

# ASSOCIATION PERE FAVRON

## Evaluation externe du FAM Les 3 Cascades Pôle Médico-Social Philippe de Camaret

### Rapport

Type d'établissement	FAM
Coordonnées	26 rue des Aubépines 97470 SAINT BENOIT
Numéro FINESS	Saint Benoit : 97 046 318 8 / Cambuston : 97 946 584 5

Décembre 2014

## Sommaire

<b>1. Eléments de cadrage.....</b>	<b>3</b>
1.1. L'organisme gestionnaire .....	3
1.2. Description de l'établissement .....	3
1.3. Missions .....	3
1.4. L'environnement : situation géographique.....	4
1.5. La population accompagnée.....	4
1.6. L'activité.....	4
<b>2. La procédure d'évaluation externe.....</b>	<b>5</b>
2.1. Démarche.....	5
2.2. Sources.....	6
2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée .....	7
<b>3. Résultats de l'analyse détaillée.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. La stratégie du service .....</b>	<b>8</b>
3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service.....	8
3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie.....	10
<b>3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue.....</b>	<b>13</b>
3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne .....	13
3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration .....	14
3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration .....	14
3.2.4. Les autres volets de la dynamique génération d'amélioration continue de la qualité.....	15
<b>3.3. Le parcours de l'utilisateur .....</b>	<b>16</b>
3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil .....	16
3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.....	17
3.3.3. La fin d'accompagnement.....	19
<b>3.4. La qualité de l'accompagnement proposé .....</b>	<b>20</b>
3.4.1. Qualité du cadre de vie.....	20
3.4.2. L'accompagnement proposé .....	22
3.4.3. La coordination de l'accompagnement .....	30
<b>3.5. L'effectivité des droits des usagers .....</b>	<b>31</b>
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux .....	31
3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits.....	32
<b>3.6. La prévention et la gestion des risques.....</b>	<b>34</b>
3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes .....	34
3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail .....	38
3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance .....	39
<b>3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.....</b>	<b>40</b>
3.7.1. L'inscription du service dans le territoire .....	40
3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement .....	41

<b>3.8.</b>	<b>Organisation, gestion des ressources humaines et management.....</b>	<b>42</b>
3.8.1.	La politique de gestion des ressources humaines .....	42
3.8.2.	Organisation et management .....	45
<b>4.</b>	<b>Synthèse de l'évaluation externe .....</b>	<b>47</b>
4.1.1.	La démarche d'évaluation interne .....	47
<b>4.2.</b>	<b>Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3.</b>	<b>Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers.....</b>	<b>47</b>
<b>4.4.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique .....</b>	<b>49</b>
<b>4.5.</b>	<b>Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers 50</b>	
<b>4.6.</b>	<b>La garantie des droits et la politique de prévention des risques .....</b>	<b>50</b>
<b>5.</b>	<b>Abrégé du rapport d'évaluation externe .....</b>	<b>53</b>
5.1.	La démarche d'évaluation interne .....	53
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm.....	54
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 .....	55
5.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....	59
5.5.	Personnalisation de l'accompagnement .....	60
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	62
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques .....	63
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	67
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe .....	68
5.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe .....	69
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>70</b>
6.1.	Contrat .....	70
6.2.	Composition des équipes.....	74
6.3.	Calendrier de réalisation .....	76
6.4.	Attestation sur l'honneur .....	77

## 1. Eléments de cadrage

### 1.1. L'organisme gestionnaire

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 1455 personnes et emploie 1200 professionnels.

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

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

**La Fondation Favron défend et promeut les valeurs suivantes :**

« **L'Humanisme** », philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
- la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
- la Charte de l'Economie Sociale.

**La solidarité**, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.

**La qualité de l'accompagnement**, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.

**La proximité**, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.

**La promotion et la formation** des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'utilisateur. »

### 1.2. Description de l'établissement

Le FAM est agréé pour accueillir soixante-dix personnes handicapées. Actuellement, le FAM dénombre **60 résidents** répartis sur les deux sites mais devrait accueillir prochainement 10 résidents supplémentaires dont deux places dans le cadre d'un accueil de jour et d'un accueil temporaire.

### 1.3. Missions

Le FAM « Les trois cascades », dans le cadre du projet de la fondation, a pour mission principale de favoriser l'accompagnement des personnes accueillies dans tous les actes de la vie quotidienne, d'assurer le suivi médical et de maintenir, voire de développer leur autonomie tout au long de la vie. Ses objectifs sont les suivants :

- Proposer un **hébergement** pour des personnes lourdement handicapées,
- **Accompagner** les personnes handicapées dans les actes de la vie quotidienne,
- Assurer les **soins nécessaires** au vu de leur état (physique et psychologique),

- proposer **des activités adaptées aux besoins des résidents**, avec le souci de maintenir et d'améliorer leur potentiel pour plus d'autonomie
- **Favoriser les liens extérieurs** (famille, loisirs, médecins, examens médicaux, activité sportive, expression, activité manuelle...)

## 1.4. L'environnement : situation géographique

Le FAM des « trois cascades » se situe sur deux sites distincts : **Cambuston à St André et Beaufond à St Benoît**, dans des locaux loués par la structure depuis plus d'une quinzaine d'années.



## 1.5. La population accompagnée

**On dénombre actuellement 16 femmes et 14 hommes à Cambuston et 14 femmes et 16 hommes à Beaufond.** La moyenne d'âge est de 52 ans en 2013.

Le FAM « Les trois cascades » accueille des personnes atteintes de psychose chronique, de psychose délirante ou hallucinatoire chronique, de psychose déficitaire infantile, de syndrome schizophrénique.

La majeure partie des personnes accueillies sont issues du milieu institutionnel et viennent du milieu psychiatrique (30%) 40 % de famille ou famille d'accueil, 17 % du Foyer Albert Barbot et 13 % d'autres institutions.

## 1.6. L'activité

**En 2013, le FAM « Les trois cascades » avait ciblé un taux d'occupation à hauteur de 97,40% et avait réalisé un taux d'occupation de 96,70%.** Cela s'explique par le retour de certains résidents dans leur famille pendant les week-ends ou vacances, par les jours d'hospitalisation et les séjours en accueil temporaire. L'établissement ne présente donc aucun problème d'attractivité.

## 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 :

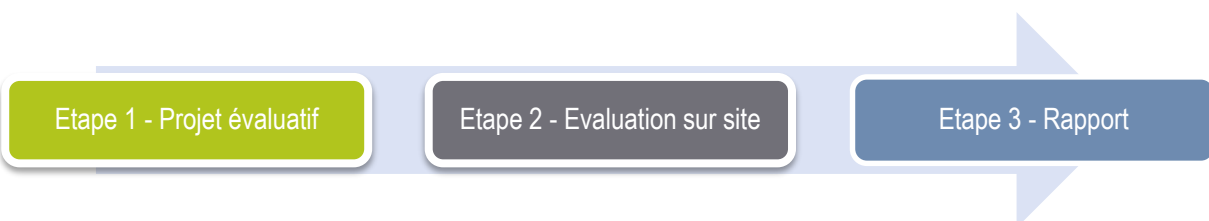
- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

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 septembre au mois de décembre 2014.



#### 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 Les Directrice et Directrice adjointe de pôle
  - o L'équipe administrative du pôle ;
  - o L'assistante sociale du pôle ;
  - o Le cadre de proximité du site de Beaufond ;
  - o Le cadre de proximité du site de Cambuston ;
  - o Le Comité Qualité ;
  - o L'animateur sportif et éducateur réalisant l'activité musicale ;
  - o Les infirmiers des 2 sites ;
  - o Un groupe d'Educateurs spécialisés et moniteurs éducateurs sur les 2 sites ;
  - o Un groupe d'AS et d'AMP des 2 sites ;
  - o Le médecin psychiatre ;
  - o 2 AMP de nuit (par téléphone) ;
  - o Un psychomotricien et un ergothérapeute ;
  - o La psychologue.
- Une consultation des usagers : un entretien de groupe a été mené auprès de 2 usagers, Président et Vice-Président du CVS ;
- Une consultation des familles : 5 familles ont été rencontrées sur site ;
- Des temps d'observation des pratiques : observation de temps d'activités, de transmissions et de temps de repas ;
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité etc...;
- Des entretiens avec des partenaires : Studio Henri Madore, Dr. Marimoutou, prestataire TOUTNET.

**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 23 octobre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 5 décembre 2014.

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 :

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

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

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

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



### 3. Résultats de l'analyse détaillée

#### 3.1. La stratégie du service

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

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

Un premier **Projet d'Etablissement du FAM Les 3 Cascades a été réalisé en 2009**, dans un contexte de reprise de l'agrément des deux sites du Foyer par la Fondation Père Favron en 2006, suite à une demande des autorités de tarification et contrôle.

**L'élaboration de ce Projet d'Etablissement a été l'occasion pour la Fondation et la Direction du Pôle Philippe de Camaret, d'insuffler une nouvelle dynamique institutionnelle au sein du foyer**, en remettant à plat les pratiques professionnelles et en ré interrogeant le sens de l'accompagnement quotidien des résidents.

**L'écriture du nouveau projet s'est déroulée de façon participative, entre octobre 2006 et avril 2008, sous le format d'une formation-action**, accompagnée par deux psychosociologues et d'un psychanalyste, membres d'un organisme extérieur de formation (ANDESI).

**La démarche s'est déroulée en plusieurs étapes :**

- Des réunions d'information sur la démarche ont été organisées avec l'ensemble des acteurs des deux sites du Foyer dès octobre 2006 ;
- Un comité de pilotage composé d'un membre de chaque catégorie socioprofessionnelle (13 professionnels) a été mis en place en 2007 pour coordonner et valider les travaux ;
- Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été organisés avec l'ensemble des professionnels sur les deux sites ;
- Des groupes de parole pour les usagers et les familles ont également été organisés afin de recueillir leur avis et questionnements ;
- Plusieurs réunions ont été organisées pour l'ensemble des acteurs du FAM (professionnels, usagers, familles, partenaires) pour présenter le document finalisé et recueillir leurs remarques.

