant éventuel, et de recueillir ses habitudes de vie. Cette visite permet également de s'assurer du consentement de la personne. Une visite de l'EHPAD est également proposée et effectuée par la secrétaire ou la cadre de santé.

Les décisions d'admission sont prises dans le cadre du comité de direction, de manière pluridisciplinaire (participation de la cadre de santé, du médecin coordonnateur, de la directrice, du psychologue, etc.).

Les documents légaux sont remis et explicités au cours du processus d'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement). Un contrat de séjour est élaboré et remis au nouveau résident. Il est signé dans les délais réglementaires. Le consentement de l'usager est recherché tout au long du processus d'admission.

La liste d'attente comprend plus de 80 personnes ; une liste d'attente par secteur est également tenue. Ces dernières sont régulièrement mises à jour.

Un protocole d'entrée et sortie de l'Unité d'Hébergement Renforcé est formalisé et effectif, avec des tests neuropsychiatriques NPI réalisés tous les trois mois.

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

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

Une procédure d'accueil formalisée a été mise en place sur l'établissement. L'entrée est préparée en amont (information du personnel dans le logiciel PSI, et au cours de transmissions).

L'accueil du nouveau résident est prévu le jour de présence de son référent, interlocuteur privilégié du nouveau résident et de sa famille s'ils ont des questions. Les données administratives sont renseignées par la secrétaire sur PSI et les habitudes de vie de la personne sont recueillies afin de personnaliser l'accompagnement dès l'entrée.

La personne et sa famille sont reçues par la cadre de santé et son référent, qui lui présentent sa chambre et lui font visiter le reste de l'établissement, ce qui permet d'accompagner le nouveau résident dans sa découverte et sa prise de repères. L'inventaire du résident est ensuite effectué. Au cours de la première semaine, les données relatives aux habitudes de vie, aux soins, à la dimension sociale sont progressivement ajoutées par le ou la référente et l'IDE.

Le nouveau résident est présenté aux résidents de l'établissement ainsi qu'au personnel présent. L'équipe s'assure de son intégration et d'un accompagnement de proximité.

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

▪ L'effectivité des projets personnalisés

| Taux de PP élaborés avec l'utilisateur | Taux de PP signés | Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins |
|--|-------------------|---|
| 82% | 82% | 40% |

Au moment de l'évaluation, 75 résidents sur 91 disposent d'un **Projet Personnalisé (PP)** au sein de l'EHPAD. Le projet est réalisé dans les 2 mois suivant l'admission pour les nouveaux arrivants.

La mission d'évaluation note le dynamisme de la démarche de projet personnalisé sur l'établissement, initiée il y a 3 ans. Cependant, tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé.

▪ Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

La démarche projet personnalisé a donné lieu à l'élaboration d'un descriptif détaillé dans le projet d'établissement, ainsi qu'à une procédure formalisée (« Protocole de réalisation des projets personnalisés »). Les modalités de co-construction et de mise en œuvre y sont précisées. Ces modalités d'élaboration sont communiquées aux familles et aux résidents notamment lors de l'entretien de recueil des habitudes de vie.

La coordination et le pilotage des projets personnalisés des résidents sont bien assurés sur l'établissement. Une réunion pluridisciplinaire (réunissant notamment l'IDEC, l'IDE référent, l'AS AMP référent(e), la médecin, le psychologue) permet de garantir la pluridisciplinarité de la démarche projet personnalisé. De même, l'identification de l'IDEC comme pilote de la démarche PP permet de garantir une bonne coordination du projet. Enfin, des outils communs d'évaluation sont utilisés sur PSI par le personnel de l'établissement afin de renforcer l'homogénéité de la démarche. Un système de double référence est en place : chaque infirmier est référent d'une quinzaine de résidents et chaque AS-AMP est référent de 3 à 4 résidents. Les référents sont les interlocuteurs privilégiés du résident et de sa famille et jouent un rôle central dans la démarche de projet personnalisé.

Le projet personnalisé est co-construit avec l'utilisateur (et avec sa famille selon le souhait du résident). Un temps de recueil des attentes formalisé est prévu (entretien du résident avec ses référents). Un temps de présentation et d'échanges autour du projet personnalisé avec le résident est organisé suite à la réunion pluridisciplinaire. Le consentement oral et les remarques du résident y sont recueillis, de manière à ce qu'il puisse apporter des modifications au projet s'il le souhaite. Le projet est ensuite imprimé et signé par le résident et sa famille.

Afin de garantir l'appropriation du projet personnalisé par le personnel de l'établissement n'ayant pas participé à son élaboration, le projet est notamment disponible sur PSI.

La mission d'évaluation note la qualité des modalités d'élaboration des projets personnalisés et le bon déroulement de la démarche. Quelques réserves toutefois :

- tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé (82,5% à date d'évaluation) ;
- la feuille de recueil des souhaits de l'utilisateur n'est pas systématiquement jointe au projet de l'utilisateur.

▪ Le contenu du projet personnalisé

Les projets personnalisés sont rédigés selon une trame commune informatisée sur PSI (logiciel en place depuis 13 mois) permettant de garantir leur homogénéité. Cette trame inclut les différentes dimensions de l'accompagnement (vie sociale, soins, animation...).

Le projet comprend des objectifs, des actions, et des moyens de mise en œuvre pertinents et diversifiés. Néanmoins, l'établissement n'a pas encore formalisé d'indicateurs de résultat et de modalités d'évaluation à utiliser notamment lors de la réactualisation des projets personnalisés.

▪ Suivi et évaluation du projet personnalisé

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

L'ensemble des projets personnalisés réalisés sont actualisés chaque année conformément à l'obligation légale, excepté les projets (18%) non réalisés à ce jour.

La mission d'évaluation relève que le suivi de la mise en œuvre des actions du projet personnalisé pourrait être renforcé (axe d'amélioration identifié par l'établissement).

3.3.3. La fin d'accompagnement

▪ La gestion des fins de vie

Un protocole sur l'accompagnement de la fin de vie est en cours de formalisation à date d'évaluation. En revanche, une partie du projet d'établissement prévoit et décrit des dispositions spécifiques à l'accompagnement des fins de vie. Le recueil des attentes du résident concernant les personnes de confiance se fait à l'entrée en établissement.

Les équipes ont été formées à l'accompagnement à la fin de vie en 2008 - 2009 et la médecin coordonnateur a réalisé une formation soins palliatifs.

Les professionnels de l'établissement se rendent particulièrement disponibles et se montrent très attentifs et à l'écoute auprès des résidents et de leur familles. Un soutien psychologique peut être proposé aux familles. Les volontés et souhaits pour la fin de vie sont recueillis.

Par ailleurs, l'établissement a noué des partenariats avec des acteurs spécialisés dans les fins de vie et les soins palliatifs, de manière à assurer le meilleur accompagnement possible. Il a ainsi signé une convention avec l'ARAR et avec l'ASDR. L'EHPAD peut donc faire appel à ses partenaires, avec l'accord de la famille et du médecin traitant, si le résident est en souffrance malgré les traitements qui lui sont proposés.

La gestion des fins de vie est donc bien organisée au sein de l'établissement. Néanmoins, l'EHPAD sera encouragé à renouveler les formations fin de vie des équipes. Concernant la gestion psychologique des décès difficiles, l'EHPAD fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Gabriel Martin, qui intervient aussi bien pour les familles que pour les professionnels. Par ailleurs, le psychologue arrivé très récemment sur l'établissement (octobre 2014) a pour projet de proposer un groupe de parole aux professionnels qui le souhaitent en cas de décès d'un résident.

Enfin, un protocole décès a été mis en place. Les souhaits post-mortem sont recueillis et inscrits dans le PSI.

▪ Les réorientations

Préparation et organisation des réorientations

Il peut s'agir d'une orientation en UHR ou d'une orientation vers un autre EHPAD de la Fondation Père Favron ou de l'île dans le cadre d'un rapprochement avec la famille. La réorientation peut également concerner un retour à domicile ou vers une famille d'accueil. L'EHPAD Lataniers a notamment organisé un retour en métropole pour deux résidents.

Pour ces différents cas de figure, les décisions de réorientation sont travaillées avec l'utilisateur et son représentant légal. **L'EHPAD communique bien à la structure d'accueil les documents utiles à la continuité de l'accompagnement.**

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1. Qualité du cadre de vie

▪ **Les locaux**

L'établissement se situe à La Possession, à proximité du bord de mer, et bénéficie d'un environnement calme. L'établissement est aisément accessible en voiture par la proximité immédiate de la Nationale 1.

Les locaux de l'EHPAD Lataniers satisfont parfaitement à leur vocation d'accueil de personnes âgées et dépendantes en termes de configuration architecturale et d'aménagement. L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite : il dispose d'un ascenseur, les couloirs sont suffisamment larges, etc.

Les locaux sont sur deux étages. L'établissement, un ancien hôtel, a été racheté par la Fondation Père Favron et reconstruit à partir de 2009. **Ces travaux ont été l'occasion pour la direction de l'établissement d'améliorer le mode de vie des résidents et d'adapter les bâtiments suite au passage de l'établissement d'une MAPA à un EHPAD.** Une grande importance a été accordée à l'aménagement, afin d'offrir un cadre de vie convivial et ouvert aux résidents. Le bâtiment comprend notamment une « rue », espace extérieur traversant l'établissement, au long de laquelle sont disposés des kiosques.

Il s'organise autour de 3 bâtiments, répartis sur 2 étages :

- **Le secteur protégé** (Unité Alzheimer et UHR) est sécurisé et est uniquement accessible à l'aide d'un code. C'est une unité comprenant une salle commune, utilisée comme salle à manger, et salle d'activités, donnant sur une terrasse. Les couloirs sont équipés de rampes de déambulation ce qui permet de faciliter les déplacements des résidents. Par ailleurs, les noms des résidents sont écrits sur les portes. Les chambres sont meublées (commode, lit, fauteuil, bureau et chaise).
- **Le bâtiment A** accueille les personnes en perte d'autonomie : il se compose d'une salle commune et de chambres individuelles.
- **Le bâtiment B**, situé à l'étage, est accessible par un escalier et un ascenseur. Il comprend notamment une terrasse sur laquelle sont disposées des fauteuils et des tables. Il accueille les résidents très dépendants.
- **Le bâtiment C** constitue l'unité accueillant les résidents les plus autonomes. Les locaux sont propres et lumineux, et sur cette unité, les chambres, meublées, sont particulièrement personnalisées (affichage de photos par exemple)

Une partie du premier étage est composée des locaux administratifs (bureau de la direction, comptabilité, bureau de l'intendant notamment). L'espace d'accueil est situé au rez-de-chaussée et est accolé au bureau de la secrétaire médicale ainsi qu'à une grande salle de réunion. Bien qu'il donne directement sur le parking et qu'il soit situé à l'entrée de l'établissement, cet espace demeure encore mal identifié par les familles, d'où l'intérêt de renforcer la signalétique.

Les locaux comprennent également un pôle médical indépendant des différents bâtiments et constitué du bureau du MEDEC, de l'IDEC, du psychologue et le PC infirmier. Ces bureaux sont spacieux et bien entretenus, et globalement bien équipés. Une salle d'activités spacieuse, lumineuse et bien équipée (tables, chaises, fauteuils, divers jeux) est située au rez-de-chaussée et donne directement sur l'espace central extérieur de l'EHPAD.

Les résidents peuvent accueillir leurs proches et/ou les professionnels dans les espaces communs, dans leurs chambres ou sur les terrasses (autant de fois que souhaité).

Les résidents bénéficient chacun d'une chambre avec salle de bain. Ces espaces privatifs sont meublés (avec un mobilier de base) et spacieux, et les résidents peuvent personnaliser leur mobilier. **La qualité des espaces collectifs et privatifs contribue à créer un lieu de vie convivial et apaisant, pour les résidents comme les professionnels.**

Globalement, l'état et la configuration architecturale du site présentent de nombreux atouts :

- Les bâtiments sont bien entretenus, clairs et bien équipés et ils répondent aux normes de sécurité (barres d'appui, sol antidérapant...);

- Les logements sont individualisés et appropriés par les usagers (nom sur la porte, décoration, aménagement intérieur...);
- Les étages sont desservis par des ascenseurs sécurisés ;
- Les espaces extérieurs arborés et fleuris confère à l'établissement une certaine sérénité et constitue un support pertinent dans l'accompagnement (projet de mettre en place un jardin thérapeutique par exemple) ;
- L'Unité Alzheimer et l'UHR sont des espaces intégrés à l'EHPAD.

Néanmoins, la mission d'évaluation pointe plusieurs enjeux d'amélioration :

- **La signalétique intérieure pourrait être davantage développée** afin de faciliter l'orientation et le repérage des résidents au sein de l'établissement (partie médicale, différentes unités) mais aussi des familles (espace d'accueil notamment) et la décoration des espaces communs pourrait être renforcée afin de les rendre plus conviviaux/chaleureux.
- **Les locaux du secteur protégé pourraient être davantage adaptés au public accueilli** (pas de couleurs facilitant le repérage, le bien-être ou la stimulation ; pas d'espace d'isolement adapté évitant les heurts et les chutes).
- **Restaurer le grand réfectoire (ancienne cuisine), très vétuste**, dont une partie est condamnée par des filets de sécurité. Un projet de cuisine centrale commune aux EHPAD du Port, Lataniers et Alizés est en réflexion.
- **L'aménagement des kiosques n'est pas complètement finalisé, et l'espace central extérieur ne remplit pas encore pleinement sa fonction de convivialité.** L'établissement souhaite recourir entre autre à des bénévoles et associations pour investir ces kiosques.

■ **L'entretien des locaux**

La visite de l'établissement a permis de constater la propreté des locaux et le respect de l'hygiène. Les lieux fréquentés par les résidents sont entretenus en priorité, avant les locaux administratifs.

L'entretien des parties communes et des chambres des résidents est assuré par un prestataire extérieur intervenant du lundi au dimanche. L'entretien des chambres des résidents est effectué par les agents de l'établissement tous les matins, en dehors des horaires de toilettes, selon un protocole de nettoyage disponible dans un classeur sur chacune des unités.