Le Projet a été validé par la Fondation et envoyé aux autorités de tutelle.

**Depuis 2011, en vue de préparer le déménagement des deux sites du foyer, un travail sur l'accompagnement au changement a été organisé par la Direction du Pôle, accompagnée par un organisme extérieur sur deux années. Ce travail a abouti à l'élaboration du futur Projet d'Etablissement du nouveau FAM.**

**La démarche de réécriture du projet a également été menée de manière participative et pluridisciplinaire**, en y associant l'ensemble des parties prenantes (professionnels, résidents, familles, partenaires). Ce document est, à date d'évaluation, en cours de finalisation.

###### ■ 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 de 2009 aborde la grande majorité des thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2<sup>1</sup> et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm<sup>2</sup> :**

- L'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire ;
- Les missions, notamment au regard du cadre juridique ;
- Le public accueilli et son entourage ;
- La nature de l'offre de service et son organisation ;

<sup>1</sup> 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. (...) »

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

- Les principes d'intervention (politique d'admission, accompagnement personnalisé...);
- Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, interdisciplinarité...);
- Les principes d'intervention ;
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement ;

**Toutefois, quelques axes d'amélioration sont repérés en vue de la finalisation du futur projet :**

- Le projet d'établissement n'aborde pas son intégration dans les politiques publiques régionales et départementales (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012) ;
- Si le document de 2009 aborde les principes d'intervention de l'accompagnement, il ne détaille pas spécifiquement la gestion des paradoxes ;
- Le projet social et l'organisation du soutien des professionnels ne sont pas explicités dans le projet de 2009 ;
- De plus, si le projet présente bien ses objectifs d'évolution, il ne les décline pas dans un plan d'actions opérationnel prévoyant les pilotes, échéances et indicateurs de mesure.

**Le projet aborde globalement l'ensemble des thématiques exigées par le décret du 20 mars 2009 concernant les MAS-FAM-SAMSAH<sup>33</sup> :** par exemple, les objectifs et moyens mis en œuvre pour assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement, les actions de soutien médico-social et éducatif, les modalités de coordination des professionnels, les missions du référent et la collaboration avec les partenaires.

■ **Forme et structuration du projet de service**

**Le projet de 2009 fait 57 pages** (hors annexes), ce qui est très légèrement au-delà de la recommandation de l'Anesm (30 pages).

**Le plan du projet est pertinent et permet une bonne progressivité dans la lecture**, les éléments se déclinant du plus général (valeurs et projet associatif) vers le plus spécifique.

**La mission d'évaluation relève plusieurs pistes d'amélioration en vue de la prochaine finalisation du nouveau Projet du foyer, afin de le transformer en véritable outil de management, comme l'entend la recommandation de l'ANESM :**

- Préciser la période de validité du projet et le numéro FINESSE en première page ;
- Poursuivre les efforts d'adaptation du document en vue de faciliter sa diffusion et sa compréhension ;
- Réaliser une synthèse du projet en vue de le diffuser plus aisément ;
- Décliner les objectifs d'amélioration dans un plan d'actions opérationnel étayé de Fiches actions afin d'en faciliter le pilotage.

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

**Le projet finalisé a été présenté aux équipes.** Il est disponible en salle du personnel et sur le site de la Fondation pour consultation. Le document a également été présenté en Comité de Pilotage, aux professionnels et aux représentants du CVS du Foyer dans le cadre de plusieurs réunions organisées en 2009. Le Projet est présenté au nouveau salarié dès son embauche.

**Les différents entretiens ont démontré qu'il était bien connu des professionnels.**

**Si un dispositif de suivi et de pilotage avait été prévu lors de la rédaction du Projet en 2008, il n'a pas été effectif depuis. Dans le cadre de la réactualisation de son projet, l'établissement envisage de mettre en œuvre cette instance de suivi**, qui pourrait être pilotée par le Comité de veille Qualité du Pôle Philippe de Camaret.

**Des objectifs d'amélioration ont été formalisés dans le Projet de 2008, ils n'ont toutefois pas été détaillés dans un plan d'actions opérationnel.** La création d'un plan d'actions unique, regroupant l'ensemble des axes d'amélioration des démarches initiées par l'établissement (CPOM, PE, Evaluations interne et externe, recueil des

---

<sup>33</sup> Cf. CASF, art. D.344-5-1

plaintes, DARI, ...), permettraient de faciliter le pilotage de la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement.

### 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 du FAM Les 3 Cascades est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. Le Conseil d'Administration de la Fondation a validé ce projet en avril 2010.

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

**Le projet d'établissement est en cohérence avec les missions des FAM<sup>4</sup>**, qu'il décline en modalités concrètes d'accompagnement, notamment en matière d'accueil par petits groupes au sein d'unités de vie, d'actions socio-éducatives favorisant l'expression et le développement des potentialités par une stimulation adaptée, ou d'accompagnement médical.

**La composition de l'équipe répond en grande partie aux exigences réglementaires relatives aux FAM-MAS-SAMSAH<sup>5</sup>** : il s'agit bien d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, socio-éducatif, de rééducation et de réadaptation.

**Le projet du FAM Les Trois Cascades rappelle les textes de référence qui régissent le cadre d'intervention.** Mais, il n'est pas explicitement fait référence au projet régional de santé et au schéma d'organisation médicosociale, publiés en 2012. Les orientations et les modalités d'accompagnement s'inscrivent pour autant en cohérence avec celles de l'ARS Océan Indien concernant les personnes handicapées, parmi lesquelles :

#### **Priorité 7 du PRS : Le Respect du projet de vie**

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

#### **Priorité 8 du PRS : La fluidité des parcours**

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

<sup>4</sup> Cf. Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (MAS, FAM, SAMSAH).

<sup>5</sup> Cf. CASF, art. D. 344-5-13.

**Un premier CPOM a été signé en 2009 avec les autorités de tarification. Le deuxième contrat sera signé pour la période 2014-2019.**

Les enjeux particulièrement prégnants à date d'évaluation portent sur la meilleure connaissance des pathologies des résidents ainsi que l'évolution des besoins et de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. L'amélioration de la coordination l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de soins des résidents est également un objectif repéré par le FAM.

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

**A date d'évaluation, les deux sites du FAM apportent uniquement une réponse aux besoins en hébergement permanent.** Le nouveau projet du FAM, qui sera mis en œuvre dès le déménagement du site vers des nouveaux locaux prévu pour début 2015, prévoit un dispositif d'accueil temporaire qui n'a pas pour le moment été validé par les Autorités de Tarification. La révision de la demande initiale à hauteur de 2 places minimales pour un accueil séquentiel avec hébergement ou en accueil de jour, reste en cours de discussion avec les autorités.

**Le taux d'occupation de l'établissement atteint les 97 % avec une liste d'attente de 60 personnes.** Il ne peut répondre à l'ensemble des demandes. Le Foyer est repéré dans tout l'est de la Réunion pour son accueil des personnes avec troubles psychotiques. Il a également été le premier foyer à La Réunion à créer une unité destinée à l'accueil des personnes vieillissantes. Le FAM a obtenu l'autorisation d'une extension de sa capacité d'accueil permanent (de 60 à 70 places) dans le cadre de la construction des nouveaux locaux.

**Les deux sites du FAM sont situés dans des cadres très attractifs et agréables :** le site du foyer de Beaufond est situé à proximité de Saint-Benoît, au sein d'un espace de 5000 m<sup>2</sup> avec 4 villas et espaces verts ; le site de Cambuston est situé à Saint-André au cœur d'un espace de 3000 m<sup>2</sup> constitué également par 4 villas et des espaces verts. Sur les deux sites, trois villas assurent l'accueil de dix résidents au maximum, chacune. Cette situation permet de proposer un accompagnement à taille humaine pour les résidents au cœur de petites unités. Les deux sites du Foyer se situent dans des zones pavillonnaires. Si les sites sont aujourd'hui un peu excentrés des centres villes et que les infrastructures de transports en commun assez rares impliquent des déplacements motorisés quasi systématiques, des liens ont toutefois pu être noués avec le voisinage entourant les établissements.

**Les deux sites du foyer sont bien repérés localement** grâce à son implantation et aux nombreux partenariats existants avec la municipalité, le secteur médical et le secteur associatif local.

**Les adaptations mises en œuvre ou en cours au sein du Foyer témoignent d'une bonne prise en compte des besoins du public accueilli et de leur évolution :**

- **Un nouveau bâtiment en cours de construction pour accueillir l'ensemble des résidents du Foyer** dans des locaux pleinement aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur mais également afin d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents ;
- **Le cadre de vie agréable et familial au sein d'un petit collectif** (actuellement 6 villas accueillant chacune 10 résidents au maximum) permettent une véritable adaptation aux rythmes des résidents ;
- **La localisation adaptée** pour les personnes peu ou moyennement autonomes (possibilité de se balader, d'échanger avec le voisinage, ...) ;
- **L'établissement prend en compte l'évolution du public accueilli**, en s'adaptant aux niveaux d'autonomie des résidents : organisation du foyer en unités de vie différenciées en fonction du niveau d'autonomie de chacun (unité spécialement dédiée à l'accueil des personnes vieillissantes), accompagnement adapté aux besoins de chacun (respect du rythme des résidents plus âgées ou moins autonomes), formations des équipes initiées sur les troubles psychotiques. Le projet personnalisé est un véritable outil de l'accompagnement quotidien qui permet, notamment par la mise en place d'emplois du temps individualisés, d'ajuster l'accompagnement aux besoins de chacun ;
- **La diversité des activités proposées adaptées à chacun** (individuelles, collectives, à l'intérieur, à l'extérieur, sportives, culturelles, artisanales, artistiques) qui répond aux souhaits et aux possibilités des usagers. Les résidents ont également la possibilité de ne pas faire d'activités et de se reposer ou du passer du temps dans leur chambre ou dans le jardin.

- **Une reconnaissance locale développée et une image positive** sur le territoire ;
- **Des partenariats engagés** avec l'extérieur.

**Au plan des moyens humains, le ratio ETP/place est actuellement de 1,10. L'établissement apparaît correctement doté, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences et sur le niveau de qualification**, en bonne correspondance avec le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

**Les profils des professionnels sont variés** : Médecin Généraliste, Médecin psychiatre, psychologue, équipe d'infirmiers, équipes de proximité avec AS, AMP AVS, Educateurs Spécialisés, Moniteurs Educateurs, Educateur sportif et musical, équipe des rééducateurs avec un psychomotricien et un ergothérapeute, kinésithérapeute et orthophoniste en libéral, assistante sociale, équipes d'entretien, équipes logistiques et équipe de Direction. Le poste de médecin psychiatre n'est toutefois pas entièrement pourvu (0,18 ETP pourvus sur les 0,50 ETP accordés).

**Au plan des moyens matériels, le FAM apparaît également correctement équipée** : les locaux et équipement sont nombreux (salle d'activités, salles de rééducation, salles de sports, balnéothérapie et espace Snoezelen mutualisées avec la MAS du Pôle, ...) ; le foyer dispose également de 10 véhicules, dont 2 étant des véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite, qui permettent des sorties régulières.

**Si la mission d'évaluation souligne la grande qualité de l'accompagnement proposé par le FAM, des limites sont pointées :**

- Si les deux sites du foyer proposent des cadres de vie particulièrement agréables et adaptés aux résidents (organisation en petites unités, grands espaces extérieurs, jardins...), les locaux ne répondent plus aux normes de sécurité ni aux normes d'accessibilité (avis défavorable des Commissions de sécurité en 2012). De plus, la taille réduite des chambres doubles et les salles de bains communes ne favorisent pas le confort ni le respect de l'intimité de chaque résident. Le projet de déménagement des deux sites du FAM vers les nouveaux locaux doit être mené à terme afin d'offrir un cadre de vie conforme aux normes actuelles de sécurité et de confort ;
- Les temps de médecin généraliste, de médecin psychiatre, de psychologue, de rééducateurs et de veilleurs de nuit ne sont pas suffisants pour répondre à l'ensemble des besoins des résidents ;
- La formation de l'ensemble des équipes sur les différentes pathologies des résidents, sur leur vieillissement et l'accompagnement spécifique à mettre en place doit être poursuivie afin de mieux répondre aux besoins de chaque résident ;
- La politique de qualification des professionnels, engagée depuis plusieurs années par le FAM, doit être poursuivie afin de garantir la professionnalisation de l'accompagnement (plusieurs VAE ou dispositifs passerelles AS, AMP en cours) ;
- Au regard de l'historique des sites du foyer et du projet de déménagement des résidents et des équipes vers le nouveau foyer, il existe un fort enjeu de poursuivre les temps de préparation au déménagement des différents acteurs de la structure afin d'anticiper au mieux ce changement, mais également de rassembler les salariés des deux sites de l'établissement autour d'une culture commune de Pôle et autour des valeurs de la Fondation.

**Au total, la stratégie portée par l'établissement combine donc des éléments de pertinence et de cohérence.** Le processus d'adaptation en cours s'inscrit dans une dynamique de meilleure réponse aux besoins des publics accompagnés et d'amélioration du service rendu.

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

### 3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne<sup>6</sup>

**L'établissement a réalisé 2 évaluations internes.** La première a été menée en 2008 puis une seconde a été réalisée sur l'année 2013. L'établissement s'est fait accompagner par un organisme extérieur (EFFICIO) pour mener à bien la démarche, menée conjointement pour le FAM, la MAS et le SAMSAH du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret (PMS).

**La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire.** Le référentiel utilisé intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm.

Le processus mis en place a été celui de l'évaluation croisée. Il s'est déroulé de la façon suivante :

- 4 auditeurs qualité ont été formés à l'évaluation interne pour le FAM sur 2 jours en février 2013. Il s'agit de professionnels du SAMSAH et de la MAS. Ils ont par la suite bénéficié d'une autre formation à la démarche progrès en juin 2013 ;
- Un comité de pilotage a été créé afin de lancer et de cadrer la démarche. Il est composé de 16 professionnels issus des 3 établissements et services du Pôle (MAS/FAM/SAMSAH). La Directrice de pôle et le formateur extérieur ont également pu y participer ;
- L'autoévaluation a été menée selon un protocole spécifique, se déroulant en 6 temps :
  1. Recueil de données par la mise en place de groupes de recueil de données composés d'une quinzaine de professionnels de l'établissement. Ces groupes étaient dirigés par les auditeurs qualité. Ils se sont fondés sur des **éléments qualitatifs** (avis des professionnels) sur chacun des axes du référentiel ;
  2. Traitement des données ;
  3. Affectation des **phrases témoins** ;
  4. La collecte et l'affectation des données ;
  5. L'élaboration de synthèse ;
  6. Synthèse des points forts et des points faibles.

Le protocole a ainsi permis d'interroger tous les types de professionnels sur les différents champs de questionnement de l'évaluation interne. Certaines limites ont toutefois été constatées dans l'approche qualitative mise en œuvre, du fait notamment du manque de confidentialité des résultats de l'enquête, certains propos pouvant être facilement identifiés.

**Tout au long de la démarche, l'ensemble des professionnels ont été informés de son déroulement :**

- En janvier 2013, une note d'information présentant les obligations législatives des établissements et services médico-sociaux quant à l'évaluation interne de leurs activités a été diffusée ;
- En février 2013, le protocole d'autodiagnostic a été diffusé à l'ensemble des professionnels ;
- En mars 2013, une présentation de la démarche est organisée pour le site de Beaufonds d'une part (17 personnes présentes) et pour le site de Cambuston d'autre part (18 personnes présentes) ;
- En juin 2013, une restitution générale du diagnostic pour le Pôle Médico-Social (PMS) a été réalisée en présence de 52 personnes. L'objectif de cette restitution était de clarifier le rôle et le travail des auditeurs qualité dans l'évaluation interne ;
- En juin 2013 une restitution spécifique au FAM a été réalisée en présence de 22 personnes.

**Par ailleurs, les familles, usagers et partenaires ont été pleinement associés à l'évaluation interne :**

- Parallèlement aux groupes de recueil de données, le prestataire a de son côté interrogé le Conseil Général, l'Agence Régionale de Santé, le Directeur Général de la Fondation Père Favron, les familles, les partenaires et les représentants du Conseil de Vie Sociale (CVS). Leurs avis ont ainsi pu être intégrés dans les travaux de l'évaluation interne ;
- A l'issue finale de la démarche d'évaluation interne, en mars 2014, une restitution a été organisée auprès des représentants de la Fondation, les autorités de contrôle et de tarification et les résidents représentants au CVS. Cette réunion était commune au pôle et a rassemblé 25 personnes ;

<sup>6</sup> 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)

- Par ailleurs, la démarche a fait l'objet d'échanges réguliers en réunions de CVS.

**Un rapport final de diagnostic a été élaboré.** Pour chaque sous-thème du référentiel, les idées clés sont renseignées. Il ne met cependant pas clairement en évidence les points forts et les points d'amélioration de l'établissement. Il a été affiché dans l'établissement pour diffusion au personnel, familles et résidents.

Parallèlement à la démarche, un **diagnostic concernant le volet prévention des infections** dans le secteur médico-social a été mis en œuvre. Ce dernier concourt à l'élaboration du DARI.

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

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un second protocole, relatif au travail de réalisation de propositions d'amélioration a été mis en œuvre.**

Cette seconde étape s'est déroulée de la façon suivante :

1. Mise en place d'un groupe de progrès participatif (sur le modèle des groupes de recueil de données) ;
2. Validation des actions par le Comité d'Administration (CA) ;
3. Mise en œuvre et suivi du Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) ;
4. Mise en lien du PPP avec le Contrat Pluriannuel Objectifs et de Moyens (CPOM).

**Au FAM, le groupe de progrès s'est tenu le 27 août en présence de 8 personnes.** En parallèle des travaux de définition des PPP pour chaque établissement, un travail de mise en cohérence a été fait au niveau du pôle, afin de créer un plan global évitant les redondances d'action au niveau de chaque établissement. **Globalement, la mission d'évaluation souligne l'intérêt de cette pratique de mise en cohérence du PPP avec le niveau pôle, les objectifs du CPOM ou encore le Projet d'établissement.**

Le plan créé se décline en près de 40 objectifs généraux répondant à des problèmes posés, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels et actions prioritaires. **Au total, près de 103 actions prioritaires ont été dégagées.** La forme du plan apparaît opérationnelle : il s'agit d'un fichier Excel avec un planning de mise en œuvre par action, pilotes, etc. Il prévoit aussi un encart de suivi de l'avancement des actions.

Le PPP ainsi créé a été affiché à différents endroits du FAM, sur les deux sites (panneaux d'affichage, salle de réunion). Il a également fait l'objet d'échanges en CVS (février 2013 notamment). Le FAM sera encouragé à poursuivre son appropriation par le personnel.

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

Afin de mettre en œuvre le PPP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement, un **Comité de veille a été créé.** Ce dernier doit se réunir *a minima* une fois par an et est commun au PMS. Il intègre : une secrétaire de la MAS, 1 AMP de la MAS, la chef de service de la MAS, la Directrice adjointe du pôle, ainsi que des professionnels du FAM et du SAMSAH.

**En août 2014, une première réunion de suivi du Comité de veille s'est tenue** en présence de la Directrice de pôle. Elle a permis de réaliser un premier état des lieux sur les actions menées et à mettre en œuvre. **Depuis la fin de la démarche, un certain nombre d'actions ont d'ores et déjà été mises en œuvre** : plus de 50% au niveau de chaque établissement, selon le Comité dont notamment : structuration documentaire, révision des documents obligatoires, amélioration de l'organisation notamment.

Aujourd'hui, l'enjeu est de redéfinir les missions du Comité de veille et d'organiser le pilotage de la mise en œuvre du PPP et de son suivi, laissés en suspens depuis la fin de la démarche, notamment du fait de nombreux chantiers en cours au niveau du pôle (travaux, déménagements, etc.).