Le plan de nettoyage est affiché et une traçabilité du ménage est assurée par la présence de feuilles de traçabilité dans la cuisine, et des classeurs sur chaque unité, complétés à chaque passage. **Le matériel utilisé est conforme aux normes de sécurité et d'hygiène** (lavettes de couleurs, sacs différenciés...). Les agents ont été formés à l'utilisation des produits et des machines, les fiches produits sont disponibles, les produits sont stockés dans des espaces sécurisés. Le matériel utilisé est adapté et de bonne qualité. Le stock de produits est géré par un agent administratif.

Le personnel a été formé en 2008-2009 au bionettoyage. La mission d'évaluation recommande de renouveler cette formation, notamment en cas d'arrivée de nouveaux professionnels.

■ **L'entretien du linge**

L'entretien du linge est assuré par une équipe de deux personnes (1,75 ETP) du lundi au vendredi. Les lingères traitent l'ensemble des vêtements des résidents de l'établissement, assurent la gestion des produits lessiviels stockés dans la lingerie, et réalisent quelques travaux de couture. Le linge plat (serviettes, gants, draps) et le linge contaminé sont traités par plusieurs partenaires extérieurs, Interlinge et Tounet Pressing. Les serviettes et plats sales sont récupérés tous les matins et le linge propre est livré tous les soirs, du lundi au samedi. La coordination avec la lingère est bonne.

Les AS-AMP effectuent la collecte du linge tous les jours sur les différentes unités, dans des containers dédiés. En cas d'urgence, le linge peut être collecté à toute heure. Il est ensuite stocké dans le local linge sale, entretenu deux fois par jour.

La distribution du linge propre et sec est effectuée deux fois par semaine par les lingères sur les différentes unités à l'aide de chariots.

L'équipe veille à respecter le choix des résidents en matière de renouvellement du linge. Depuis les travaux, les locaux dédiés à l'entretien du linge permettent de respecter les normes RABC. Le prestataire traite le linge contaminé, recueilli dans des sacs hydrosolubles sont utilisés. Par ailleurs, le circuit du linge est connu du personnel.

Si les locaux dédiés au linge se composent d'un local linge propre, d'un local linge sale et d'une salle des machines, cette dernière dispose d'une aération insuffisante.

Si la prestation linge est bien organisée et structurée sur l'établissement – peu de plaintes sont enregistrées, quelques réserves peuvent néanmoins être émises quant à l'entretien du linge :

- Si le circuit du linge est bien connu des agents assurant la lingerie, ces derniers n'ont toutefois pas reçu de formation dédiée (normes RABC) ;
- Les protocoles et procédures ne sont pas affichés dans les locaux de la lingerie.

La mission d'évaluation tient à souligner l'initiative de l'établissement, qui a mis en place un « atelier lingerie » : environ sept résidentes participent ainsi au pliage et à la mise sur cintre du linge propre dans une salle dédiée. Certains résidents viennent observer l'atelier. L'atelier se déroule chaque matin en semaine. Chaque trimestre, les participantes sont invitées au restaurant avec la présence d'un administrateur de la Fondation.

■ **La restauration**

Depuis la fermeture de la cuisine en 2010, la confection des repas de l'EHPAD est effectuée par la cuisine centrale du Foyer Albert Barbot (même site que l'EHPAD Bois d'Olive), qui livre également les trois EHPAD du Pôle gérontologique Roger André ainsi que d'autres établissements de la Fondation du Sud de la Réunion. L'équipe de restauration de l'EHPAD Lataniers est constituée d'un chef de cuisine à temps plein, de trois agents de cuisine et de deux chauffeurs.

Les livraisons des déjeuners et dîners de l'EHPAD Lataniers sont réalisés 2 fois par jour (11h30 et 17h) en liaison chaude. Les repas sont pris en salles à manger collectives situées sur chacun des bâtiments ou bien en chambre. Servis à 12h et 18h, le déjeuner et le dîner durent environ 45 minutes. Le petit-déjeuner est servi à partir de 7h30 au gré de l'arrivée des résidents en salle à manger ou en chambre. Les petits déjeuners des bâtiments A et B sont préparés par les agents de cuisine et sont servis par les agents et aides-soignantes. Sur l'unité protégée et UHR, les petits déjeuners sont préparés et servis par les agents et aides-soignants présents. **La distribution est respectueuse du rythme des résidents.** Un goûter et une collation de nuit sont prévus.

Les règles liées à la démarche HACCP (contrôles, prises de température, prélèvements) sont bien respectées, tant au niveau de la cuisine centrale qu'au niveau des points de restauration sur les différents bâtiments. 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 de la Fondation. 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 professionnels de l'EHPAD disposent également des procédures d'hygiène et sécurité adéquates sur les différentes unités et sont régulièrement sensibilisés/formés aux normes HACCP.

Les menus, affichés dans l'établissement, sont élaborés par la cuisine centrale. Les repas sont confectionnés dans le **respect des régimes individuels** avec des préparations et textures particulières adaptées le cas échéant (normale, hachée, mixée). Les habitudes alimentaires culturelles et cultuelles sont également respectées (ex. sans porc) et des plats de substitution sont disponibles. Enfin, un certain nombre **d'événements particuliers et festifs** sont marqués par un menu spécial : Noël, repas du réveillon notamment.

Le questionnaire de satisfaction réalisé en 2013 révèle une satisfaction relative des résidents quant à la prestation restauration. S'ils sont satisfaits de la durée du repas et de la quantité servie, le manque de variété entraîne une certaine insatisfaction.

Néanmoins, des points d'amélioration sont relevés par la mission d'évaluation :

- **La cuisine centrale ne dispose pas de diététicienne.** Si la cuisine centrale dispose d'un logiciel permettant le suivi des apports alimentaires, l'équilibre des repas reste un point de questionnement de la mission d'évaluation. Tenant compte des habitudes alimentaires particulièrement fortes à la Réunion (le riz à la base de l'alimentation, le « grain » et un « cari » à chaque repas), la mission souhaite cependant encourager la cuisine centrale à poursuivre ses efforts sur la variété des denrées et l'équilibre des repas ;
- **En raison de l'éloignement entre l'EHPAD Lataniers et le Foyer Albert Barbot, les résidents de l'établissement ne sont pas associés à la prestation restauration** par le biais d'une commission restauration ou menu (la mise en place de telles commissions est toutefois prévue par la cuisine centrale pour 2015) ;
- Les questions relatives à la restauration sont régulièrement abordées en CVS ou par le biais de l'enquête de satisfaction ;
- **L'horaire du dîner (18h) et du petit-déjeuner (7h30)** ne permettent pas de respecter le temps de jeûne nocturne recommandé par la HAS (inférieur à 12h), même si ce point est compensé par la distribution d'une collation en début de soirée.

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

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

3.4.2. L'accompagnement proposé

▪ **Les soins**

Le pôle soins est composé de :

- Un médecin coordonnateur (0,5 ETP) ;
- Une cadre de santé (1 ETP) ;
- Une équipe infirmière (6 ETP) ;
- Une équipe AMP-AS (24 ETP) ;
- Un psychologue présent 17h30 par semaine (0,5ETP) ;
- Un psychologue (0,5ETP), recruté le 1^{er} janvier 2015, qui sera dédié au PASA

L'équipe est complétée par l'intervention de professionnels libéraux : médecins généralistes, kinésithérapeutes notamment, qui seront prochainement salariés de l'établissement. Par ailleurs, une ergothérapeute (0,5ETP) est en cours de recrutement et 1 ETP AMP-ASG dans le cadre de l'ouverture prochaine du PASA.

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

Le projet de soin est formalisé au sein du projet d'établissement (partie sur l'accompagnement dans les soins) décrivant les principaux soins réalisés, l'organisation des soins et la répartition des tâches entre les différents membres de l'équipe soignante.

Le médecin coordonnateur intervient à hauteur de 0,5 ETP. Elle est médecin prescripteur pour les résidents de l'UHR et de l'unité Alzheimer. Un seul médecin libéral intervient sur l'établissement. **Les missions du médecin coordonnateur, fixées à l'article D312-158 du CASF sont globalement bien mises en œuvre sur l'établissement :**

- un avis médical est donné sur les **admissions** : le médecin coordonnateur participe aux réunions d'admission avec la cadre de santé, la psychologue et la directrice ;
- Il n'y a pas de **commission gériatrique** en place sur l'établissement. Des réunions informelles sont régulièrement organisées entre le médecin coordonnateur et un des deux médecins libéraux intervenant sur l'établissement.
- **l'évaluation de la dépendance et des besoins en soins requis est réalisée**. Une évaluation du GIR est réalisée par l'IDEC. Le **GMP** est synthétisé annuellement : **il est de 731.69 en 2013**. Quant au **PMP**, il est évalué tous les 2 ans par le médecin coordonnateur et les IDE. Il a été calculé en 2007, il était de 184 (validé en 2008) contre 166 en 2012. Il doit être recalculé prochainement par le médecin coordonnateur nouvellement arrivé sur l'établissement ;
- **le médecin contribue à la formation et à la diffusion de bonnes pratiques** : le médecin assure une supervision des pratiques de l'équipe infirmière et soignante ;
- **une veille sanitaire est assurée** : par la formalisation et mise en place de procédures conjointement avec l'IDEC ;
- **le médecin coordonnateur veille à renforcer la continuité des soins** : notamment par un réseau de partenariat avec des équipes d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et l'Etablissement public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR). En cas d'absence ou de congés de l'IDEC, il peut être amené à être d'astreinte.
- **le médecin coordonnateur établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale transmis à l'ARS** ;
- en collaboration avec le médecin traitant présent sur l'établissement, des prescriptions médicales sont établies pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux. Sur l'EHPAD Lataniers, le médecin coordonnateur est médecin prescripteur des résidents de l'UHR et de l'Unité Alzheimer.

Toutefois, la mission d'évaluation relève un point d'amélioration :

- **Réinstaurer des réunions d'équipe avec la participation du médecin coordonnateur pour renforcer la dynamique de partage des bonnes pratiques gériatriques.**

L'organisation et la coordination des soins

Prescription des soins et articulation avec les professionnels libéraux.

La prescription est assurée par le médecin traitant du résident dans le respect du principe de libre choix. Aujourd'hui, deux médecins interviennent sur l'établissement. Tous les soins le nécessitant font l'objet d'une prescription. L'accès aux médecins spécialistes est organisé en lien avec le médecin traitant, et les modalités de prise de rendez-vous avec les spécialistes font l'objet d'une procédure. Les rendez-vous sont pris par les secrétaires. Les résidents sont accompagnés par les ambulanciers, ou par les aides-soignants.

La coordination et la collaboration avec les médecins est bonne : les médecins viennent sur des temps repérés à la demande des infirmières ou dans le cadre de visites programmées. Lors de leur venue, les médecins sont généralement accompagnés d'une infirmière (sauf avis contraire du résident). Dans tous les cas, le médecin passe à la fin de sa visite dans le bureau infirmier pour élaborer ses prescriptions et échanger avec les infirmières.

Un kinésithérapeute, une orthophoniste et une podologue-pédicure interviennent également dans l'établissement. L'articulation est effective avec ces différents professionnels. L'établissement a choisi, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale de 2014, le tarif global. Les conventions avec les kinésithérapeutes et médecins libéraux ont donc été dénoncées, le processus suit son cours pour le recrutement de professionnels salariés dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des résidents.

La coordination et l'organisation des soins en interne

La coordination des soins et l'encadrement de l'équipe soignante sont assurés par la cadre de santé. Les plannings du personnel soignant sont gérés par la cadre de santé.

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

- Matin :
 - o 1 infirmière de 6H à 13H
 - o 3 professionnels soignants sur le secteur fermé : 1 sur l'unité Alzheimer, 1 sur l'UHR et un professionnel bougeant entre les deux unités en fonction des besoins
 - o 3 professionnels soignants par étage (AS + agents) : 6H – 13H
- Soir :
 - o Une infirmière : 13H – 20H
 - o Deux professionnels soignants sur le secteur fermé
 - o Deux professionnels soignants par étage : 13H-20H

Si cette organisation permet globalement d'assurer une continuité et une prise en charge de qualité et de proximité, les horaires infirmiers ne permettent pas d'assurer une présence en soirée à partir de 20h jusqu'à 6h00 du matin. La distribution des médicaments le soir est faite par les aides-soignants le soir au moment du repas ; quant aux médicaments de nuit, la distribution est assurée par l'équipe de nuit sous la responsabilité des infirmières. Les transmissions sont effectuées via PSI.

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

La traçabilité des soins est assurée essentiellement à travers le logiciel PSI, ce qui permet d'éviter une dispersion de l'information entre plusieurs supports. Cet outil est globalement bien approprié et investi par les équipes soignantes. **Un temps de transmission écrit d'une durée de 15 minutes est prévu.**

L'établissement a formalisé de nombreux protocoles de soins (une quinzaine environ). Ces protocoles ont été rédigés par la cadre de santé, vérifiés par le médecin coordonnateur et sont signés par la direction. Ils sont disponibles au niveau du pôle médical et dans les salles de soin, à la disposition de tous. Par ailleurs, des fiches techniques sont disponibles au sein de chaque unité (notamment sur l'hydratation, les fausses routes) pour les aides-soignants et AMP. Les protocoles sont régulièrement actualisés, notamment en fonction des formations (douleur par exemple) et en partant des pratiques observées. Ils sont diffusés auprès des équipes (une attestation de lecture doit être signée) et présentés aux nouveaux embauchés.

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

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

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

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

L'équipe a le souci de préserver et stimuler l'autonomie. Quelques illustrations :

- Si une personne peut prendre son traitement elle-même, l'infirmière pose les médicaments à côté de la personne (ne met pas dans la bouche) et vérifie la prise ;
- Un résident peut faire lui-même son lit, son rangement.

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

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

■ **La prise en compte des thématiques de soin spécifiques**

L'accompagnement de la fin de vie fait l'objet d'une attention particulière de l'équipe soignante. Par ailleurs, un protocole sur l'accompagnement de fin de vie est en cours de réalisation. Des collaborations existent avec l'ASDR et l'ARAR, deux structures d'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Gabriel Martin. L'EHPAD n'y fait pas appel systématiquement mais seulement en cas de soins importants. Le recueil des attentes du résident concernant les personnes de confiance se fait à l'entrée en établissement.

Par ailleurs, un protocole décès a été mis en place. Les souhaits post-mortem sont recueillis et inscrits dans le PSI. Un soutien psychologique peut être proposé aux familles par la cadre de santé ou le psychologue.