**Ainsi, en lien avec les axes d'amélioration qu'il identifie déjà, l'établissement sera encouragé à :**

- **Clarifier le rôle du Comité de veille** et les modalités de pilotage du PPP et de la démarche d'amélioration continue ;



- Poursuivre le travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (PE, Evaluation externe, CPOM...). **Un plan d'actions unique** regroupant toutes les démarches d'amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du Comité de veille ;
- **Poursuivre la communication sur le plan d'actions** et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions. Un point d'avancement sur le PPP pourra par exemple être mis à l'ordre du jour de chaque réunion institutionnelle ;
- Le plan global pourra être décliné en **fiches actions opérationnelles, intégrant des indicateurs** permettant de mesurer les effets des actions engagées. Cette pratique pourra constituer le point d'appui de la démarche qualité.

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 PPP.

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

#### ■ Le pilotage de la démarche qualité

**Le pilotage de la démarche qualité n'est pas encore effectif au niveau de l'établissement.** Ce dernier va se mettre en lien avec l'organisation des missions du Comité de veille.

Comme envisagé, une communication pourra être faite aux professionnels afin de donner du sens à la démarche.

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

**Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif sur l'établissement** par le biais des outils suivants :

- Le Conseil de Vie Sociale, qui jouit d'une bonne dynamique sur l'établissement ;
- La commission menu ;
- Les groupes de parole organisés sur les villas (sur les 2 sites du FAM) ;
- Au quotidien, à l'occasion d'échanges informels entre les professionnels et les résidents.

Néanmoins, le FAM sera encouragé à **davantage structurer les modalités de recueil de la satisfaction des usagers** (outils, fréquence d'utilisation) **et leur suivi** (centralisation des données) afin de pouvoir les mettre en lien avec la dynamique d'amélioration continue. Une harmonisation des pratiques sera également à observer sur l'établissement, notamment sur la fréquence et le contenu des groupes de paroles organisés.

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

De même, le recueil et le traitement des plaintes et réclamations passent aujourd'hui par l'ensemble des outils qui favorisent l'expression des usagers (CVS, groupes de paroles, commission menu), mais elles ne sont pas pleinement formalisées. Ainsi, l'établissement sera invité à définir ces modalités de recueil et de traitement afin d'assurer une bonne traçabilité pouvant permettre une analyse consolidée des plaintes et réclamations, découlant sur des actions d'amélioration spécifiques.

#### ■ La gestion documentaire

**Une bonne dynamique entoure la structuration de la gestion documentaire.** De nombreuses procédures et documents ont été créés en équipe, notamment suite au projet d'établissement et à l'évaluation interne. Ces éléments sont correctement structurés : un système de classeurs et de rangement a été mis en place, en lien avec l'outil PSI, une procédure de la gestion du dossier d'utilisateur lors de la demande d'admission a été par exemple mise en œuvre. Ces éléments sont connus des professionnels.

**L'établissement sera encouragé à poursuivre cette dynamique.** Les grands enjeux restants quant à la gestion documentaire sont les suivants :

- Finaliser la migration des outils vers le numérique et poursuivre la formation des équipes à son utilisation ;
- Formaliser les procédures d'archivage des documents ainsi que des circuits de création, révision et de diffusion des documents ;
- Formaliser une procédure d'archivage et de règles de conservation des documents.



▪ **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 large diffusion au sein du FAM**, notamment à l'occasion des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI). Par ailleurs, la procédure d'élaboration des projets personnalisés fait clairement mention des RBPP afférentes.

**Des communications régulières sont également organisées** : lors de l'évaluation interne par exemple, une présentation d'un travail de synthèse des RBPP a été faite aux professionnels en octobre 2013. Au total, 30 professionnels des 3 établissements du Pôle étaient présents. Les RBPP sont également fréquemment évoquées à l'occasion de réunions, en transmissions, etc.

**Les RBPP sont mises à disposition dans un classeur dans l'établissement, en salle de réunion.**

Le FAM sera invité à poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes et leur mise en perspective avec l'ensemble des travaux menés ou en cours.

### 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 n'est pas assuré par du personnel dédié** au niveau du FAM. Sur les 2 sites, il n'existe pas de zone d'accueil dédiée et signalée, du fait notamment de l'éclatement des différentes villas (*cf. infra*). La chef de service et les équipes présentes sur le site se chargent de cet accueil.

Dans le cadre de son déménagement, l'établissement veillera à organiser cet aspect du parcours de l'utilisateur et des personnes extérieures vers la structure.

▪ **Processus d'admission**

**Le processus d'admission est structuré et organisé.** L'admission d'un nouveau résident fait l'objet d'une procédure formalisée et centralisée au niveau du pôle. Elle est également détaillée dans le projet d'établissement de la structure. Un travail récent a été fait au niveau du FAM pour adapter le processus dans le cadre du nouveau projet architectural. Il porte notamment sur la **systématisation d'une période d'essai et d'observation d'un mois** permettant de mieux évaluer les besoins des personnes et les capacités de réponse de l'établissement. Il a notamment été travaillé dans le cadre du nouveau projet d'établissement et un schéma simplifié du processus est formalisé dans le livret d'accueil.

**La démarche mise en œuvre est pluridisciplinaire, progressive et l'évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement est effective.** Elle se déroule de la façon suivante :

- Lorsque qu'une famille formule une demande d'admission, un **dossier de pré-admission** à compléter lui est envoyé. Le contenu des pièces demandées est décrit dans la procédure afférente ;
- La famille renvoie le dossier de pré-admission complété à l'établissement. L'assistante sociale et la secrétaire de Direction le réceptionnent et la demande est inscrite sur la **liste d'attente** ;
- Le dossier de pré-admission est par la suite transmis à la cadre de proximité du site concerné pour **une rencontre avec l'établissement** qui consiste à :
  - **Présenter l'établissement**, les lieux d'accueil, chambres, les professionnels, à la personne et de la famille et **s'assurer ainsi du consentement de la personne** ;
  - Prendre connaissance du projet de la personne, **recueillir les éléments** de l'histoire de vie de la personne et des informations médicales, etc. qui la concernent.

C'est lors de cette rencontre que sont remis à la famille et à la personne les documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et des libertés...).

- **Une seconde visite est ensuite prévue avec le médecin psychiatre**, afin qu'il puisse évaluer la stabilité des troubles, le degré d'autonomie et les capacités de la personne à vivre en collectivité ;
- Le cas échéant, un **contact est également pris avec l'établissement d'origine** de la personne afin de recueillir les éléments liés à son parcours institutionnel. Cette pratique permet une continuité de l'accompagnement entre les deux structures et apparaît ainsi très pertinente ;
- En cas de concordance des deux parties, la demande est maintenue sur la liste d'attente ;
- L'admission est ensuite prononcée dans le cadre d'une **commission d'admission pluridisciplinaire** :
  - o **Une commission** composée de la Direction, du psychiatre, cadre de proximité, IDEC, AS, AMP, et psychologue se réunit pour examiner les candidatures présentées ;
  - o Lorsqu'une place se libère, cette même commission se réunit, pour prendre la décision, en fonction de la place disponible. **Des critères d'admission définis** permettent de prioriser les demandes. Ils ont notamment trait à l'âge, au profil des personnes ou à l'urgence de la situation par exemple.

L'admission est ensuite préparée avec la famille, le futur résident, et l'établissement d'accueil d'origine.

**La procédure d'admission rédigée prévoyait la mise en place d'indicateurs d'évaluation.** Par exemple : Nombre de rencontres (familles/usagers)/Nombre de personnes inscrites en liste d'attente dans l'année, Nombre de réunions de la commission d'admission/nombre d'admissions réalisées par an. L'établissement pourra être encouragé à les suivre. Des éléments qualitatifs liés à la satisfaction des familles et usagers récemment concernés par une admission pourraient les compléter.

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

Les modalités d'accueil d'un nouveau résident ne font pas l'objet d'une procédure dédiée. Les professionnels sont informés d'une nouvelle entrée lors de la phase d'admission et les résidents par voie orale. Une réflexion sur l'accueil est rédigée dans le nouveau projet d'établissement de la structure.

Les entrées au FAM sont bien organisées et planifiées les jeudis.

**A son entrée, chaque résident se voit nommé un référent** parmi les professionnels de l'équipe. Ce référent a en charge : la mise en œuvre et le suivi de son projet personnalisé (cf. *Supra*), la gestion du quotidien et de l'argent de poche notamment, les rencontres avec les organismes tutélaires le cas échéant.

Le FAM Les 3 cascades est encouragé à **formaliser une procédure d'entrée** précisant les modalités d'information du personnel, des usagers et systématisant l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter). Les éléments concernant la préparation de la future chambre (ameublement en amont de l'entrée, etc.) pourront également être organisés dans le cadre du déménagement vers la nouvelle structure prévu.

### 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
20%	70%	90%*

\*Chiffre transmis par l'établissement

**Les projets personnalisés sont effectifs au FAM:** tous les résidents ont un projet personnalisé, réalisé 3 mois après l'admission. La plupart d'entre eux (90%) disposent d'un projet actualisé (moins d'un an). L'établissement a en effet mis en attente la réactualisation de certains projets, dans l'attente du déménagement.

Si les usagers sont systématiquement associés à la démarche, seuls 20% d'entre eux ont été en capacité de participer à l'écriture de leur projet (capacité de compréhension et d'expression), en participant notamment à une partie de la réunion de restitution.

Le FAM sera invité à finaliser la réactualisation des projets et s'assurer de leur bonne signature.