Une procédure existe sur le thème de la douleur. Les équipes ont été formées et ont été sensibilisées à l'utilisation des échelles EVA et Algoplus. Des prescriptions anticipées existent, notamment pour les cas de fin de vie. La présence de douleur est tracée sur PSI, remontée en transmission par les équipes, de sorte que **les délais de prise en charge de la douleur sont rapides.**

La thématique des escarres a été traitée : mobilisation (changement de position) toutes les quatre heures, pansements protecteurs en cas de rougeurs, utilisation de matelas et des cousins anti-escarres, surveillance de l'alimentation et de l'hydratation avec prescription de complément alimentaire si besoin.

En matière de prévention des chutes, un certain nombre de mesures ont été prises : rédaction d'un protocole spécifique, rencontre avec le résident en cas de chute, incitation des soignants à favoriser la marche, élaboration de fiches chutes sur PSI, analyse des chutes (causes, cas particuliers, liens avec les thérapeutiques). Un formulaire est systématiquement rempli et signé du médecin.

Les mesures de contentions fauteuil ou lit sont évitées autant que possible. Elles sont mises en place à la suite d'une réflexion commune de l'équipe, seulement s'il y a un risque avéré de chute ou à la demande d'un résident (et en l'absence de contre-indication). Les prescriptions médicales sont systématiques et réévaluées avec le médecin chaque semaine.

L'établissement dispose d'un protocole en matière de dénutrition. Un suivi mensuel du poids est assuré à minima ; dans certains cas, une fiche de suivi alimentaire peut être mise en place sur PSI, retraçant l'alimentation du résident et définissant au besoin un régime (menus, format des aliments, compléments alimentaires).

Un protocole de prévention de la déshydratation a été rédigé en juillet 2014 : des solutions (poudres aromatisées, eau gélifiée...) sont essayées en cas de difficulté. Des fiches de suivi peuvent être alimentées.

La prévention de l'incontinence est assurée par une mise aux toilettes régulières.

Quelques enjeux d'amélioration sont néanmoins identifiés par la mission d'évaluation :

- **Il n'existe pas de protocole encadrant la pose de contention.** Quand bien même la politique institutionnelle voudrait réduire au maximum ces dispositifs, une procédure est nécessaire – de même qu'une liste des contentions, quotidiennement mise à jour. La prescription doit être établie pour la durée réglementaire de 24h, et réévaluée.

▪ **L'accompagnement psychologique**

Au moment de l'évaluation, un psychologue en contrat de professionnalisation, intervient au niveau de l'établissement, 15h par semaine.

Il a pour missions d'intervenir :

- Auprès des patients notamment dans le cadre d'évaluation des troubles psycho-comportementaux et dans le cadre d'accompagnement psychologique ;
- Auprès des familles dans le cadre de leurs relations avec le résident dans le cadre d'entretiens individuels ;
- Auprès de l'équipe soignante pour adapter les méthodes de prise en charge, répondre aux différents questionnements d'ordre éthique ou à différentes sollicitations des professionnels

Le psychologue est en lien avec l'Etablissement Public de Santé Mentale pour le suivi individuel de certains résidents, qui intervient au sein de l'établissement. Il réalise les évaluations neuro-psychiatriques pour les entrées au sein de l'UHR et de l'unité Alzheimer, et prochainement au PASA.

Le psychologue participe aux réunions d'admission, aux réunions de projets personnalisés, aux réunions d'analyses cliniques en cours de réactivation).

▪ **La vie sociale et culturelle**

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle mis en place est globalement structuré et coordonné. Le projet d'établissement précise les objectifs et les principes de l'accompagnement à la vie sociale. La vie sociale est assurée par une AMP à temps plein qui intervient de 8h à 15h tous les jours de la semaine, essentiellement sur le bâtiment A. Elle intervient sur la base d'un planning d'animation mensuel construit notamment en fonction des événements nationaux et des actualités locales. Elle est également assurée par les AMP-AS présents sur chacune des unités.

Les supports d'animation sont variés et pertinents (jeux de société, atelier lecture/mémoire, cuisine, etc). Les activités proposées sont majoritairement collectives et s'organisent le plus souvent par petits groupes le matin. De même, les supports d'animation sont globalement variés et pertinents, et le matériel utilisé est adapté. **Il a été fait le choix de mettre l'accent sur les activités extérieures à l'établissement**, qui sont très nombreuses et variées : sorties bateau, au marché forain, au musée, au cinéma, etc. ce qui favorise l'ouverture de l'établissement à l'extérieur. Néanmoins, des activités individuelles peuvent également être mises en place : manucure, coiffure, esthétique dans le cadre des kiosques notamment. Elles sont assurées par le personnel de l'EHPAD, des stagiaires dédiés, ou par des partenaires extérieurs. Les résidents qui le souhaitent peuvent également participer aux tâches quotidiennes de l'établissement (telles que la lingerie, la couture, l'épluchage de légumes, etc). Enfin, des activités ponctuelles peuvent être proposées par les AMP (activité jardinage par exemple).

Des activités particulières sont proposées à l'occasion des fêtes, notamment pour Pâques, la fête des Mères et des Pères, la fête de la Musique, Noël, la fête du 20 décembre, etc. Des partenaires extérieurs interviennent parfois au sein de l'établissement et les familles sont conviées.

L'animatrice dispose d'outils formalisés pour coordonner ses interventions : une traçabilité des animations est notamment assurée sur PSI (nombre de participants notamment). Elle ne dispose pas d'un cahier de transmissions mais se coordonne avec les équipes par le biais de temps oraux, le plus souvent informels.

Sur le secteur protégé, une AMP est référente des animations. Sur l'unité UHR, des activités flash sont proposées : ces dernières visent notamment à gérer les troubles du comportement. Ces activités témoignent d'une bonne adaptation de l'accompagnement.

Un temps d'observation d'un atelier pâtisserie sur l'unité Alzheimer a permis de constater la qualité des animations proposées. Cinq résidentes étaient présentes, encadrées par deux AMP. Les gestes et postures sont respectueuses, et chacun est mené à contribution.

En outre, l'établissement a mis en place un atelier lingerie avec la participation chaque matin en semaine d'environ sept résidents. L'atelier consiste à trier, plier et mettre sur cintre le linge propre. Les résidentes rencontrées sont très impliquées dans cet atelier et apprécient beaucoup cette activité quotidienne.

Une convention de bénévolat est en place et signée par les bénévoles avant leurs interventions.

Plusieurs enjeux d'amélioration sont relevés par la mission d'évaluation :

- **L'absence de projet d'animation formalisé** qui permettrait de structurer l'accompagnement à la vie sociale et culturelle ;
- Une seule animatrice est chargée d'assurer l'animation pour l'ensemble des résidents de l'établissement ; par ailleurs, celle-ci n'a pas disposé d'une formation dédiée ;
- Renforcer l'association d'**intervenants extérieurs**, de **bénévoles** et des **familles** au dispositif d'animation – et leur coordination/encadrement par l'animatrice ;
- La mise en place d'un système de **suivi et d'évaluation** de l'animation (au plan quantitatif et qualitatif).

3.4.3. La coordination de l'accompagnement

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

Les réunions

L'établissement dispose d'un certain nombre de réunions permettant la coordination des équipes autour de l'accompagnement des résidents :

- Des réunions institutionnelles ponctuelles de tout le personnel ;
- Des réunions de service hebdomadaire entre la Direction et l'IDEC, le responsable ouvrier, le responsable administratif, la secrétaire médicale, l'économat et la cuisine ;
- Des temps de réunion de coordination entre la Direction, l'IDEC, le médecin, la psychologue ;
- Des réunions ponctuelles organisées par l'IDEC soit avec toute l'équipe pour des questions organisationnelles, soit avec les infirmières, ou bien avec les professionnels référents d'une thématique (ménage, linge, protection...) ;
- Des réunions de synthèse des équipes avec la psychologue se déroulaient tous les mardis après-midi autour de situations complexes/problématiques, elles sont suspendues depuis un mois et demi en raison du départ de la psychologue et de l'arrivée de deux nouveaux psychologues.

Si la mission d'évaluation a pu constater une Direction et une IDEC disponibles et à l'écoute de leurs équipes, et une bonne communication au sein de l'établissement, **elle invite toutefois à structurer davantage la dynamique de réunion et émet les propositions suivantes :**

- Remettre en place les réunions de synthèse/ d'analyse clinique sur les situations à problème ;
- Envisager des temps fixes et réguliers de réunion pluridisciplinaire, au niveau des unités par exemple ;
- Envisager des temps de réunions réguliers de l'équipe soignante en fonction des plannings et disponibilités des professionnels ;
- Revoir avec les professionnels les modalités pertinentes de mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques ;
- Actualiser le projet d'établissement avec la nouvelle dynamique établie : le système de réunion décrit dans le PE n'est plus effectif au moment de l'évaluation.

Les transmissions

Il n'y a pas de transmissions orales mais des temps de transmissions écrits via PSI sont en place dans l'organisation du travail : 15min le matin, le midi et le soir. Les transmissions sont visées quotidiennement par l'IDEC. Si les transmissions sont ciblées (pour chaque résident), le logiciel PSI sert également à la transmission par l'IDEC de **consignes générales sur l'organisation du travail** aux équipes.

La mission d'évaluation relève une bonne appropriation générale de l'outil PSI par les professionnels.

Les formations pourraient toutefois être renouvelées pour les nouveaux embauchés et les personnes qui ne sont pas encore pleinement appropriées l'outil.

La mission d'évaluation évoque un point de questionnement sur la remise en place de transmissions orales pluri-disciplinaires en sus des transmissions écrites.

Le dossier de l'utilisateur

Un dossier individuel est créé pour chaque résident. Le dossier de soin est informatisé sur le logiciel PSI selon une trame homogène et 2 dossiers papier sont tenus à jour :

- Le dossier médical papier conservé au sein du Pôle médical dans une armoire fermée à clef;
- Le dossier administratif est géré par la secrétaire médicale et conservé dans son bureau dans une armoire fermée à clef.

Les modalités de conservation et de gestion des dossiers permettent d'assurer le **respect de la confidentialité** : droits d'accès différenciés sur le logiciel PSI et armoires fermées à clefs pour les dossiers papiers. Le morcellement du dossier dans trois parties ne permet pas de respecter pleinement le principe d'unicité du dossier. Cependant, la Fondation Père Favron est engagée dans une démarche régionale inter-association pour le choix d'un logiciel de gestion de l'utilisateur. La procédure d'appel d'offre est en cours. L'objectif est de doter l'ensemble des établissements du logiciel retenu. **Cette démarche s'inscrit dans une informatisation plus complète du dossier de l'utilisateur et du respect du principe du dossier unique.**

La mission d'évaluation relève **une structuration homogène du dossier**. La secrétaire médicale tient un tableau de suivi de réception des différentes pièces pour le dossier administratif de chaque résident.

Le droit d'accès du résident à son dossier médical est mentionné dans le livret d'accueil ainsi que les modalités (demande écrite au Directeur d'établissement). Toutefois, le droit d'accès de l'utilisateur à son dossier concerne l'ensemble des informations conservées par l'établissement (partie administrative, projet individualisé, dossier médical).

3.5. L'effectivité des droits des usagers

3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

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

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

La charte des droits est affichée dans plusieurs lieux stratégiques de l'établissement (panneaux d'affichage dans les étages), conformément à la réglementation. De même, le règlement de fonctionnement est affiché.

Le contrat de séjour est expliqué et remis lors d'un rendez-vous avec la secrétaire dans le mois suivant l'admission.

Le livret d'accueil reprend la majorité des éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004⁴, notamment la localisation géographique de l'établissement, les droits des résidents. Il présente également les processus d'accueil et d'admission, les conditions de facturation, les formes de participation des personnes accueillies et de leurs familles (CVS), etc. En revanche, il ne comprend pas le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance (3977) ni la liste des personnes qualifiées. **Sur la forme**, le livret d'accueil a été très bien conçu de manière à favoriser la compréhension et l'appropriation des usagers (nombreuses photos, plans notamment).

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

Le règlement de fonctionnement prend en compte les éléments de contenu obligatoires spécifiés dans le décret du 14 novembre 2003. Toutefois, les règles essentielles de la vie collective incluant les obligations des personnes accueillies pourraient être davantage développées et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle ne sont pas citées. **Une réserve cependant**, en ce qui concerne **la forme du règlement de fonctionnement**, il ne comporte aucune illustration et n'a pas fait l'objet d'une adaptation à la compréhension des usagers.

Le contenu du contrat de séjour est également en conformité avec le décret du 26 novembre 2004. Il comprend notamment la définition avec l'usager (ou son représentant légal) des objectifs de la prise en charge ; la description des conditions de séjour et d'accueil ; les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation.

3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

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

L'établissement a mis en place un Conseil de la Vie Sociale, dont la composition est conforme au cadre légal : il comprend 5 représentants des usagers, 3 représentants des familles et 2 représentants du personnel. Par ailleurs, il est ouvert à d'autres parties prenantes : un administrateur de la Fondation Père Favron et un représentant de la municipalité y participent également. Ce CVS se réunit au minimum quatre fois par an. L'ordre du jour est rédigé conjointement par le Président du CVS et la direction, en prenant en compte les questions des résidents.

La dynamique de cette instance est bonne, le CVS est pleinement associé aux projets, démarches, réflexions institutionnels (travaux, projet d'établissement, évaluation interne.).

Les comptes rendus des réunions sont affichés et diffusés aux familles, et sont repris d'une réunion à l'autre. Leur contenu signale la qualité des échanges, ainsi que des réponses apportées par la direction aux questions posées.

Un point d'amélioration est identifié :

- la liaison entre les représentants du CVS et les autres usagers n'est pas formalisée en amont pour le recueil des questions et suggestions, de même qu'en aval des réunions, en ce qui concerne la restitution des sujets abordés aux non membres, même si le compte-rendu est affiché

L'établissement a par ailleurs mis en place d'autres formes d'expression et de participation des usagers à la vie de l'EHPAD :

- Les échanges des résidents avec leur référent(e) dans le cadre de l'élaboration de leur projet personnalisé ;
- Le passage de la Directrice sur les différentes unités afin de les informer des événements importants (avancée de travaux par exemple) ;
- La mise en œuvre d'une enquête semestrielle de satisfaction portant notamment sur le linge et les repas.

En revanche, les résidents ne sont pas directement associés à la prestation restauration (commission menus)

Les résidents rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation connaissent globalement l'existence du CVS, qui est considéré comme un espace d'échange et de partage.

▪ **Le droit à l'information**

Les résidents et leurs familles sont informés des décisions qui les concernent (mise en œuvre du projet personnalisé, etc.) à travers notamment des temps d'échange avec leur référent(e). Des panneaux d'affichage permettent également de les informer de la vie de l'établissement (affichage du planning des animations par exemple). Par ailleurs, des réunions d'informations sont ponctuellement organisées : notamment pour l'ouverture du PASA, qui a permis de présenter l'équipe.

Le droit d'accès au dossier médical est précisé dans le règlement de fonctionnement. Il est accessible suite à une demande écrite adressée au directeur de l'établissement.

▪ **Le droit à la protection**

Le cadre de vie est sécurisant (code d'accès sur l'unité Alzheimer – UHR, barres d'appui aux murs dans les couloirs pour diminuer les risques de chute, vigilance sur les entrées et sorties avec une banque d'accueil ouverte qui permet d'assurer une bonne visibilité des personnes qui accèdent ou sortent de l'établissement, etc.). Toutefois, la mission relève l'absence de salle d'isolement et d'apaisement adaptée (*cf 3.4.1 qualité du cadre de vie*).

Par ailleurs, les pratiques des professionnels permettent d'assurer le **respect de la confidentialité** (codes d'accès différenciés sur PSI par rapport aux différentes fonctions occupées par les professionnels, ces derniers sont vigilants à ne pas échanger des informations sur les usagers dans les couloirs, les réunions et temps d'échanges ont lieu porte fermée, etc.).

▪ **Le droit à l'autonomie**

La liberté de circulation à l'intérieur du bâtiment est pleinement effective. La liberté de circulation à l'extérieur du bâtiment, au sein de l'espace central extérieur notamment, est également pleinement effective (à l'exception de l'unité Alzheimer et l'UHR, et sauf cas particulier spécifié dans le projet). Les résidents les plus autonomes peuvent se rendre seuls en dehors de l'établissement.

L'autonomie est favorisée au quotidien par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Chaque résident a la possibilité de conserver ses biens et objets personnels (décoration de sa chambre, etc.). Les différents temps de la vie quotidienne auxquels la mission d'évaluation a participé ont également démontré l'attention des équipes à maintenir l'autonomie de chacun des usagers.

▪ **Le droit à l'intimité**

Les locaux favorisent le respect de l'intimité (chambres spacieuses avec salle d'eau individuelle, etc.). Les pratiques des professionnels favorisent également le respect de l'espace privatif (les professionnels frappent avant d'entrer, demandent la possibilité de visiter la chambre directement au résident et respectent son souhait, etc.). Le respect des correspondances des résidents est également pleinement effectif : le courrier est remis en mains propres aux résidents dans la journée.

Le droit à la vie affective et à la sexualité est respecté sur l'établissement. S'il n'y a pas eu de formation spécifique mise en place, des réunions de travail ont été organisées sur des comportements qui interpellaient et questionnaient les équipes. Il serait néanmoins pertinent de mettre en place des formations, ou encore de définir des positions communes sur la question de la vie affective et de la sexualité.

▪ **Le droit à la dignité**

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

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

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

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

Les familles et bénévoles sont impliqués dans l'accompagnement, dans le respect du choix de l'utilisateur. Les personnes rencontrées ont indiqué qu'elles « avaient leur place » dans l'établissement.

Par ailleurs, **l'établissement a développé des outils modernes et innovants de maintien des liens familiaux et amicaux** (par exemple, accès internet avec webcams permettant de maintenir les liens avec la famille résidant en métropole).

▪ **Pratique religieuse et droits civiques**

La pratique religieuse est permise à travers l'organisation d'une messe mensuelle. Un accompagnement aux offices est assuré notamment par des bénévoles et les professionnels de l'établissement. Par ailleurs, les régimes alimentaires particuliers sont pris en compte.

L'exercice des droits civiques, en revanche, est un axe d'amélioration de l'établissement : il n'existe pas à date d'évaluation d'accompagnement aux démarches, de dispositions facilitant l'accès au vote et d'initiatives visant à développer la citoyenneté des personnes (tri sélectif par exemple).

3.6. La prévention et la gestion des risques

3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes

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

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

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

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

La commission de sécurité a donné **un avis favorable** en 2013 à l'EHPAD Les Lataniers.

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

- **Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible pour les services de secours ;**
- **Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées** sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations de désenfumage, installations électriques, extincteurs, systèmes d'alarme SSI et éclairage sécurité, issues de secours... ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits de l'établissement ;
- Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité sont réalisées deux fois par an (manipulation des extincteurs, SSI, EPI, ...) ;
- **Les exercices d'évacuation sont réalisés une à deux fois par an ;**
- L'ensemble des salariés ont été formés aux premiers secours sur quatre ans, des recyclages sont actuellement mis en place ;
- **Les normes HACCP sont bien mises en place et respectées** par les professionnels de l'établissement ;
- L'établissement dispose depuis peu d'un carnet sanitaire qui sera suivi par l'agent de maintenance (démarche en cours au niveau de la Fondation) ;
- L'établissement a élaboré **un document d'analyse du risque infectieux (DARI)** avec une infirmière hygiéniste ;
- L'établissement dispose **d'une convention pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)**. Les déchets DASRI sont entreposés dans un local sécurisé et convenablement entretenu, un protocole d'acheminement des DASRI est formalisé et signé par l'équipe infirmière ;
- **Un Plan Bleu a été formalisé en 2014** avec l'Agence Régionale de Santé : il comprend un plan détaillé de gestion de crise (organisation et composition, localisation, acteurs), une analyse des différents risques (mouvement de terrain, inondation, cyclone, tsunami/forte houle, épidémie et risques industriels). L'EHPAD Lataniers a joué un rôle d'établissement pilote, ce type de Plan devrait être étendu prochainement aux autres établissements de la Fondation.
-

Les points d'amélioration identifiés sont :

- Poursuivre la démarche initiée sur la prévention légionnelle avec la mise en œuvre des opérations préventives et de contrôle et les tracer dans le carnet sanitaire (ex. relevés de température) ;
- Restaurer l'ancienne cuisine – grand réfectoire, très vétuste dont une partie est condamnée aujourd'hui par des filets de sécurité, ne garantissant pas un cadre sécurisant aux résidents.

La réalisation et le suivi de la maintenance

Les activités de maintenance sont assurées par un responsable maintenance et un agent : un agent s'occupe des espaces verts. Les agents sont présents du lundi au vendredi (sauf un agent qui n'est pas présent le vendredi).

Les réparations et dysfonctionnements sont signalés par un cahier mis à disposition du personnel, des agents et des familles. Les ouvriers tracent quotidiennement sur ce même cahier les opérations réalisées.

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

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

Une bonne coordination est assurée avec la participation du responsable à la réunion de service hebdomadaire avec la Directrice.

Etant donné les travaux récents de reconstruction (2009-2012) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état.

La continuité et la sécurité des interventions

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

- **L'organisation du travail qui permet une présence 24h/24** et une présence de personnel soignant en continu. La **veille de nuit est organisée, structurée, assurée par du personnel soignant et hôtelier** : 2 AS et 1 ASH sont présents chaque nuit dont un professionnel dédié sur l'UHR et l'Unité Alzheimer qui demande plus de surveillance ;
- **Un système d'astreinte administrative** pleinement effectif est assuré par alternance par la Directrice et la cadre de santé ;
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament *infra*) ;
- Les numéros d'urgence sont affichés dans les bureaux de soins ;
- La **gestion effective des remplacements** avec un effectif seuil en dessous duquel l'établissement ne descend pas. Ainsi toutes les absences de courte durée le week-end et la nuit sont remplacées. Les absences en semaine de courte durée ne sont pas systématiquement remplacées mais l'effectif seuil est toujours respecté.
- **L'existence de temps de transmissions écrites** à chaque changement de poste (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) ;
- L'existence d'un **DLU** (Dossier de liaison d'urgence) sur PSI ;
- La continuité des interventions assurée et organisée en cas de risque (ex : cyclone ou autre) formalisée au sein du Plan de continuité des activités intégré au Plan Bleu (réquisition du personnel, mis en place de binôme..) ;
- Des professionnels formés aux premiers secours, notamment le personnel de nuit.

La sécurisation du circuit du médicament

Une Pharmacie à Usage Interne (PUI) existe sur l'EHPAD Les Alizés. Après vérification des prescriptions par la pharmacienne, le stock de réapprovisionnement est calculé, préparé et livré à l'EHPAD dans des bacs scellés. La commande des antibiotiques est réalisée une fois par trimestre et la commande des médicaments hors livret s'effectue par l'intermédiaire d'un grossiste répartiteur. La traçabilité de la livraison est assurée par l'outil PSI Pharma. La PUI de l'EHPAD Les Alizés approvisionne l'EHPAD Lataniers. Le circuit du médicament fait l'objet d'une procédure détaillée. Il est très bien organisé et structuré. Les semainiers sont préparés par la préparatrice en le lundi, le mercredi et le vendredi matin. Les semainiers sont acheminés vers l'EHPAD Lataniers par l'agent pharmacie d'entretien le lundi, mercredi et jeudi et par la préparatrice en pharmacie le vendredi, dans des caisses de transfert. Suite à la livraison, les IDE en poste remplissent les chariots de médicaments avec les semainiers pleins et placent les semainiers vides dans les caisses de transfert. **L'outil informatique** vient soutenir cette organisation.

Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques de la part du médecin traitant, claires et lisibles sur PSI. Les ordonnances sont transmises à la PUI sur PSI. Les semainiers sont contrôlés à deux reprises : par la pharmacienne de l'EHPAD Les Alizés et par les infirmières de l'EHPAD Lataniers suite à la livraison, à partir des prescriptions médicales. En cas de modification du traitement, le traitement est ajusté par l'IDE en poste pour le reste du pilulier de la semaine, en utilisant le stock interne des Lataniers ou en passant commande auprès de la PUI.

Les médicaments sont stockés sur chacune des unités, au niveau des salles à manger. Chaque unité est équipée de chariots comprenant les semainiers des résidents. Ils sont fermés à clé. Le stock de stupéfiants est bien stocké, suivi et tracé.

La distribution des médicaments est assurée par les AS et les AMP (après préparation des derniers écrasés et buvables) matin, midi et soir sur les différentes unités, parfois aidés IDE si elles sont disponibles. Les médicaments donnés la nuit sont distribués par les AS de nuit. **La vérification et traçabilité de la prise des médicaments sont assurées par les IDE sur PSI.**

A date d'évaluation, si la mission souligne la bonne sécurisation du circuit du médicament mis en place au sein de l'établissement, un point de vigilance est identifié par la mission d'évaluation : la traçabilité de la prise des médicaments est assurée par les IDE alors que la distribution est assurée par les AS et AMP : un risque de perte d'information est identifié.

Un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents

Plusieurs outils de traçabilité des incidents sont mis en place :

- Une traçabilité au niveau de PSI sur le soin notamment : chutes, refus de prise de médicament etc...
- Une fiche incident est formalisée et à disposition des professionnels mais peu utilisée
- Une fiche d'astreinte hebdomadaire et un cahier d'astreinte tenu par la Directrice permet de notifier l'ensemble des événements et incidents : appel de la gendarmerie, déplacement du cadre d'astreinte, etc..

Les enjeux d'amélioration repérés pour le traitement des événements indésirables impliqueront de :

- Construire avec le concours du personnel, une procédure de signalement et de traitement consolidé des événements indésirables (reprendre la fiche incident existante par exemple) ;
- Poursuivre la communication sur l'utilité, l'importance et les modalités de signalement, auprès des personnels mais aussi des résidents, familles et partenaires - qui devraient tous avoir accès aux fiches de signalement des événements indésirables ;
- Apporter un traitement curatif systématique aux événements ;
- Procéder à l'analyse des fiches de signalement compilées, en Groupe/comité qualité, isoler les incidents à hautes récurrence (d'où l'intérêt d'une large utilisation de ces fiches par les parties prenantes de l'EHPAD) et mettre en place des mesures correctives (prévention) ;
- Inscire ces actions dans le plan d'amélioration continue de la qualité.

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

Un CHSCT est en place sur l'EHPAD Lataniers. Son fonctionnement est effectif avec des représentants des salariés et l'implication du médecin du travail. Le DUERP a été réalisé avec le concours de ce dernier en juin 2013. Il n'a pas été actualisé en 2014 en raison du travail important réalisé sur les risques (Plan Bleu) avec l'ARS. **Un travail a été initié sur les risques psychosociaux** (recherche de référentiel, listing et repérage...) toutefois, la démarche a été suspendue dans l'attente d'un cadrage homogène au niveau de l'ensemble de ses établissements de la Fondation.

Certaines mesures de prévention des risques psychosociaux ont d'ores et déjà été mises en place notamment concernant l'équipement du personnel de nuit : ils ont été équipés de DECT, dispositif qui permet d'alerter si le veilleur de nuit n'effectue aucun mouvement.

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

- L'élaboration du DUERP a conduit à la mise en place de certaines actions : un travail sur l'éclairage, la remise en place de formations annuelles geste et posture ;
- Suite à l'évaluation par le médecin du travail de la pénibilité des postes de nuit, ces postes ont été proposés à des personnes en difficultés physiques car la manutention y est moins importante ;
- La prise en compte des demandes individuelles de **rotation** du personnel ;
- L'effectivité des **entretiens professionnels** ;
- La **mobilité interne** est possible sur l'établissement et les autres établissements de la Fondation ;
- La direction a développé **une politique volontariste en matière de formation** (cf. *infra*).

Les axes d'amélioration relevés concernent :

- L'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP, conformément à la réglementation (en cours) ;
- La réactualisation du DUERP annuellement ;
- La poursuite de la réflexion autour de la mise en place d'un dispositif d'analyses de pratiques.

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

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

La bientraitance est une préoccupation manifeste des professionnels de l'EHPAD Lataniers. Certains éléments concourent à sa promotion :

- La formation de l'ensemble du personnel à l'Humanitude – positionnement de la Fondation Père Favron ;
- La mise en œuvre de la formation à travers les toilettes évaluatives ;
- Une présence importante de la Direction et une observation des pratiques par les cadres ;
- La venue au sein de l'établissement pour une sensibilisation de l'association Allo Maltraitance des Personnes Agées (ALMA) ;
- Un dispositif de signalement des incidents (cf. *supra*).