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

**Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure commune au pôle.** Elles sont également détaillées dans le projet d'établissement de la structure. La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure. Un travail de synthèse a également été réalisé dans **le nouveau livret d'accueil de la structure, qui présente de façon schématique le processus.**

**La démarche mise en place inclut ainsi une co-construction du projet avec l'utilisateur ou son représentant légal et est pluridisciplinaire.** Elle se déroule de la façon suivante :

- L'élaboration du projet est préparée par le référent du résident. Ils préparent le projet en concertation avec la famille, le résident et son représentant légal, en recueillant leurs souhaits ;
- Une réunion de travail de l'équipe pluridisciplinaire (« réunion de projet ») est ensuite organisée. Elle réunit la chef de service, le référent, l'éducateur spécialisé coordonnateur de villa, un IDE, le psychomotricien, la psychologue, un animateur, un AS ou AMP et éventuellement l'assistante sociale. Lors de cette réunion, les professionnels échangent leurs observations et bilans écrits sur la personne et prennent en compte ses souhaits de façon à s'accorder sur des objectifs de prise en charge. En fonction de leur niveau de compréhension et de leurs souhaits, **certains résidents peuvent être invités à participer à une partie de la réunion** (généralement en fin de réunion) ;
- A l'issue de cette réunion, la rédaction du projet est prise en charge par le référent, en coordination avec l'éducateur coordonnateur de groupe qui le renseigne dans l'outil PSI ;
- Une restitution est ensuite prévue avec la famille, le représentant légal, l'établissement et l'utilisateur lorsque possible. L'organisation de cette réunion incombe au référent.

Les réunions de projets personnalisés font l'objet d'une planification définie et régulière.

**L'établissement s'appuie sur un certain nombre de documents clés** qui permettent d'évaluer la situation de chaque usager et structurer la mise en place des projets :

- Le guide d'évaluation GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées réalisé par la DGAS) ;
- Un guide d'évaluation des capacités très complet (qui intègre les dimensions de relation à autrui, l'orientation, l'autonomie, etc.) ;
- Une grille de recueil des souhaits du résident, de sa famille, du représentant légal formalisée ;
- Des éléments méthodologiques relatifs à la rédaction de chaque page du projet ;
- Un emploi du temps personnalisé à remplir pour chaque projet.

#### ■ Le contenu du projet personnalisé

**Le contenu des projets personnalisés apparaît tout à fait pertinent.** Les projets se fondent sur une trame commune, extraite de la procédure PP existante et paramétrée sur le logiciel du logiciel PSI. **Elle contient les éléments suivants :**

- Une 1ère page qui inclut des renseignements administratifs sur la personne ;
- Des bilans réalisés par l'ensemble des professionnels impliqués ;
- Un tableau qui présente : les objectifs du projet (capacités à maintenir ou à développer), objectifs opérationnels, modalités de mise en œuvre, personne responsable, évaluation (date de l'évaluation), observations ;
- Une annexe incluant **l'emploi du temps personnalisé** d'une semaine du résident ;
- Une annexe présentant un avenant au contrat de séjour.

**La visite sur site a permis de constater que le contenu des projets était de bonne qualité** et les écrits relativement homogènes.

Les projets font systématiquement l'objet d'un **avenant au contrat de séjour**.

Le FAM sera encouragé à poursuivre la migration de l'outil vers le système informatique PSI qui reste aujourd'hui non achevée.

**Les projets élaborés font par ailleurs l'objet d'une bonne diffusion.** Leur centralisation dans l'outil PSI permet à chaque professionnel d'y avoir accès. Conformément à la procédure élaborée, le projet est aussi transmis à la personne accueillie, son représentant légal, et sa famille.

#### ▪ Suivi et évaluation du projet personnalisé

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

**La mise en œuvre et le suivi du projet** sont coordonnés par le référent, qui est le garant du projet, comme déterminé dans la procédure et dans le projet d'établissement : « *Le référent est l'acteur clef de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet personnalisé* ». La mise en œuvre du projet est programmée au sein du planning individualisé de la personne, qui tient compte des objectifs qui y sont fixés.

**Par ailleurs, le projet d'établissement de la structure décrit le rôle de référent.** Un certain nombre d'axes d'amélioration avaient été identifiés. Ce travail pourra être à nouveau mené dans le cadre de la fusion des 2 sites et de l'emménagement dans les nouveaux locaux.

**La réactualisation des projets est bien organisée.** Une nouvelle réunion pluridisciplinaire de projet est mise en œuvre afin de réaliser un bilan des objectifs de l'année précédente et les réactualiser. Si des modifications importantes interviennent en cours d'année, une révision du projet peut être mise en place prématurément. Toutefois, si ces modifications peuvent être évoquées en transmission, elles ne font en revanche pas l'objet d'une traçabilité ni d'une réactualisation formelle. Ce pourra être un axe d'amélioration de l'établissement. Le FAM souhaiterait également pouvoir davantage travailler sur les fonctionnalités de l'outil PSI qui permettraient une réactualisation plus facile et rapide du projet.

**Par ailleurs, une grille de suivi d'objectifs opérationnels a été rédigée.** Elle reprend les objectifs opérationnels du projet, les moyens mis en œuvre et un bilan de l'action. Celle-ci permet d'encadrer l'évaluation du projet par les équipes. L'établissement pourra encourager son utilisation et y ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets.

### 3.3.3. La fin d'accompagnement

#### ▪ Les réorientations

**Jusqu'ici le FAM a été assez peu confronté à la question des réorientations.** Néanmoins, un travail a été fait sur le sujet lorsqu'une résidente a demandé à partir. Les professionnels travaillent alors avec elle son projet et un essai peut être fait dans une structure d'accueil. Les professionnels envisagent **un essai de 2 mois**, pendant lequel la place de la résidente au FAM sera conservée. Cette flexibilité du parcours permet de s'assurer du consentement du résident qui dispose aussi d'un « **droit au retour** ».

Dans le cadre de ce projet de réorientation, une bonne coordination est mise en place entre le FAM et la future structure d'accueil (rencontres entre professionnels, transmission de documents, etc.)

**En terme de formalisation**, un paragraphe dans le prochain projet d'établissement est écrit sur l'organisation des sorties des résidents, notamment lorsqu'il s'agit de leur demande. Une page « Votre départ » est également formalisé dans le livret d'accueil.

La mission d'évaluation recommande de formaliser une procédure spécifique sur les réorientations.

#### ■ La gestion des fins de vie

**Du fait du vieillissement de la population accueillie**, les fins de vie vont devenir un sujet de plus en plus préoccupant pour les équipes qui commencent déjà à s'y préparer. Ce sujet fait également l'objet d'un axe de progrès inscrit au PPP et identifié suite à l'évaluation interne. Le sujet est d'ores et déjà évoqué en réunion ou avec la psychologue notamment.

Un paragraphe dans le nouveau projet d'établissement est dédié à cette thématique et détaille la procédure à suivre selon le type de fin de vie (fin de vie subite, fin de vie en milieu hospitalier, fin de vie hors cas d'urgence). **Une procédure en cas de décès a également été rédigée.**

**Le FAM sera encouragé à mettre en œuvre les actions qu'il prévoit** : formation des équipes, développement de partenariats avec les services HAD, mise en place de groupes de paroles...

### 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

#### 3.4.1. Qualité du cadre de vie

##### ■ Les locaux

Le FAM les 3 cascades est divisé en 2 sites : le site de Beaufond et le site de Cambuston.

**Le site de Beaufond** est un espace clos arboré et verdoyant au sein duquel se trouvent **5 villas** dont :

- **3 villas qui accueillent les résidents.** Elles sont numérotées et identifiées : 1 villa accueille les résidents les plus autonomes, 1 villa les semi-autonomes, et 1 les personnes vieillissantes qui disposent de moins de capacités physiques. La villa vieillissante est également celle dans laquelle un espace est dédié à l'infirmier ;
- 1 villa est dédiée à des salles professionnelles (salle de psychomotricité, salle de réunion...);
- 1 villa contient le bureau de la chef de service, une salle de réunion et la salle du repas du personnel.

**Le jardin apparaît particulièrement agréable** : il est arboré et fleuri, accessible aux personnes handicapées qui s'y rendent facilement. Par ailleurs, un potager, une petite serre et des outils de jardinage sont à disposition des résidents.

**L'ensemble des bâtiments apparaissent toutefois plutôt vétustes et non adaptés au confort des résidents** : les résidents vivent pour la plupart en chambres doubles et 2 salles de bain (1 dédiée aux hommes et 1 dédiée aux femmes) sont partagées entre tous les résidents au sein d'une même villa, qui contient également 1 cuisine et 1 salon communs. Malgré la vétusté des locaux, un effort de décoration est réalisé : des photographies, tableaux sont affichés.

Les salles professionnelles sont manquantes : la salle de psychomotricité apparaît étroite et peu adaptée, l'infirmier petite notamment.

L'organisation du **site de Cambuston** est relativement similaire à celle de Beaufond. Le site se compose de 3 villas pour résidents dont 1 semi-autonome, 1 vieillissante et 1 accueillant les personnes psychotiques. Une villa est également dédiée à la salle de réunion et une « petite maison en bois » au bureau de la chef de service. Les locaux apparaissent également vétustes et étroits : les résidents ne disposent pas tous d'une chambre individuelle et se partagent des salles de bain et sanitaires communs. Le jardin est également arboré et agréable.

##### ■ L'entretien des locaux

**Sur les deux sites, l'entretien des villas est assuré par les équipes d'accompagnement et les résidents, en fonction de leur capacités** (les résidents y participent davantage sur les villas autonomes par exemple). Les espaces communs, sols, etc. sont réalisés par un prestataire extérieur (ESAT).

**L'entretien des locaux est effectué en bonne conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité.** Le stockage des produits est sécurisé (locaux fermés à clé). Par ailleurs des fiches produits et des protocoles de nettoyage étaient affichés sur les deux sites.

Malgré leur vétusté, **la mission d'évaluation a pu constater la propreté des locaux** lors de sa visite sur site, ce qui contribue à la qualité du cadre de vie offert par l'établissement.

Si l'établissement dispose de protocoles d'entretien des locaux, de fiches de traçabilité et de fiches produits, un travail de **réactualisation des documents et de formation des professionnels devra être organisé, lors du déménagement des locaux.**

#### ■ L'entretien du linge

**L'entretien de leur linge est assuré par les résidents eux-mêmes, en collaboration avec les équipes d'accompagnement, et par un prestataire extérieur (pour le linge plat).** En effet, certains résidents souhaitent continuer à entretenir leur linge, en plein respect de leur autonomie.

Ainsi, un espace buanderie est installé au FAM. Celui-ci est petit, se compose de 3 machines et 1 sèche-linge. Néanmoins, il ne correspond pas aux normes actuelles d'hygiène et de sécurité. Les normes RABC ne peuvent par exemple pas être respectées.