Plusieurs axes d'amélioration sont toutefois identifiés :

- La mise à disposition des recommandations de l'Anesm aux professionnels ;
- L'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée et formalisée de repérage des risques de maltraitance à l'aide d'un outil d'évaluation ;
- Mettre en place une démarche de promotion de la bientraitance avec par exemple : l'identification de référent, le déploiement d'outils et de sensibilisations des professionnels (ex : MOBIQUAL).

La mise en œuvre de l'obligation de signalement

Les professionnels sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance. Il existe une procédure de signalement des actes de maltraitance. Les professionnels doivent remontés les faits via PSI et appeler la Direction. La Direction Générale de La Fondation tient à être mise au courant de tout acte, fait ou suspicion de maltraitance.

La mission d'évaluation encourage ainsi l'établissement à :

- Communiquer régulièrement sur les obligations de signalement aux professionnels ;
- Afficher le numéro 3977 (allo maltraitance) en vue, à l'accueil de l'établissement ;
- Communiquer davantage sur ce sujet aux résidents et aux familles (ex. diffusion du numéro et de la conduite à tenir dans les documents 2002-2) – axe d'amélioration identifié au sein du projet d'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**

L'implantation de l'EHPAD Lataniers à La Possession, à proximité du littoral et d'une route nationale, est pertinente. Au-delà de ce cadre de vie agréable, l'établissement est aisément accessible en voiture et des bus desservent régulièrement le Port, Saint-Paul ainsi que Saint-Denis. Par ailleurs, il est situé à proximité d'infrastructures, équipement et services et lieux publics (pharmacie, hôtel de ville notamment). Le Centre Hospitalier de Saint-Paul se trouve à 15 km en voiture.

Si l'établissement dispose d'une bonne visibilité (panneau signalétique à l'entrée), la signalétique intérieure pourrait être davantage développée (notamment pour indiquer l'espace d'accueil).

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

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

- les familles sont régulièrement présentes sur l'établissement (visite de leur proche, participation à des temps festifs, etc.) ;
- l'établissement accueille des bénévoles (notamment pour l'atelier lingerie, pour l'organisation de la messe);
- l'établissement accueille tous les ans des stagiaires et des personnes en service civique ;
- l'établissement invite et fait venir des partenaires (membres de la Fondation, Maire, réunions de travail avec la FEHAP, etc.)

L'établissement est par ailleurs ouvert sur son environnement et mène des actions visant à intégrer les résidents dans le village (nombreuses sorties à l'extérieur). Il développe ainsi des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne accueillie dans trois principaux domaines (volet santé et médico-social, volet socioculturel et loisirs, volet professionnel).

Le volet santé et médico-social :

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

- avec les kinésithérapeutes et l'orthophoniste qui interviennent dans l'établissement ; un processus de recrutement de kinésithérapeute salarié est en cours.
- Avec l'équipe mobile de soins palliatifs ;
- Avec les associations de soins à domicile intervenant dans le cadre d'HAD et des fins de vie ;

- Avec l'EHPAD Les Alizés pour l'approvisionnement des médicaments.

L'EHPAD Lataniers a également noué de nombreux liens professionnels (formalisés ou non) notamment pour le transport ambulancier, ou encore avec les autres directeurs d'EHPAD de la Fondation Père Favron afin de favoriser la concertation régulière et de mener des actions communes.

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

Le volet socio culturel-loisirs :

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

- Une collaboration est en place avec le CCAS ;
- Un partenariat est en place avec la médiathèque HEVA pour une séance de lecture à voix haute ;
- La participation des résidents de l'établissement à des événements locaux .

Par ailleurs, l'EHPAD entretient des relations régulières avec des partenaires institutionnels : Conseil Général, CAF, mutuelles d'assurance, mutuelles de décès, et s'inscrit au sein des réseaux gérontologiques (dans le cadre de l'actualisation de la liste d'attente), etc.

La dynamique d'ouverture de l'EHPAD est bonne : l'établissement sera encouragé à poursuivre cette dynamique, tout en favorisant la formalisation des relations instaurées. Par ailleurs, **l'établissement sera incité à mettre en place une démarche d'intégration des personnes accueillies dans la cité, de sensibilisation de l'environnement social, etc.**

3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement

▪ Les résidents

Les usagers sont globalement satisfaits de la qualité de l'accompagnement proposé (cadre de vie et, accompagnement quotidien, activités proposées, etc.).

Les usagers rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation ont relevé la gentillesse et la disponibilité du personnel. Ils ont fait part de leur satisfaction à résider au sein de l'établissement. Ils ont par ailleurs signalé qu'ils avaient le sentiment que leurs droits étaient respectés (liberté, intimité notamment). En revanche, les projets personnalisés ne sont pas nécessairement connus des résidents.

Les motifs d'insatisfaction concernent principalement la restauration (manque de variété des menus notamment).

▪ Les familles

Les familles contactées dans le cadre de la mission d'évaluation externe se disent satisfaites de la prise en charge de leur proche au sein de l'EHPAD Lataniers. Les relations avec le personnel, jugé « disponible » et « à l'écoute », sont bonnes. Les familles se sentent bien informées du suivi de leur proche, et ce dès le processus d'accueil de la personne. Une famille a souligné particulièrement la réactivité des infirmières en cas de problème. Les familles ont connaissance du projet de vie de leur proche, et connaissent également le CVS. **Elles ont le sentiment que leurs droits sont respectés**, et qu'il y a un « vrai respect » de la personne accueillie et de sa dignité sur l'établissement.

Quelques points d'amélioration ont néanmoins été notés par les familles, qui mettent notamment en avant le sentiment d'un manque de personnel. Un autre enjeu d'amélioration est identifié autour des repas, sur le plan quantitatif.

▪ **Les partenaires**

Les partenaires contactés dans le cadre de la mission d'évaluation externe témoignent de leur satisfaction quant à leur collaboration avec l'EHPAD Lataniers. Ils estiment que « le partenariat fonctionne bien » et se sentent « bien accueillis » au sein de l'établissement. Ils font également état d'une « bonne écoute », et d'une « bonne réflexion » au sein de l'établissement. Les partenaires, particulièrement les bénévoles, sont bien identifiés par les résidents « ils sont contents de me voir ».

L'un des partenaires interrogés regrette néanmoins le fait de ne pas avoir d'interlocuteur privilégié au sein de l'EHPAD, qui faciliterait les échanges pour toute question ou sollicitation et pour toutes les questions relatives à l'organisation. Un autre indique qu'il souhaiterait participer ponctuellement à des réunions au sein de l'établissement afin d'être informé des évolutions importantes concernant les résidents.

Par ailleurs, l'établissement sera encouragé à formaliser des conventions de partenariat avec ses partenaires afin de pérenniser les relations mises en place.

3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

Le recrutement

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

Le 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 ont lieu avec la Direction de l'EHPAD, voire le médecin coordonnateur ou la cadre de santé s'il s'agit d'une fonction soin. La commission de recrutement peut également être composée d'un personnel du siège en fonction des compétences recherchées (ex : comptabilité). Les postes d'encadrants nécessitent un entretien systématique avec la Direction du Pôle et des membres du Siège de la Fondation.

Les contrats des postes en CDD sont signés au niveau des établissements, tandis que les contrats CDI sont également signés au niveau de la Fondation.

L'établissement rencontre des problèmes de recrutement au niveau des médecins et kinésithérapeute libéraux. L'établissement a donc choisi, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale de 2014, le tarif global. Les conventions avec les kinésithérapeutes et médecins libéraux ont donc été dénoncées, le processus suit son cours pour le recrutement de professionnels salariés.

L'accueil des nouveaux salariés

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

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

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

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

- Le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de **documents** (contrat de travail, Plaquette de présentation de la Fondation, règlement intérieur...). Des documents sont également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : le Projet d'Etablissement est présenté et disponibles à l'accueil, ainsi que diverses procédures ;
- L'accueil d'un nouveau professionnel en CDI est constitué d'une pré-visite d'un temps de doublure s'il s'agit d'un poste technique ; un temps de doublure est également réalisé pour les professionnels en CDD sur des postes de nuit ou d'infirmier par exemple.
- La période d'essai est marquée par un point avec l'IDEC et la Directrice.

L'accueil de stagiaire est également organisé avec la nomination d'un tuteur chargé d'encadrer le stagiaire et de la relation avec l'école/organisme de formation : rencontre de l'organisme, bilan avec le stagiaire, l'IDEC et l'organisme. L'établissement dispose de partenariats de longue date avec certaines écoles et institut de formation du territoire. Il est à noter que l'établissement accueille plusieurs salariés en contrat d'avenir, et deux personnes en service civique chargés de l'accueil.

L'accompagnement à la prise de fonction (notamment l'association des personnels et collègues de nouveaux salariés), constitue un axe d'amélioration identifié au sein du projet d'établissement.

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

- L'établissement n'a pas rédigé de procédure d'accueil interne avec l'ensemble des documents utiles à l'accueil du nouveau salarié et un document présentant la Démarche Qualité ;
- Il n'existe pas de système de référent ou parrain qui soit en charge de guider le nouvel arrivé au sein de la structure et de sa prise de poste ;
- De la même manière, l'établissement accueille de nombreux stagiaires et n'a pas formalisé de procédure ni de kit d'accueil pour ces personnes.

La formation et l'adaptation des compétences

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

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

- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), de la politique de la filière, puis des besoins de la direction de l'établissement tout en respectant le budget ;
- Il tient compte des souhaits de formation remontés lors des entretiens professionnels ;
- Le plan de formation annuel est affiné puis validé par la Commission de formation qui réunit une fois par an l'ensemble des responsables de service et représentants des différents métiers (administratif, ouvrier, cuisine, hébergement, IDEC et Directrice...).

Une recherche de fonds autres que le plan de formation est effectuée (ex : CNR...).

Le recueil des souhaits de formation pourrait être davantage formalisé et plus fréquents (à travers des fiches de vœux annuelles par exemple).

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

En 2012-2013 plusieurs formations ont été mises en place parmi lesquelles : maintenance des personnes, Humanitude, animation et pilotage des équipes d'accompagnement pour l'équipe infirmière, recyclage SSIAP 2 formation PSI, formation sur la douleur, hygiène et entretien, projet d'établissement...etc.

En outre, des formations d'assistant de soins en gérontologie ont été mises en place entre 2011 et 2013 pour les professionnels travaillant en unité Alzheimer.

Les principaux enjeux identifiés concernant la formation sont le travail et les relations avec la famille ainsi que le rôle des IDE au sein d'un EHPAD (rôle de personnes ressources). **Toutefois, une diminution du budget est prévue à horizon 2015 et devrait freiner la dynamique de formation en place.**

La promotion de la mobilité

Une réflexion sur la mobilité des agents est en cours dans le cadre des travaux autour de la GPEC. Tous les postes proposés en CDI sont diffusés en interne, et la DG veille à ce que toutes les candidatures internes soient examinées. Par ailleurs, les salariés qui souhaitent une mobilité sont régulièrement invités à se manifester auprès de la DRH. Cependant, certaines fonctions ne sont dès lors pas concernées (postes administratifs, IDE, chauffeurs...) et plutôt accompagnées dans des évolutions de responsabilités.

Le siège et l'établissement favorisent les évolutions de carrière. Des formations individuelles qualifiantes et VAE ont été proposées aux salariés en poste en vue d'une promotion (Formations passerelles ASD, Auxiliaire de vie, DU, CAFERUIS, ...).

Même si l'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels (entre unités, entre établissements). **Celle-ci reste de fait peu développée.** La géographie de l'île est aussi une contrainte (reliefs, circulation).

L'EHPAD des Lataniers a connu depuis 2006 de nombreux changements : reconstruction, constitution des unités. A l'occasion de cette réorganisation, les salariés ont pu émettre des choix et se positionner sur certaines unités. La mobilité est plus difficile sur l'UHR et l'Unité Alzheimer avec la nécessité de qualifications et compétences spécifiques (ASG). **La mission d'évaluation encourage à poursuivre la réflexion autour de la mobilité comme un moyen de lutter contre l'usure professionnelle.**

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

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

3.8.2. Organisation et management

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

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

Les temps managériaux sont effectifs :

- **La réunion de Direction de la Fondation** a lieu une fois par mois avec l'ensemble des Directeurs, Directeurs Adjointes et les cadres du Siège ;
- Des réunions institutionnelles ponctuelles de tout le personnel ;
- Des réunions de service hebdomadaire entre la Direction et l'IDEC, le responsable ouvrier, le responsable administratif, la secrétaire médicale, l'économat et la cuisine
- Des temps de réunion de coordination entre la Direction, l'IDEC, le médecin, la psychologue
- Des réunions ponctuelles organisées par l'IDEC soit avec toute l'équipe pour des questions organisationnelles, soit avec les infirmières, ou bien avec les professionnels référents d'une thématique (ménage, linge, protection...) (*cf Coordination supra*)
- Des réunions de synthèse des équipes avec la psychologue se déroulaient tous les mardis après-midi autour de situations complexes/problématiques, elles sont en suspens depuis 1 mois et demi en raison du départ de la psychologue et de l'arrivée de deux nouveaux psychologues (*cf Coordination supra*).

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

- Remettre en place les réunions de synthèse/ d'analyse clinique sur les situations à problème ;
- Envisager des temps de réunion pluridisciplinaire, au niveau des unités par exemple ;
- Organiser des temps de réunions réguliers de l'équipe soignante ;
- Revoir avec les professionnels les modalités pertinentes de mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques ;
- La réactivation d'un COPIL Qualité associant les référents qualité et les différents métiers.

4. Synthèse de l'évaluation externe

4.1. Introduction

4.1.1. La démarche d'évaluation interne

L'établissement a mené son évaluation interne fin 2012, conjointement avec les 4 autres EHPAD de la Fondation Père Favron. La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire et accompagnée par un organisme extérieur. Elle s'est traduite par :

- la création d'un référentiel commun ;
- la création d'un groupe qualité et la désignation d'un référent qualité ;
- la consultation des résidents par le biais d'un questionnaire de satisfaction.

La démarche a été pilotée et suivie par la Direction, par deux professionnels de l'établissement nommés référents qualités ainsi que par le groupe qualité. L'évaluation interne a permis l'élaboration d'axes d'amélioration et l'élaboration d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ), et la rédaction d'un diagnostic final. Le plan d'action comporte 36 actions déclinées de façon opérationnelle en décrivant les modalités de mise en œuvre, les échéances et le suivi et l'évaluation de l'action. Malgré la suspension des réunions du groupe qualité, à date d'évaluation, 60% des actions du plan sont réalisées. Cependant, quelques points sont à améliorer : l'association des familles et des partenaires à la démarche et la communication ~~vis-à-vis~~ de la démarche aux parties prenantes notamment au CVS. Les enjeux d'amélioration identifiés en termes de démarche qualités sont la formalisation du recueil de la satisfaction des usagers, une utilisation renforcée des outils de recueil et traitement des plaintes et réclamations. La structuration de la gestion documentation reste également à poursuivre.

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

Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm ont fait l'objet d'une exploitation à l'occasion des démarches structurantes de l'établissement (évaluation interne, projet d'établissement...). Toutefois, leur diffusion et leur appropriation par les professionnels demeurent limitées et hétérogènes.

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

4.2.1. Le projet d'établissement

L'EHPAD Lataniers a écrit un premier projet d'établissement en 2009 puis un second en 2013, encadré par un intervenant extérieur. **Le projet d'établissement est en cohérence avec les valeurs de la fondation, ses missions et s'inscrit pleinement dans les orientations des politiques publiques (UHR, PASA...).** La démarche a été structurée, participative et pluridisciplinaire, des groupes d'écriture et un comité de pilotage ont été constitués. Cependant, les résidents, les familles et les partenaires n'ont pas été directement associés à la démarche.

En termes de contenu, le projet d'établissement intègre pleinement les thématiques obligatoires énoncées dans la loi 2002-2⁵ et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. Toutefois, pour renforcer la dimension programmatique et la lisibilité, les axes d'amélioration gagneraient à être regroupés et déclinés en un plan d'action et certains points peuvent être complétés (ouverture du PASA, réunions et transmissions...). Le projet est disponible et a été diffusé, et les axes d'amélioration intégrés et suivis dans le cadre du PACQ.

⁵ 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. (...) »

4.2.2. L'organisation de l'accompagnement des usagers

L'établissement dispose de différentes unités d'hébergements adaptées au niveau d'autonomie et à certains troubles spécifiques (UHR, unité Alzheimer et prochainement PASA). En termes de réponse aux besoins et d'attractivité, l'établissement dispose d'un taux d'activité satisfaisant : 98,05% en 2013 mais rencontre quelques difficultés de remplissage au niveau de l'UHR.

Le cadre de vie est agréable et adapté. Les locaux de l'EHPAD Lataniers, rénovés entre 2009 et 2012 satisfont à leur vocation d'accueil de personnes âgées et dépendantes en termes de configuration architecturale. Toutefois, quelques aménagements permettraient de les adapter davantage au public spécifique accueilli en unité Alzheimer et en UHR. L'entretien des locaux est correctement organisé et le respect de l'hygiène est effectif. La prestation linge et également bien organisée et structurée. Toutefois, le personnel n'a pas reçu de formation RABC. Concernant la restauration, la mission d'évaluation a relevé le bon déroulement des temps de repas. La distribution est respectueuse du rythme des résidents et des régimes individuels. Le questionnaire de satisfaction réalisée en 2013 révèle une satisfaction des résidents quant à la durée et les quantités, mais des remarques sont émises quant à la variété. Des points d'amélioration sont également à noter : les menus ne sont pas encadrés par une diététicienne et le temps de jeûne nocturne n'est pas respecté.

Les soins sont organisés et structurés. Le pôle soins est pluridisciplinaire et complété par l'intervention de professionnels libéraux. Le projet de soin est formalisé au sein du projet d'établissement. Le médecin coordonnateur intervient dans le cadre de ses missions réglementaires. La prescription est assurée par le médecin traitant ; la coordination et la collaboration avec les médecins est bonne. Cependant la commission gériatrique n'est pas effective sur l'établissement.

Le respect du rythme du résident est effectif. L'organisation et les soins réalisés sont pensés et réalisés selon une approche personnalisée prenant en compte les habitudes de vie, le rythme et les préférences de chaque résident. En outre, des thématiques de soins spécifiques ont été développées (douleur, fin de vie, escarres...).

La coordination des soins est structurée et formalisée. L'encadrement de l'équipe soignante est assuré par la cadre de santé. L'organisation des équipes permet globalement d'assurer une continuité et une prise en charge de qualité. L'organisation et le suivi des plans de soins individualisés sont formalisés et progressifs. La traçabilité des soins est assurée essentiellement à travers le logiciel PSI et par des temps de transmissions écrits. L'établissement a formalisé de nombreux protocoles de soins (une quinzaine environ). Ces protocoles ont été rédigés par la cadre de santé, vérifiés par le médecin coordonnateur et sont signés par la direction.

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle mis en place est globalement structuré et coordonné. Les supports d'animation sont variés et pertinents. En outre, il a été fait le choix de mettre l'accent sur les activités extérieures à l'établissement, qui sont très nombreuses et variées. En termes d'organisation et de suivi, l'animatrice dispose d'outils formalisés pour coordonner ses interventions : une traçabilité des animations est notamment assurée sur PSI. Néanmoins, un projet d'animation est à formaliser afin de permettre un suivi et une évaluation.

L'accompagnement des résidents est renforcée par un certain nombre de réunions permettant la coordination des équipes (réunions institutionnelles, de service...). Les temps de transmissions sont effectifs et se font par écrit. Cependant, la dynamique de réunions est à structurer davantage.

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

Situé à La Possession, l'EHPAD bénéficie d'une localisation pertinente. Installé à proximité du littoral et d'une route nationale, il est aisément accessible en voiture et des bus desservent régulièrement le Port, Saint-Paul ainsi que Saint-Denis, de nombreux infrastructures et équipements sont également accessibles.

L'établissement est ouvert à son environnement et facilite la venue, au sein de ses murs, de nombreuses personnes (familles, bénévoles, stagiaires, partenaires...). L'établissement est par ailleurs ouvert sur son environnement et mène des actions visant à intégrer les résidents dans la cité (nombreuses sorties à l'extérieur). La dynamique d'ouverture de l'EHPAD est bonne. Il développe également des coopérations

interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne accueillie dans les domaines de la santé, du médico-social, du socioculturel et des loisirs. En outre, les collaborations sont réactualisées en fonction des besoins des résidents et répondent ainsi à la majorité des besoins et attentes du public accueilli.

L'établissement bénéficie d'une bonne image auprès des usagers et des familles. Les usagers interrogés sont globalement satisfaits de la qualité de l'accompagnement proposé et soulignent la gentillesse et la disponibilité du personnel. Ils ont le sentiment que leurs droits étaient respectés (liberté, intimité notamment). Les motifs d'insatisfaction des résidents concernent principalement la restauration. Les familles contactées sont également satisfaites de la prise en charge de leur proche au sein de l'EHPAD Lataniers. Elles indiquent cependant avoir le sentiment d'un manque de personnel.

Les partenaires contactés dans le cadre de la mission d'évaluation externe témoignent de leur satisfaction quant à leur collaboration avec l'EHPAD Lataniers. Certains partenaires souhaitent cependant une meilleure identification des interlocuteurs au sein de l'établissement et davantage de partage de l'information quant aux évolutions importantes concernant les résidents.

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

Le processus de préadmission fait l'objet d'une démarche formalisée, structurée et progressive au sein de l'établissement. Les décisions d'admission sont prises dans le cadre du comité de direction, de manière pluridisciplinaire (participation de la cadre de santé, du médecin coordonnateur, de la directrice, du psychologue, etc.). Les documents légaux sont remis et explicités au cours du processus d'admission et le consentement de l'utilisateur est recherché tout au long du processus. La qualité de la démarche a été signalée par les familles et les résidents de l'EHPAD. Les modalités d'accueil sont formalisées et l'entrée d'un nouveau résident est progressive.

La démarche de projet personnalisé, initiée il y a 3 ans sur l'établissement, est dynamique, coordonnée et structurée. Cependant, tous les résidents ne disposent pas d'un projet, au moment de l'évaluation, 75 résidents sur 91 disposent d'un Projet Personnalisé (PP). La démarche est détaillée au sein du projet d'établissement et par le biais d'une procédure formalisée. La coordination et le pilotage sont assurés par une réunion pluridisciplinaire, l'identification de l'IDEC comme pilote et des outils communs (PSI) et la nomination de référents. Le contenu est formalisé et homogène. En outre, le projet personnalisé est co-construit avec l'utilisateur (et avec sa famille selon le souhait du résident). Toutefois, l'établissement n'a pas encore formalisé d'indicateurs de résultat et de modalités d'évaluation.

La gestion des fins de vie est donc bien organisée au sein de l'établissement. Un protocole d'accompagnement à la fin de vie est en cours de formalisation à date d'évaluation. Les équipes ont été formées à l'accompagnement à la fin de vie en 2008 - 2009 et le médecin coordonnateur a réalisé une formation soins palliatifs. Les professionnels de l'établissement se rendent particulièrement disponibles et se montrent très attentifs et à l'écoute. Par ailleurs, l'établissement a noué des partenariats avec des acteurs spécialisés dans les fins de vie (HAD et équipe mobile de soins palliatifs). L'établissement dispose d'un protocole décès et recueille les souhaits post-mortem des résidents.

Le droit d'expression et de participation est effectif sur l'établissement. Résidents et familles sont tenus régulièrement informés et ont de multiples façons de s'exprimer par le biais :

- d'un Conseil de la Vie Sociale conforme et dynamique ;
- des échanges des résidents avec leur référent(e) dans le cadre de l'élaboration de leur projet personnalisé ;
- des passages de la Directrice sur les différentes unités afin de les informer des événements importants.

Une piste d'amélioration toutefois, la liaison entre les représentants du CVS et les autres usagers n'est pas formalisée en amont pour le recueil des questions et suggestions et en aval dans la restitution des échanges qui ont eu lieu au CVS.

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

4.5.1. Les droits des usagers

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

La mission note que les **droits des usagers sont effectifs** sur le site. Le cadre de vie est sécurisant, la liberté de circulation à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment est pleinement effective et l'autonomie est favorisée au quotidien par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les pratiques des professionnels permettent d'assurer le respect de la confidentialité et les locaux favorisent le respect de l'intimité. Le droit à la vie affective et à la sexualité est respecté sur l'établissement. Les propos, les postures et la réalisation des soins par les professionnels sont respectueux des résidents. Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est favorisé au maximum par l'établissement. En revanche, l'accompagnement à l'exercice des droits civiques est un axe d'amélioration de l'établissement.

4.5.2. La politique de prévention et de gestion des risques

Le département Plans et Travaux est en charge, à l'échelle de la Fondation Père Favron, de la coordination de la politique de prévention et gestion des risques. **L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité**, de risque incendie.. La commission de sécurité a donné un avis favorable en 2013 à l'EHPAD Les Lataniers. Etant donné les travaux récents de reconstruction (2009-2012) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état. Cependant, des points d'amélioration sont identifiés : poursuivre la démarche initiée sur la prévention légionnelle et restaurer l'ancienne cuisine, condamnée aujourd'hui par des filets de sécurité, ne garantissant pas un cadre sécurisant aux résidents. Les activités de maintenance sont assurées par un responsable maintenance et un agent. Un cahier mis à disposition permet le signalement des réparations et dysfonctionnements. Le fonctionnement et l'organisation de l'établissement concourent à la sécurité et à la continuité des interventions.

Concernant **les risques professionnels**, un CHSCT est en place et son fonctionnement est effectif, le DUERP a été réalisé et un travail a été initié sur les risques psychosociaux (recherche de référentiel, listing et repérage...). Par ailleurs, plusieurs mesures ont été prises concourant à la prévention de l'usure professionnelle (formations annuelles geste et posture, rotation du personnel, entretiens professionnels effectifs...). Toutefois cette politique peut être consolidée par l'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP (conformément à la réglementation) et la poursuite de la réflexion autour de la mise en place d'un dispositif d'analyses de pratiques.

La bientraitance est une préoccupation manifeste des professionnels de l'EHPAD Lataniers et la politique de promotion de la bientraitance est dynamique et effective. De nombreux éléments concourent à sa promotion (formation de l'ensemble du personnel à l'Humanitude, sensibilisation de l'association Allo Maltraitance des Personnes Agées..). La procédure de signalement de la maltraitance est formalisée et connue des professionnels et des outils sont mis en place (PSI). Plusieurs axes d'amélioration sont toutefois identifiés : communiquer régulièrement sur l'obligation de signalement auprès des professionnels et davantage sur ce sujet aux résidents et aux familles ; afficher le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance (n°3977).