Par ailleurs, la visite sur site ainsi que les entretiens menés ont mis en exergue une certaine insatisfaction quant à l'entretien du linge sur la structure ou par le prestataire (pertes, détérioration....). **Cette prestation pourra être revue dans le cadre du déménagement de la structure.**

#### ■ La restauration

**La restauration est assurée par un prestataire extérieur (SOGECIR),** qui respecte les normes d'hygiène en vigueur. Les plats arrivent en liaison froide à Beaufond et à Cambuston (livraison et remise en température au niveau de la villa 2 au FAMB et villa 1 au FAMC). L'équipe de proximité est formée aux normes HACCP. Les professionnels assurent la remise en température et la réalisation des mixés. Le relevé des températures est effectué à l'arrivée des plats chauds sur les villas, au moment de servir. La température des réfrigérateurs est également relevée régulièrement, les plats témoins sont conservés.

**Les petits déjeuners sont préparés par les résidents eux-mêmes.** Une résidente est particulièrement en charge de ce service sur Beaufond.

Les résidents déjeunent au sein de leurs villas sur des tables disposées à l'intérieur ou sur les terrasses, selon leurs souhaits. Des petites cuisines de proximité se trouvent dans chaque villa. Les résidents participent à l'organisation des repas en fonction de leur capacité : mise de la table et débarrassage, service des plats, etc.

**Les régimes spécifiques (diabétique, textures...) sont respectés par le prestataire :** les informations sont transmises par l'équipe des infirmiers. **Les habitudes culturelles sont également prises en compte** (ex : repas sans porc).

**La prise en compte des souhaits des résidents en matière de restauration** est bien organisée sur l'établissement. Les goûts des résidents sont pris en compte. Ces derniers peuvent les exprimer dans le cadre de la commission menu ou du CVS. Par ailleurs, les repas peuvent être améliorés par les équipes d'accompagnement (assaisonnement, etc.).

#### **Temps d'observation : « déjeuner dans la villa autonome de Beaufond »**

Le temps du déjeuner observé par la mission d'évaluation lors de sa visite sur site a permis de souligner le bon déroulement du repas. Le repas est distribué par les professionnels et les résidents peuvent se servir eux-mêmes en fonction de leurs souhaits, et dans le respect de leurs régimes alimentaires. Le placement à table est libre et les affinités respectées.

Le repas débute entre 12h et 12h30, et se termine une heure plus tard environ, en fonction des rythmes de chacun. Il se déroule dans une ambiance conviviale et sereine. Les résidents apparaissent satisfaits de la prestation cuisine.

### 3.4.2. L'accompagnement proposé

#### ▪ Les soins

#### ▪ L'accompagnement somatique

L'équipe soignante intervenant au FAM se compose :

- D'un médecin généraliste disposant d'une vacation salariée de 4 heures par semaine (0,10 ETP). Il intervient tous les jeudis matins sur site. Il assure la coordination de l'ensemble des Médecins traitants des résidents (4 médecins traitants sur Cambuston et 1 médecin traitant sur Beaufond). Le médecin intervient une semaine sur le site de Beaufond et l'autre semaine sur le site de Cambuston ;
- D'un médecin psychiatre ayant une vacation salariée d'une demi-journée par semaine (0,18 ETP sur les 0,50 ETP accordés) Il intervient tous les mardis après-midis. Tout comme le médecin généraliste, le médecin psychiatre intervient une semaine sur le site de Beaufond et l'autre sur le site de Cambuston ;
- D'une équipe de 3 infirmiers sur le site de Beaufond (3 ETP) ;
- D'une équipe de 3 infirmiers sur le site de Cambuston (3 ETP) ;
- D'un psychomotricien pour les deux sites (1 ETP) ;
- D'un ergothérapeute pour les deux sites (0,5 ETP) ;
- D'aides-soignants et d'AMP, intervenant au quotidien auprès des résidents.

#### La prescription des soins

**Le médecin salarié assure la coordination avec les médecins traitant des résidents** sur les deux sites du foyer. Il y a un médecin traitant sur le site de Beaufond et 4 médecins traitants sur le site de Cambuston. La collaboration avec les médecins est effective au sein du FAM. **L'ensemble des traitements sont correctement prescrits**, ainsi que les soins qui doivent l'être.

#### Le projet et l'organisation des soins

Le FAM a décrit son projet de soin dans le projet d'Etablissement datant de 2008. Le nouveau projet de soins vient d'être réactualisé en équipe pluridisciplinaire en vue du déménagement des foyers sur le site de Bras-Fusil à Saint-Benoît. **Les missions des professionnels soignants sont décrites dans le projet d'établissement.**

**Les soins sont bien organisés :**

- Des plans de soins individualisés sont réalisés sur le logiciel PSI pour l'ensemble des résidents ;
- La planification des consultations préventives chez les spécialistes est organisée, sous la coordination de l'équipe IDE ;
- Les plannings et horaires d'intervention des professionnels sont cadrés et validés par les chefs de service.

**La traçabilité des soins est effectuée chaque jour par les équipes soignantes sur PSI. Il existe encore des fiches de suivi spécifique en version papier (fiche hydratation, ...). Un des enjeux repérés par les deux sites du foyer réside dans la meilleure utilisation de l'ensemble des fonctionnalités du logiciel PSI.**

**Le dossier médical du résident est sur PSI, coordonné par le médecin généraliste des foyers qui assure l'homogénéité et la structuration du contenu. IL existe toutefois également un dossier médical papier contenant les documents papiers (ordonnances, comptes-rendus médicaux, ...).** Tous les éléments du dossier papier sont scannés dans le dossier informatique par le médecin coordonnateur, ce qui garantit l'uniformité des informations ainsi qu'une meilleure continuité et traçabilité des soins.

**De nombreux protocoles de soins généraux ont été formalisés (une trentaine), récemment réactualisés (2014) et validés par le médecin généraliste.** Ces protocoles sont disponibles en classeur à disposition des équipes. Ils concernent par exemple :

- L'urgence médicale ;
- La distribution et la prise des médicaments ;



- La conduite à tenir si exposition au sang ;
- Le lavage des mains ;
- Les recommandations en cas de forte chaleur ;
- La gestion des épidémies ;
- La surveillance du poids ;
- Les irritations de la peau ;
- Les maux divers.

**Des protocoles individuels sont également en place pour certains résidents** (troubles du comportement, épilepsie, ...). La mission d'évaluation encourage l'établissement à formaliser des procédures et à les réactualiser régulièrement, en équipe pluridisciplinaire.

**L'établissement a également réalisé son DARI lors de son évaluation interne.** Plusieurs procédures liées à la prévention du risque infectieux (précautions standards et complémentaires, AES, gestion des déchets DASRI, ...) ont été travaillées en équipe pluridisciplinaire, sous la coordination du médecin généraliste, de l'infirmier Référent prévention risques infectieux et d'une infirmière hygiéniste de l'ARS et du CCLIN, partenaire du Pôle Philippe de Camaret sur ces questions.

**Si le Pôle Philippe de Camaret dispose d'un Plan en cas d'alerte cyclonique, il ne dispose pas, à date d'évaluation d'un plan bleu ni d'un PCA.**

**Le circuit des médicaments est organisé.** Les médicaments sont préparés une fois par semaine par l'équipe d'IDE sur chaque site du foyer. Ils font l'objet de prescriptions systématiques par les médecins traitant des résidents. Les ordonnances sont rentrées sur PSI, dans dossiers médicaux des usagers, sous la coordination du médecin coordonnateur du FAM. La livraison des médicaments est assurée par les pharmacies de proximité et la pharmacie du GHER de Saint-Benoît. Les médicaments sont rangés dans des armoires fermées à clé situées dans les infirmeries de chaque site. La délivrance des médicaments par les IDE, les AS et les AMP est bien organisée. Elle fait l'objet d'une procédure spécifique précisant les acteurs de la distribution, notamment lors des distributions des médicaments « si besoin ». La délivrance des médicaments fait l'objet d'une traçabilité réalisée molécule par molécule sur PSI.

**Toutefois, plusieurs enjeux sur le circuit du médicament sont repérés par la mission d'évaluation :**

- la pharmacie hospitalière qui fournit les deux sites du FAM est placée, à date d'évaluation, dans l'hôpital de Saint-Benoît et non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie le Pôle Philippe de Camaret, comme prévu. Elle ne peut donc pas, légalement, fournir le FAM, conformément à l'article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique ;
- le partenariat sur la livraison du médicament devra également être formalisé par une convention avec la pharmacie ;
- lors de la distribution des médicaments par les AS-AMP, la traçabilité de la prise n'est pas réalisée molécule par molécule (pas d'accès à cette traçabilité sur PSI pour le personnel AS-AMP).

#### Le projet de soin et la coordination

**La coordination des soins est assurée :**

- Par le médecin généraliste, pour le suivi médical des résidents ;
- Par l'équipe d'IDE sur chaque site, pour ce qui concerne la prise en charge des soins des résidents.

**Elle passe par plusieurs réunions :**

- La réunion pour chaque villa (une réunion pour chaque villa par mois, sur les deux sites), à laquelle participent l'ensemble des équipes soignantes ;
- La réunion entre l'équipe IDE et le médecin coordonnateur qui ont lieu une fois par mois ;
- La réunion de l'équipe IDE qui a lieu une fois par mois ;
- Les réunions de Projet Personnalisés qui ont lieu une fois par semaine sur chaque site avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des résidents ;



- Les réunions cliniques organisées une fois toutes les deux semaines sur chaque site avec le médecin psychiatre et les équipes de proximité ;
- Des points informels réalisés :
  - o Entre l'équipe des IDE et le médecin psychiatre ;
  - o Entre l'équipe des IDE et la psychologue ;
  - o Entre l'équipe des IDE et les rééducateurs.
- L'équipe des IDE se chargent également des relations avec les professionnels de santé libéraux.

**L'utilisation du logiciel PSI permet d'assurer la coordination entre les différents membres de l'équipe soignante.** Si le logiciel de soins informatisé permet une bonne circulation des informations et une bonne coordination entre les différents acteurs, il existe un enjeu de former régulièrement l'ensemble des professionnels à l'utilisation du logiciel afin d'en exploiter toutes les fonctionnalités et de réactualiser régulièrement les plans de soins des résidents.