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"> ▪ L'évaluation interne réalisée en 2012-2013 avec l'aide d'un intervenant extérieur et fait suite à celle réalisée en 2009 ▪ La nomination et formation de deux référents qualité ▪ Un référentiel commun aux 5 EHPAD de la Fondation et des échanges organisés entre référents qualité des différents établissements ▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm ▪ La constitution d'un groupe qualité avec les différents corps de métier de l'EHPAD ▪ Une démarche menée de façon participative avec la sollicitation des équipes sur les fiches descriptives ▪ Un bon niveau d'information des professionnels tout au long de la démarche ▪ Une association des résidents par questionnaire ▪ La création d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité opérationnel ▪ Une communication aux professionnels des résultats de l'évaluation interne | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des familles qui n'ont pas été directement associés à la démarche ▪ Des partenaires qui n'ont pas été associés ▪ Manque de communication des résultats de l'évaluation et du PACQ auprès des usagers et des familles (présentation au CVS...) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les familles et les partenaires à la démarche ▪ Prévoir des modalités de communication auprès des usagers et familles à l'issue de la démarche, et plus généralement sur la démarche qualité (état d'avancement du PACQ..) |
| Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Environ 60% des actions déjà réalisées ▪ Une réalisation des actions par les pilotes identifiés | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de réunion du groupe qualité pour suivre l'avancement de la démarche et faire vivre la démarche qualité au sein de | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactiver le groupe qualité pour assurer le suivi de la démarche et la mise à jour du PACQ en veillant à la représentation des différentes |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plan d'action ne définit pas d'indicateurs de réalisation et des modalités d'évaluation | <p>composantes métiers de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> Définir des indicateurs de réalisation et les modalités d'évaluation des actions Renouveler la formation des référents qualité pour les nouveaux référents Poursuivre le travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (PE, Evaluation externe,...). Un plan d'actions unique regroupant toutes les démarches d'amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du Groupe qualité Poursuivre la communication sur le plan d'actions et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions Conformément à la réglementation, mentionner dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du PPP |
| <p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> Des procédures et protocoles formalisés et accessibles Un cahier de recueil des plaintes et réclamations en place | <ul style="list-style-type: none"> L'absence de réunion régulière du groupe qualité L'absence de recueil régulier de la satisfaction des usagers (résidents et familles) Un système peu utilisé de recueil et le traitement des plaintes et réclamations La faible structuration de la gestion documentaire | <ul style="list-style-type: none"> Réactiver le groupe qualité (cf ci-dessus) Soutenir la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> soutenir la fonction référent qualité (moyens d'action, prise en compte des propositions, accompagnement au poste, etc.) continuer à informer/sensibiliser/associer les professionnels pour la bonne appropriation de la démarche Définir les modalités de recueil et de traitement des plaintes et réclamations afin d'assurer une traçabilité et de permettre une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'action |

| | |
|--|---|
| | <p>correctives</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer davantage la gestion documentaire par la mise à disposition des documents qualité (RBPP, rapport d'évaluation interne/externe) en format papier ▪ Envisager la mise en place d'un intranet pour faciliter l'accès et la consultation aux documents |
|--|---|

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"> ▪ Une certaine connaissance des RBPP et des recommandations de la HAS par les professionnels rencontrés | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de mise à disposition des professionnels des RBPP ▪ Une connaissance hétérogène des RBPP par les professionnels | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser et mettre à disposition des professionnels les RBPP en format papier ▪ Poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes lors des réunions et des échanges sur les pratiques |
| La mobilisation des recommandations | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI) | | |

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 réactualisé en 2013, validé par la Fondation Père Favron Une démarche d'élaboration participative avec un groupe d'écriture composé des différents corps de métier de l'établissement Un comité de pilotage des cadres pour piloter et finaliser la démarche Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm Des axes d'amélioration intégrés dans le PACQ La définition d'axes d'amélioration à court et moyen terme Un document globalement connu des professionnels rencontrés | <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'association directe des usagers, familles et partenaires à l'élaboration du projet (hormis une présentation et avis du CVS) L'absence de réunions régulières du groupe qualité chargé du suivi du PACQ, et des objectifs du PE intégré dans ce dernier L'absence de regroupement des axes d'amélioration au sein d'un plan d'action, qui nuit à la lisibilité et à la dimension programmatique du document L'absence de synthèse du projet d'établissement | <ul style="list-style-type: none"> Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> Engager une démarche participative avec l'association résidents, familles et partenaires de l'établissement Elaborer un projet d'établissement plus synthétique (30 pages) Regrouper les axes d'amélioration en fin de rapport et les décliner en plan d'action. Assurer un suivi du PE à travers des réunions régulières du groupe qualité et poursuivre la synergie des démarches (PE, évaluation interne) au sein du PACQ Rédiger une synthèse, outil de communication interne (professionnels, conseil d'administration de la Fondation) et externe (partenaires) Actualiser le projet d'établissement (ouverture du PASA, modalités de réunions et de transmissions..) Mener à bien le projet de groupe de lecture des différents documents institutionnels pour favoriser leur appropriation par les professionnels (prévu en 2015) |
| Cohérence et pertinence du projet et des moyens | <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 EHPAD | <ul style="list-style-type: none"> Un manque d'adaptation des locaux de l'unité protégée et de l'UHR (absence de code couleur, dispositifs facilitant le repérage...) L'absence de pièce d'isolement aménagée | <ul style="list-style-type: none"> Adapter davantage les locaux de l'unité protégée et de l'UHR aux spécificités des publics (absence de code couleur, repères) Envisager l'aménagement d'une pièce adaptée |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>et les orientations de politique publique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'organisation de l'établissement en quatre unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne ▪ Des partenariats engagés avec l'extérieur ▪ Des locaux récents et adaptés ▪ Des évolutions en cours ou projets vont venir étoffer le dispositif et améliorer la réponse aux besoins des publics : <ul style="list-style-type: none"> - La création d'un jardin thérapeutique ; - La rénovation de la cuisine centrale (sert actuellement de salle à manger) - L'ouverture du PASA. ▪ La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse-dépendance, troubles et démences) via l'adaptation progressive de la prise en charge ▪ La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels | <p>et apaisante : l'actuel patio faisant fonction est peu adapté</p> | <p>d'isolement/d'apaisement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener à bien la mise en place du PASA (ouverture prévue en décembre 2014) |
| <p>Qualité d'accompagnement</p> | <p><u>Cadre de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux agréables, spacieux, ouverts sur l'environnement, accessibles, sécurisés, garants du respect de la vie privée ▪ Un entretien des locaux et du linge adéquat ▪ Une restauration respectant les régimes individuels et respectant les normes HACCP ▪ Une recherche d'individualisation de l'accompagnement ▪ Un personnel sensibilisé dans son ensemble à la bientraitance et aux meilleures pratiques | <p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux du secteur protégé insuffisamment adaptés aux spécificités du public accueilli ▪ Des kiosques encore peu investis ▪ Une signalétique intérieure à améliorer ▪ Des lingères non formées aux normes RABC | <p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la signalétique intérieure ▪ Adapter davantage les locaux du secteur protégé au public accueilli (salle d'apaisement, couleurs au sol...) ▪ Améliorer l'aération de la salle des machines (buanderie) ▪ Mener à bien l'aménagement des kiosques, peu investi aujourd'hui ▪ Former le personnel de la lingerie aux normes RABC et afficher les protocoles |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>professionnelles en matière de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un atelier lingerie impliquant fortement les résidents et apprécié par ces derniers | | |
| | <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet de soin formalisé ▪ Une coordination des soins assurée par un médecin coordinateur et une cadre de santé ▪ Une prise en charge structurée et formalisée : projet de soin individualisé, plans de soins, diagramme, nombreux protocoles encadrant la pratique des soignants, traçabilité des soins (habitudes de vie, fiches de suivi des soins, des pesées, hydratation,..) ▪ Un accès aux soins libéraux organisé et effectif (généralistes et spécialistes) ▪ Une organisation des soins et des pratiques permettant le respect des habitudes de vie, des rythmes et des choix de chaque résident : soins prenant en compte les horaires de lever, petit déjeuner et coucher, douches et toilettes en fonction des préférences et habitudes de chaque résident,.. ▪ Une prise en charge permettant axée sur le maintien voire le développement de l'autonomie ▪ La bonne prise en compte des thématiques de soins spécifiques aux EHPAD (douleur, désorientation, dénutrition, chutes, escarres, déshydratation, ...) ▪ Des partenariats en place (HAD, EPMSR...) ▪ Des équipes qualifiées et formées ▪ Un accompagnement psychologique adapté | <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De bonnes relations avec les médecins mais une collaboration avec les médecins libéraux pouvant être renforcée ▪ L'absence de commission gériatrique ▪ Une diffusion des bonnes pratiques gériatriques qui pourrait être renforcée ▪ Des thématiques de soin spécifiques à améliorer : notamment concernant la contention, les fins de vie | <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser l'articulation avec les médecins <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les médecins à l'utilisation systématique de l'outil PSI pour saisir les prescriptions et comptes rendus de consultation - Mettre en place une commission gériatrique - Envisager la formalisation d'un protocole d'intervention et d'articulation avec les médecins : prise de contact à l'arrivée, réalisation de la visite, échange en fin de visite/consultation ▪ Réinstaurer des réunions d'équipe avec la participation du médecin coordonnateur pour renforcer la dynamique de partage des bonnes pratiques gériatriques. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des discours, postures et pratiques professionnelles respectueux des résidents et bienveillants ▪ La bonne organisation des transmissions (écrites) | | |
| | <p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une offre d’animation variée axée sur les sorties à l’extérieur ▪ Des animations structurées et organisées (projets, évaluation,..) ▪ L’intervention de bénévoles sur différents ateliers (lingerie, rencontre individuelle) ▪ La disponibilité et l’implication des professionnels ▪ Des sorties très régulières à l’extérieur de l’établissement | <p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’absence de continuité des animations : la présence d’une animatrice uniquement les jours de semaine, des activités assurées par le personnel soignant le week-end ▪ L’absence de projet d’animation formalisé ▪ Des activités essentiellement collectives | <p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser un projet d’animation ▪ Assurer une continuité des animations avec l’implication du personnel de proximité ▪ Poursuivre le développement des activités et notamment l’ouverture à l’environnement (utilisation des kiosques, venue de bénévoles et partenaires socio-culturels...) |

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"> ▪ Des collaborations avec les acteurs de proximité du secteur sanitaire, social et médico-social qui répondent aux besoins et attentes des personnes accompagnées ▪ Les actions organisées à l'extérieur pour maintenir la vie sociale des résidents (sorties retour au village, etc.) ▪ La mobilisation d'intervenants extérieurs au sein de l'établissement (bénévoles, familles, etc.) ▪ L'accueil régulier de stagiaires sur les différentes fonctions ▪ Le nombre et la diversité des partenariats noués par l'établissement ▪ La formalisation d'un certain nombre de partenariats dans le champ médico-social notamment ▪ Des collaborations réactualisées en fonction des besoins | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la dynamique d'ouverture de l'établissement ▪ Conforter le réseau de bénévoles et poursuivre les actions de formation à leur égard ▪ Envisager la participation de certains partenaires à des temps de réunion sur l'établissement ou organiser des réunions régulières avec ces derniers |
| Visibilité et perception de l'établissement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une satisfaction globale des résidents et familles sur l'accompagnement ▪ Des usagers et des familles qui soulignent le professionnalisme des équipes et leur bienveillance | | |

5.5. Personnalisation de l'accompagnement

| Items | Forces | Faiblesses | Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <p>Processus d'admission et fin d'accompagnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une procédure de pré-admission et d'accueil formalisée par des procédures ▪ La pluridisciplinarité du processus d'admission (existence d'une commission d'admission) ▪ Un recueil du consentement systématique ▪ Une démarche d'admission structurée et progressive (visite de pré-admission, visite de l'établissement...) ▪ Des visites d'admissions assurées au domicile ou sur le lieu d'hospitalisation par la cadre de santé aidée de la secrétaire médicale ▪ La remise et l'explicitation systématiques des documents obligatoires ▪ La nomination de référents pour chaque nouveau résident ▪ Un protocole formalisé d'entrée et de sorties d'UHR avec des évaluations NPI régulières ▪ Une attention et une disponibilité des équipes renforcées lors de l'accompagnement à la fin de vie (information des familles notamment) ▪ Des partenariats avec des spécialistes de l'accompagnement à la fin de vie ▪ Des équipes formées à l'accompagnement des personnes en fin de vie ▪ Des prescriptions anticipées en place et un recueil des souhaits post-mortem effectif | <p style="text-align: center;">—</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser la procédure sur l'accompagnement de fin de vie ▪ Renouveler les formations d'accompagnement à la fin de vie des équipes ▪ Envisager de proposer un soutien psychologique aux équipes suite aux décès (projet en cours du nouveau psychologue) ▪ Activer autant que possible les partenariats pour accompagner au mieux les résidents en fin de vie et soutenir les équipes |

Les conditions d'élaboration des projets personnalisés

- Une bonne dynamique d'élaboration des projets personnalisés
 - Une grande majorité des PP élaborés (82,5%)
 - Une véritable démarche de co-construction avec le résident et sa famille
 - Une place des familles et des usagers dans l'élaboration puis la mise en œuvre du PAP clairement définie et communiquée
 - Un PAP partagé par les équipes (réunion pluridisciplinaire d'élaboration, PSI...)
 - La nomination de référents pour individualiser et adapter l'accompagnement de l'utilisateur
 - Un contenu des PAP pertinent (des objectifs diversifiés avec des moyens et des modalités d'action variés)
 - un recueil des habitudes de vie élaboré et réajusté en permanence au plus près des besoins, habitudes et préférences de chaque résident
 - Des projets signés par les résidents et/ou leurs représentants légaux
- Tous les résidents ne disposent pas encore d'un PP et ils ne sont pas tous réactualisés
 - Un manque de suivi de la mise en œuvre des actions des PP
 - L'absence d'indicateurs de résultat et de modalités d'évaluation du contenu des PAP
- Elaborer l'ensemble des PAP et garantir leur réactualisation annuelle (atteindre l'objectif 100%)
 - Renforcer le suivi de la mise en œuvre des actions définies dans les PP
 - Intégrer dans le contenu des PAP des indicateurs de résultat et des modalités d'évaluation à utiliser notamment lors de leur réactualisation

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 effectif qui se réunit régulièrement (tous les 3 mois soit 4 fois par an) Une vraie dynamique de fonctionnement du CVS : information de toutes les démarches structurantes de l'établissement, des travaux, etc L'invitation de partenaires aux CVS (administrateur de la Fondation, représentant de la municipalité) Une présidente du CVS élue parmi les résidents et par les résidents Un CVS identifié par la majorité des résidents (même hors CVS) | <ul style="list-style-type: none"> Un ordre du jour rédigé par la direction La liaison entre les représentants du CVS et les autres résidents n'est pas formalisée en amont pour le recueil des questions et suggestions, de même qu'en aval des réunions, en ce qui concerne la restitution des sujets abordés aux non membres | <ul style="list-style-type: none"> Organiser un aller/retour formalisé avec la présidente du CVS pour l'élaboration de l'ordre du jour Formaliser la liaison des représentants élus avec les usagers non membres en amont et en aval |
| La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement | <ul style="list-style-type: none"> L'analyse et le traitement systématique des questions abordées dans le cadre des instances d'expression (comptes rendus) La nomination de référents chargés de recueillir les souhaits des usagers La réalisation d'une enquête de satisfaction dans le cadre de la démarche d'évaluation interne | <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'enquête de satisfaction régulière permettant de recueillir l'avis des résidents et familles sur les différentes dimensions de l'accompagnement | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une enquête de satisfaction régulière : analyser les résultats, et élaborer un plan d'actions, communiqué au CVS, aux professionnels et aux résidents |

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 |
|---|--|---|--|
| <p>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble des outils sont en place, remis et expliqués aux usagers et à leurs familles ▪ Une attention particulière portée sur la personnalisation des accompagnements ▪ Le respect des attentes des résidents et de leur libre choix ▪ Un droit à l'information pleinement garanti (information sur les droits, affichage,...) ▪ La personnalisation de l'accompagnement : élaboration et la mise en œuvre d'un PAP, organisation des soins prenant en compte les habitudes de vie et préférences de chacun, ▪ Les principes de libre choix et d'autonomie respectés ▪ Un droit à l'intimité et à la dignité reconnu et des professionnels sensibilisés et vigilants ▪ Le consentement et l'adhésion du résident et de sa famille recherchés par les professionnels aux différents moments de l'accompagnement ▪ Un travail de lien et l'association des familles à l'accompagnement et à la vie de l'établissement : CVS, participation aux activités, etc.) ▪ Le respect de la confidentialité : un dossier médical informatisé et sécurisé, respectant la confidentialité dans les accès | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'affichage du numéro d'appel national de lutte contre la maltraitance (3977) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapter la forme du règlement de fonctionnement de le rendre plus accessible à la compréhension des usagers ▪ Veiller à l'affichage du numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance (3977) dans les locaux de l'établissement ▪ Etendre le droit d'accès de l'utilisateur à son dossier à l'ensemble des informations conservées le concernant (pas seulement le dossier médical) ▪ Mener à bien la démarche régionale inter-association de sélection d'un logiciel de gestion pour garantir le respect du principe d'unicité du dossier |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Sécurité des lieux et de personnes</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un avis favorable de la dernière commission de sécurité (2013) ▪ Des documents obligatoires à jour et disponibles ▪ Des formations à la sécurité incendie mises en place deux fois par an et des exercices d'évacuation annuels ▪ Un local DASRI et un protocole en place ▪ Un Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI) formalisé ▪ Un Plan Bleu englobant tout type de risque formalisé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des opérations de prévention, de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,...) non encore effectives à date d'évaluation ▪ Un réfectoire (ex cuisine centrale) partiellement condamnée et ne garantissant pas un cadre sécurisant pour les résidents (qui y prennent leur repas) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer régulièrement les opérations de prévention et de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,...) et alimenter le carnet sanitaire mis en place récemment par l'établissement (démarche de la Fondation en cours) ▪ Rénover le réfectoire pour garantir un cadre pleinement sécurisant aux résidents |
| <p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le département Pôle et Travaux de la Fondation ▪ Des normes HACCP effectives à la cuisine centrale et sur l'établissement ▪ Existence d'une PUI et d'un circuit du médicament sécurisé (existence d'une procédure formalisée) ▪ Une astreinte des cadres (Directrice et Cadre de santé) assurée en permanence ▪ L'existence de temps de transmissions écrits ▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace consignes et procédures formalisées, professionnels formés ▪ Plusieurs outils de traçabilité des incidents | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une sécurisation du circuit du médicament encore perfectible : problème de la signature de la distribution des médicaments par les AS/AMP | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouver une organisation permettant d'assurer la sécurisation totale du circuit du médicament |
| <p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif de prévention des risques professionnels mis en place : CHSCT, DUERP, disponibilité et communication de la direction ▪ Des mesures de prévention des risques psychosociaux mises en place notamment | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'actualisation du DUERP en 2014 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un DUERP a actualisé annuellement ▪ Finaliser au niveau de la Fondation l'organisation des entretiens professionnels et des entretiens d'évaluation |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>concernant l'équipement du personnel de nuit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : mobilité interne possible, dispositif de formation, évaluation de la pénibilité et ajustements de postes ▪ L'effectivité des entretiens professionnels | | |
| <p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'établissement : sensibilisations et formations Humanitude à destination des professionnels de l'établissement ▪ Une sensibilisation des professionnels par l'association ALMA ▪ Une observation des pratiques par les cadres ▪ Une procédure de signalement formalisée et des professionnels informés de son existence | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance n'est pas affiché | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une démarche institutionnelle de promotion de la bientraitance (ex : identification de référent, déploiement d'outils et de sensibilisation...) ▪ Mener une démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Afficher le 3977 ▪ Informer et communiquer davantage sur le sujet auprès des résidents et familles (axe identifié au sein du projet d'établissement) |

5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

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

Le bilan de l'évaluation est positif : L'EHPAD Lataniers propose un accompagnement de qualité aux personnes âgées qu'il accueille, avec un dispositif varié: accueil classique, UHR, Unité Alzheimer et prochainement PASA, démontrant l'adaptation de la prise en charge aux besoins des personnes accueillies. La mission d'évaluation relève **une démarche de personnalisation de la prise en charge bien engagée**, reposant sur une méthodologie robuste, pluridisciplinaire et en correspondance avec la recommandation de l'ANESM.

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

Les principaux enjeux d'amélioration repérés pour l'EHPAD consistent notamment à achever l'ensemble des projets personnalisés (un pour chaque résident), à structurer et fixer une dynamique de réunion pour assurer la coordination des professionnels autour de l'accompagnement, et consolider la dynamique d'ouverture déjà engagée (partenariats, développement du réseau de bénévoles, inscription dans la vie de la cité).

La mission d'évaluation a pu relever **des conditions d'hébergement de bonne qualité** dans un établissement avec des locaux reconstruits récemment. Toutefois, un enjeu d'amélioration concerne l'adaptation des locaux du secteur protégé au public accueilli.

L'établissement est ouvert à et sur l'extérieur. La mission d'évaluation a pu constater la présence des familles, l'accueil régulier de stagiaires et l'accent mis sur les sorties à l'extérieur. **La mission d'évaluation invite l'établissement à développer les activités en son sein, avec la venue de bénévoles, partenaires socio-culturels au sein de l'établissement**.

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

5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

| Méthodologie de l'évaluation externe | |
|--|---|
| Items | |
| 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 des résidents, temps de transmission, temps d'activités/goûter |
| 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) ▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (3) ▪ 4 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires |
| Déroulé de l'évaluation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : X mois ▪ 10 septembre 2014 : validation du projet évaluatif ▪ novembre 2014 : évaluation sur site ▪ 12 janvier 2015 : remise du pré-rapport ▪ 26 janvier date 2015 : remise du rapport définitif |
| Nombre de jours-hommes sur site | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 jours |
| Date de début et de fin de mission | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 septembre 2014 (envoi du projet évaluatif) –26 janvier 2015 (envoi du rapport final) |

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

Sur le déroulement de l'évaluation externe

L'évaluation s'est déroulée sur 2 jours et avec deux personnes. Le déroulement était connu et formalisé. Les interviews se sont déroulées en fonction des disponibilités des partenaires avec la possibilité d'adaptation des horaires si nécessaire par les intervenants. Il n'y a pas eu de difficulté particulière, l'évaluation s'est déroulée sereinement dans l'optique pour la direction et le personnel d'avoir un regard extérieur sur l'organisation et le service rendu dans un souci d'amélioration.

Sur les conclusions de l'évaluation externe

- Les demandes de mise en place de réunions (hors réunion de synthèse et réunion du groupe qualité) ne tiennent pas compte de la réalité de l'organisation et des effectifs des EHPAD. Cela vient au détriment de la présence auprès des résidents.
- Le choix d'une seule animatrice en semaine permet de laisser la place aux autres professionnels dans les activités, ainsi qu'aux familles très présentes durant les week-end.

Annexes

6. 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 Chaussée d'Antin</small> <small>75009 PARIS</small> |

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

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

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

FONDATION PERE FAVRON
DIRECTION GENERALE
80, Bd Hubert 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

7. Composition des équipes



Laurie FRADIN | Consultante

Présentation

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

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

Carrière

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

Formation

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

Clients

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

Laurie FRADIN | Consultante

Références

Accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux :

- Evaluations externes d'établissements dans le champ du handicap :
 - ADAPEI 22 : IME-SESSAD Loudéac – 2013
 - ADAPEI 22 : M.A.S Roc Bihan Saint-Brieuc – 2013
 - ADAPEI 22 : M.A.S des Sorbiers Saint-Brieuc – 2013
 - AGAPEI : Foyer d'Hébergement Unité de Gestion Flourens -2013
 - AGAPEI : ESAT et Section temps libéré Unité de gestion Flourens -2013
 - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
 - AGAPEI : Foyer de Vie – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
 - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion de Cagnac - 2014
 - Fondation Léopold Bellan – IME de Châteaudun – 2014
 - Fondation Léopold Bellan – Centre de Phonétique Appliquée : CMPP- SEES-SEHA- SAFEP-SSEFIS – 2014

- Appui à la réalisation de l'évaluation interne – ADAPT Haute-Normandie – 2013

- Evaluation externe d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :
 - Fédération Caisse d'Epargne – EHPAD de Pléchâtel – 2013
 - Association Espérance : EHPAD de Pessac Fontaudin – 2013
 - Association Monsieur Vincent : EHPA Sainte Claire et EHPA Saint Joseph (59) - 2014
- Préparation et sensibilisation à l'évaluation externe – EHPAD Les Vertes Années – 2012

- Missions dans le champ de la protection de l'enfance :
 - Dossier de réponse à un appel à projet de la PJJ pour le secteur associatif habilité – ADSEA 77 – 2012
 - Etude sur les internats éducatifs – Conseil Général Loire Atlantique – 2014

- Formations au tableau de bord partagé des ESMS- Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) - 2014

Laurie FRADIN | Consultante

Références

Autres : évaluation de politiques publiques / accompagnement et gestion de projet

- Accompagnement de la démarche de rapprochement de l'UNAPEI et la FEGAPEI - 2014
- Evaluation du déploiement du dispositif Nutrition – Précarité – INPES – 2012 – 2013
- Evaluation du déploiement de la démarche qualité en promotion de la santé – INPES – 2012 – 2013
- Evaluation du Programme Vieillir en bonne santé - INPES- 2013 - 2014
- Outillage de la Charte nationale de la qualité – ANSP – 2012
- Mission d'assistance à une démarche d'observation sociale et d'évaluation des politiques sociales – CCAS de la ville d'Angers – 2012 – 2014
- Analyses des besoins sociaux : CCAS de Guyancourt -2012 ; CCAS de Chelles -2012 ; Communauté de communes du Pays Bigouden Sud – 2012

Camille LE TEUFF | Consultante

Présentation

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

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

Carrière

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

Formation

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

Clients

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

Camille LE TEUFF | Consultante

Références

Accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux :

- Evaluations externes d'établissements dans le champ du handicap :
 - ADAPEI 56 : Foyer de Vie « Les Corvisettes », Plumelec – mai 2014
 - ADAPEI 56: Foyer d'hébergement , Plumelec – mai 2014
 - ADAPEI 56: IME « Les Bruyères », Plumelec – juin 2014
 - ADAPEI 56: FAM « Les Lavandières », Hennebont – juin 2014
 - ADAPEI 56: ESAT Armor Argoat, Caudan – juin 2014

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

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

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

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

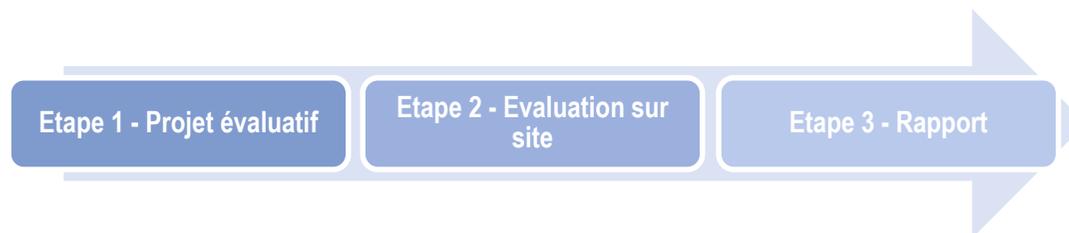
➤ **Missions dans le champ de la protection de l'enfance :**

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

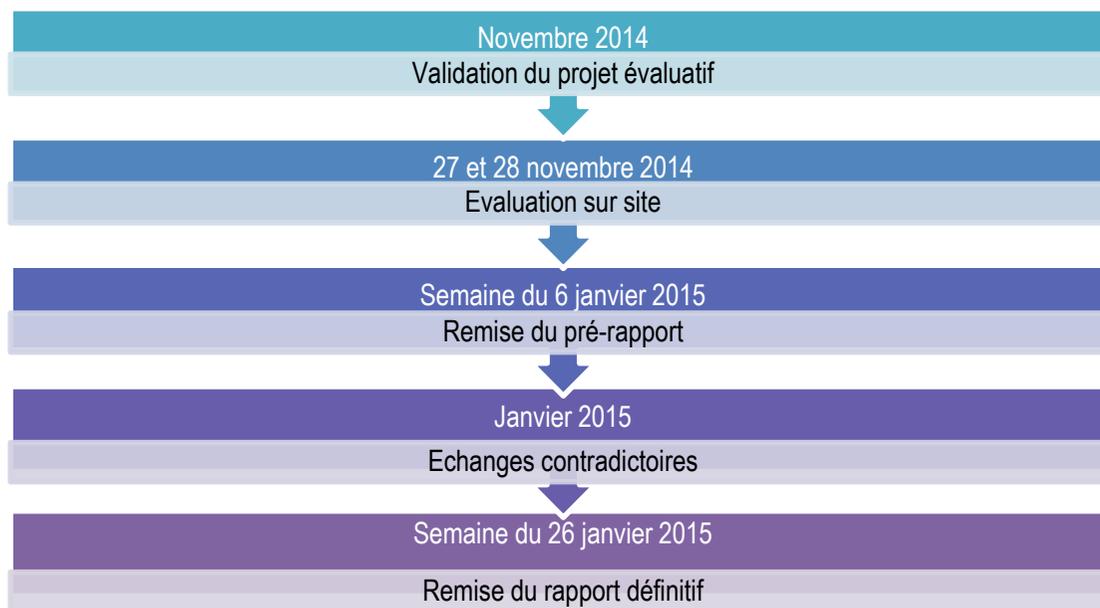
➤ **Participation mission Communauté de Communes du Pays d'Ancenis : Projet Gériatrique de Territoire – 2014**

8. Calendrier de réalisation

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



La démarche se déroulera sur les mois de décembre au mois de février 2015. L'évaluation sur site est prévue le 27 et 28 novembre 2014. Elle se conclura par la remise d'un rapport final à la fin du mois de janvier 2015. Vous trouverez ci-après un calendrier d'intervention :



9. 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
Membre du Réseau des Évaluations
Paris PARIS



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