**Les deux sites du foyer ont noué de bonnes relations avec les structures de soins.** Un réseau de partenaires identifiés a été construit avec le GHER, l'EPSMR et l'AURAR de Saint-Benoît ainsi qu'avec le CHU de Bellepierre, les CMP et l'Hôpital de jour de Saint-Benoît et Saint-André. La formalisation de l'ensemble de ces partenariats est un axe d'amélioration identifié par l'établissement pour garantir la continuité de l'accompagnement.

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

**Le FAM prend en compte la douleur** même s'il n'a pas mis en place de système de dépistage de la douleur systématique. L'établissement a formalisé une procédure d'évaluation de la douleur et a mis en place des ordonnances « si besoin » en lien avec les médecins traitants. La balnéothérapie et l'espace Snoezelen de la MAS du Pôle Philippe de Camaret peuvent être utilisés par les professionnels du Foyer.

**L'incontinence est évaluée régulièrement.** La mise de protections n'est pas systématisée et fait l'objet de discussions d'équipe.

**Le suivi des chutes** est effectué : une procédure a été rédigée et les fiches de chutes sont renseignées par les équipes soignantes sur le logiciel PSI. Un des axes d'amélioration vise à analyser régulièrement les chutes afin de mettre en place des actions préventives.

**Les risques de dénutrition et de déshydratation** font l'objet d'une attention de la part des professionnels. Un suivi mensuel des poids est réalisé et des actions peuvent être mises en œuvre si besoin, en fonction des situations : compléments alimentaires, régimes hypocaloriques ou hyperprotidiques peuvent être mis en place et apparaissent bien suivis par les équipes lors des repas. En cas de besoin, des fiches de suivi de la prise alimentaire peuvent également être mises en place. Un protocole d'intervention en cas de déshydratation est actuellement en cours d'écriture. De l'eau gélifiée est proposée à certains résidents et des fiches de suivi de l'hydratation peuvent être mises en œuvre si besoin.

**Si la fin de vie ne fait pas l'objet d'un protocole spécifique, l'accompagnement des résidents en fin de vie fait partie des missions du FAM, mises en avant dans son Projet d'établissement.** Un travail particulier peut être mis en place dans ces moments, en lien avec le médecin généraliste, le psychiatre, la psychologue et le réseau de soins palliatifs du GHER de Saint-Benoît. L'établissement a formalisé un protocole en cas de décès d'un résident.

**La mission d'évaluation encourage l'établissement à poursuivre son travail d'élaboration de procédures et de leur réactualisation régulière en équipe pluridisciplinaire.**

#### ■ L'accompagnement au plan psychiatrique

Un médecin psychiatre intervient depuis quelques mois au Foyer. Il assure un temps de présence équivalent à 0,18 ETP sur les 0,50 accordés. Il est présent chaque mardi après-midi, en alternance sur le site de Beaufond et sur le site de Cambuston. Il organise un temps de réunion clinique sur ce créneau avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des résidents. Il intervient de différentes façons au sein du foyer :

- **Auprès des professionnels** : pendant les réunions d'équipe, il aide à la compréhension du comportement de certains résidents. Il peut également proposer des temps de travail sur des thématiques spécifiques (vie affective, deuil, etc.).
- **Auprès des résidents** : il peut proposer des entretiens individuels aux résidents qui peuvent s'exprimer. Il peut également définir les réajustements et orientations thérapeutiques. Il intervient également lors de la procédure d'admission (*voir ci-dessus, partie spécifique*).
- **Auprès des familles** : le psychiatre peut également échanger avec les familles autour des PP, et des traitements des résidents.

**En termes de coordination**, la psychiatre échange essentiellement avec l'IDE et les équipes pendant son temps de présence sur les sites et durant les réunions cliniques. S'il ne dispose pas de la même plage d'horaire que celle du médecin généraliste, leur coordination est effective et se fait par le biais de transmissions écrites (logiciel PSI, ...) ou orales (téléphones, ...).

**La mission d'évaluation tient à souligner le manque de temps effectif du médecin psychiatre pour assurer le suivi de l'ensemble des résidents sur les deux sites du Foyer, malgré la qualité de l'accompagnement proposé.**

#### ■ L'accompagnement psychologique

**Une psychologue à temps plein est salariée de l'établissement.** Elle partage son temps entre les deux sites du Foyer. Ses activités s'axent autour des résidents, des équipes et des familles ainsi que des partenaires.

**Elle intervient auprès des résidents** dès leur admission où elle effectue un entretien d'évaluation psychologique. Elle leur propose également des entretiens de soutien psychologique. Elle participe à l'élaboration du Projet Personnalisé. Des groupes d'expression peuvent également être proposées, même si, à date d'évaluation, ils sont plus rares, en raison du manque de temps de la psychologue pour l'accompagnement des résidents des deux sites.

**Elle est une personne ressource pour les équipes** lors des réunions ou hors réunions par des entretiens à la demande.

**Pour les familles**, la psychologue reçoit certaines familles, travaille à l'acceptation du handicap, de la présence dans un établissement médicosocial.

**Les partenaires** sont importants dans l'accompagnement du résident et la psychologue a une fonction de lien notamment avec les établissements (CMP, EPSMR...).

**Elle participe à différents temps de coordination du Foyer** (transmissions quotidiennes, réunions cliniques, réunions sur les villas, réunions de projets personnalisés, coordination avec l'encadrement.)

**L'accompagnement psychologique est bien structuré sur le Foyer tout en s'adaptant aux spécificités de chaque personne accueillie. Le temps de psychologue ne semble toutefois pas suffisant, à date d'évaluation, pour répondre aux besoins des 60 résidents.**

#### ■ L'accompagnement rééducatif

**L'accompagnement rééducatif est assuré par un psychomotricien à temps plein sur les deux sites du Foyer, par une ergothérapeute présente à 0,5 ETP sur les deux sites et par des kinésithérapeutes libéraux.**

Les prises en charge sont réalisées dans les salles de rééducation situées dans les locaux de chaque site du foyer. Des séances de balnéothérapie peuvent également être organisées sur le site de la MAS du Pôle Philippe de Camaret, situé à Saint-Benoît.

**L'accompagnement est globalement bien organisé :**

- Les séances de rééducation des kinésithérapeutes font l'objet de prescriptions médicales ;
- Les séances avec le psychomotricien et l'ergothérapeute sont planifiées dans l'emploi du temps de chaque personne, suite aux évaluations des besoins ;

- Des bilans sont régulièrement réalisés par l'ensemble des rééducateurs.

Le psychomotricien participe aux temps de réunions des villas et aux réunions de Projet personnalisé. En raison de leur temps limité sur site, ni l'ergothérapeute, ni les kinésithérapeutes ne participent aux temps de coordination du FAM, ce qui pourrait être utile pour améliorer la coordination entre les différents professionnels et assurer la continuité de l'accompagnement.

**La prise en charge est majoritairement individuelle.** Les professionnels s'adaptent aux besoins de chaque résident. Les rééducateurs travaillent également en collaboration avec l'animateur sportif sur certains accompagnements (piscine, marche, ...). Les équipements utilisés apparaissent adéquats et diversifiés afin de répondre aux besoins. Les salles de rééducation sont toutefois de petite taille sur les deux sites du Foyer. Le nouveau bâtiment du FAM offrira aux résidents de nombreux espaces pour la rééducation : salle de rééducation, espace balnéothérapie, salle Snoezelen.

**Si la mission d'évaluation relève un accompagnement rééducatif structuré et de qualité, elle note toutefois l'impossibilité, à date d'évaluation, de répondre à l'ensemble des besoins des résidents (notamment des personnes vieillissantes), en raison du nombre limité de temps de rééducateurs sur le FAM.**

**D'une façon générale, la mission souligne une prestation de soins de qualité,** fournies par des professionnels aux profils variés : infirmiers, médecin généraliste, psychiatre, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute. Un travail important d'organisation de l'activité a été mené, notamment sur la structuration des dossiers médicaux, l'élaboration de protocoles et la coordination. La mission note également une bonne personnalisation de la prise en charge, qui permet de répondre aux besoins de chaque résident.

**Quelques points sont toutefois repérés :**

- Au niveau des moyens humains, les temps réduits du médecin généraliste, du médecin psychiatre, de la psychologue et des rééducateurs ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins des résidents ni de développer des projets transversaux de type formations, actions de prévention, etc.
- Il existe un enjeu de stabilisation des équipes d'infirmiers du FAM afin de garantir la qualité et la continuité des soins tout en les adaptant aux profils des résidents ;
- Les équipes doivent régulièrement être formées aux pathologies des résidents afin d'adapter l'accompagnement aux soins aux besoins de chaque personne.

■ **L'accompagnement à la vie quotidienne**

L'accompagnement à la vie quotidienne est assuré par les AS, AMP, Moniteurs Educateurs ainsi que par les veilleurs la nuit.

**Structuration de l'accompagnement**

**L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est bien structuré** au sein des villas. Chaque site du Foyer est composé de 3 villas accueillant 10 résidents chacune. Les professionnels disposent d'un planning élaboré par les chefs de service pour plusieurs mois qui permet de cadrer les interventions de chacun.

**L'équipe de chaque villa est composée d'un Moniteur Educateur coordonnateur et d'une équipe d'AS et d'AMP** (6 ETP par villa).

**Chaque résident dispose d'un plan de soin individuel**, qui permet de recenser ses besoins en soins. Par ailleurs, le recueil des habitudes de vie et le Projet personnalisé disponibles sur le logiciel PSI permettent d'adapter la prise en charge aux besoins de chacun. Des protocoles individuels peuvent également être mis en œuvre pour chaque résident de façon à mieux s'adapter à leurs habitudes et besoins.

**L'organisation de la veille de nuit est également structurée sur les deux sites du Foyer. Deux veilleurs de nuit sont présents sur chaque site.** Des rondes sont organisées régulièrement. Les professionnels de nuit tracent les faits notables de la nuit sur le logiciel PSI.

### Coordination de l'accompagnement.

#### **La coordination de l'accompagnement à la vie quotidienne est effective sur chaque site du foyer :**

- Une réunion se tient toutes les semaines sur une villa (réunion toutes les trois semaines pour une villa). Elle réunit les chefs de service, la psychologue, l'équipe d'infirmiers, les équipes de proximité et éducatives du FAM, les rééducateurs et d'autres professionnels au besoin. Cette réunion permet des échanges cliniques sur la situation des résidents mais aussi de diffuser des informations sur le fonctionnement de la villa et du FAM ;
- Les réunions de Projet Personnalisés qui ont lieu une fois par semaine sur chaque site avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des résidents ;
- Les réunions cliniques organisées une fois toutes les deux semaines sur chaque site avec le médecin psychiatre et les équipes de proximité ;
- Les réunions IDE citées précédemment (*cf. Le projet de soin et la coordination*) ;
- Des réunions d'organisation des activités qui ont lieu chaque semaine sur chaque site pour l'ensemble des villas, avec l'équipe pluridisciplinaire afin de garantir la bonne coordination et la continuité de l'accompagnement ;
- Des points informels réalisés entre les équipes de proximité et le médecin psychiatre, la psychologue, les rééducateurs et l'équipe dédiée aux activités ;
- Des temps de transmission sont institués entre les différentes équipes (matin, après-midi et nuit) chaque matin, en début d'après-midi et chaque soir ;
- Les professionnels utilisent principalement le logiciel PSI pour se coordonner entre eux et avec les autres.

**Les temps d'échanges cliniques sur les résidents apparaissent cependant peu nombreux (une fois/2 semaines) et pourraient être renforcés.** Cet axe d'amélioration est en lien avec le temps de présence du médecin psychiatre qui reste inférieur aux besoins des résidents.

### Adaptation de l'accompagnement

#### **L'accompagnement à la vie quotidienne est adapté aux besoins des résidents et personnalisé :**

- Des emplois du temps individuels sont réalisés avec les résidents, sur la base de leurs projets personnalisés, prenant en compte leurs souhaits ;
- Des protocoles de prise en charge individuels peuvent être mis en place (*cf. supra*) ;
- Les rythmes et habitudes de vie sont respectés :
  - o Les horaires des levers et petits déjeuners sont respectés ;
  - o Pour les toilettes, les équipes respectent les choix des résidents (avant/après le petit-déjeuner...)
  - o Les durées des repas sont adaptées et permettent à chacun de respecter son rythme ;
- Les professionnels adaptent leur pratique en fonction des besoins des usagers : dans les espaces repas, par exemple, la disposition des tables est adaptée et certains résidents peuvent manger seuls s'ils le souhaitent ;
- En fonction des demandes, souhaits et besoins des résidents, des accompagnements individuels peuvent être proposés (bain thérapeutique, séance snoezelen, accompagnement aux courses...)

Enfin, la taille des villas (10 résidents au maximum sur chaque villa) permet de proposer un accompagnement personnalisé et « à taille humaine », ce que les familles apprécient grandement.

## **Plusieurs enjeux d'amélioration sont repérés par l'établissement, concernant l'accompagnement au quotidien des résidents :**

- Veiller à former régulièrement l'ensemble des professionnels sur les pathologies des résidents et les modalités d'accompagnement qui en découlent ;
- Poursuivre la réflexion amorcée dans le cadre du déménagement des deux sites du Foyer, sur l'organisation et les profils des professionnels de la veille de nuit afin de proposer un accompagnement adapté aux besoins des résidents.

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

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est assuré par l'ensemble des équipes de proximité sur chaque villa, sous la coordination des Moniteurs Educateurs de chaque villa et l'Educateur Spécialisé en charge des activités sur chaque site du Foyer. La vie sociale et culturelle est également animée par l'animateur sportif (présent à temps plein sur les deux sites), l'animateur musical (présent à temps plein sur les deux sites) et les rééducateurs (psychomotricien présent à temps plein sur les deux sites et ergothérapeute présent à 0,5 ETP sur les deux sites).

### Structuration de l'accompagnement

**L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est décrit dans le projet d'établissement du FAM. Il est en cours de réactualisation dans le cadre de la réactualisation du Projet.**

**Cet accompagnement est très bien structuré sur les deux sites du FAM :**

- Des plannings d'activité sont établis par les professionnels, sur la base des Projets personnalisés de chaque résident. Des activités fixes sont prévues, permettant de donner des repères aux usagers, et d'autres activités peuvent spontanément être proposées ;
- Différents supports sont formalisés et structurent l'offre (projet d'activités, de sorties, ...) ;
- L'ensemble des projets d'activité sont formalisés et précisent les modalités de leur mise en œuvre, les objectifs éducatifs, etc.

L'atteinte des objectifs des activités est évaluée chaque année, sous la coordination des Educateurs Spécialisés de chaque site, dans le cadre de la rédaction du rapport d'activités.

Les activités peuvent être organisées soit au niveau de chaque villa, soit entre les villas, voire entre les deux sites du Foyer, de façon à créer des groupes en fonction des souhaits des usagers, ce qui paraît pertinent.

### Coordination de l'accompagnement

**La coordination de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle s'effectue par plusieurs biais :**

- Afin de garantir la continuité de l'accompagnement entre les différents acteurs, l'éducateur spécialisé de chaque site est chargé de coordonner avec les Moniteurs Educateurs, à la fois les activités de chaque villa et également les projets Personnalisés des résidents ;
- Un référent et un co-référent du projet personnalisé sont désignés au sein de l'équipe de proximité, pour chaque usager, permettant le suivi du planning de chaque personne ;
- La réunion d'activités qui se tient toutes les semaines entre les équipes de proximité et l'équipe dédié aux activités ;
- La réunion de chaque villa en équipe pluridisciplinaire ;
- La réunion des moniteurs éducateurs avec les éducateurs sportifs et musicaux et les éducateurs spécialisés une fois par mois ;
- Les outils permettant aux professionnels de se coordonner entre eux et avec les autres équipes (logiciel PSI, temps de transmissions) ;

- Les échanges informels entre l'ensemble des professionnels.

**Des réunions de coordination extérieures peuvent également être organisées avec les partenaires** (Handisport, arthérapeute, socio-esthéticienne, associations locales, ...).

Si les temps de coordination de la vie sociale paraissent pertinents, la mission d'évaluation encourage les deux sites du FAM à veiller à l'organisation effective de ces réunions afin de bien coordonner l'ensemble des acteurs, qui sont nombreux à œuvrer dans la mise en œuvre de la vie sociale.

#### Adaptation de la prise en charge aux besoins et qualité des pratiques

**Les activités sociales et culturelles sont de qualité et sont très adaptées à la prise en charge des résidents du FAM :**

- Les activités sont proposées aux résidents en fonction de leurs choix et de leur projet personnalisé ;
- Le panel d'activités permet de répondre aux besoins de chaque personne :
  - o Des activités sont proposées au sein de l'établissement (....) et à l'extérieur (médiathèque, cinéma, théâtre, piscine, pique-nique, marchés, shopping, etc.) ;
  - o Elles sont proposées en petits groupes, ou en individuel ;
  - o Elles sont variées, et de nombreux partenariats ont été mis en œuvre afin de garantir cette variété :
    - Au niveau sportif : natation, marche, expression corporelle, etc.
    - Au niveau culturel : médiathèque, théâtre, participation à des festivals et à des concerts, atelier musique et chorale, etc. ;
    - Au niveau des loisirs : des sorties cinéma et des visites sont organisées, un arthérapeute intervient dans l'établissement pour proposer des loisirs créatifs, un atelier jardinage est mis en place sur les deux sites du foyer, un partenariat est mis en place avec les associations locales, etc.

**Par ailleurs, les observations réalisées sur site ont permis de constater que les pratiques apparaissent respectueuses, bienveillantes et soucieuses des caractéristiques de chaque résident.** Le résident peut également choisir de ne pas participer à l'activité prévue dans son planning.

#### Temps d'observation : séance de l'activité arts plastiques

**La mission d'évaluation a pu assister à une séance d'activité arts plastiques.**

2 résidents participent à cette activité avec une accompagnante.

Les résidents réalisent des décorations en travaux manuel dans une petite salle dédiée. Les décorations sont en lien avec les grands projets de l'établissement. Les résidents préparent des citrouilles pour Grand-mère Kal et aussi des décorations pour le nouvel établissement (préparation du déménagement). La salle est bien équipée (matériaux, peinture).

Les consignes sont simples, ré-exprimées au besoin, le ton est encourageant et permet à chacun d'exprimer sa créativité. L'activité est adaptée aux capacités de chacun (certains résidents plus fatigables peuvent se reposer et d'autres font davantage de travaux).

#### Temps d'observation : séance de l'activité musicale

**La mission d'évaluation a pu également assister à une séance d'activité musicale.**

4 résidents participent à ce temps, ils sont encadrés par l'animateur musical.

L'éducateur est au piano et fait répéter des chansons aux participants. Ces derniers préparent des représentations pour la journée du patrimoine et la Fête de Noël, dont ils semblent fiers.

L'éducateur veille à stimuler chacun des résidents présents pour participer en fonction de leur capacité. Une attention est portée à chacun. L'ambiance est bienveillante et semble plaire aux participants.

**La mission d'évaluation tient à souligner la qualité de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle mis en place sur les deux sites du Foyer, par une équipe très investie de professionnels aux compétences et profils variés, soucieuse du sens des activités pour chaque personne. L'accompagnement est personnalisé au quotidien, sur la base des projets personnalisés.**

### 3.4.3. La coordination de l'accompagnement

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

##### Les réunions

**Plusieurs réunions sont organisées pour structurer l'accompagnement** et coordonner l'intervention des différents professionnels, notamment :

- Une réunion se tient toutes les semaines sur une villa (réunion toutes les trois semaines pour une villa). Elle réunit les chefs de service, la psychologue, l'équipe d'infirmiers, les équipes de proximité et éducatives du FAM, les rééducateurs et d'autres professionnels au besoin. Cette réunion permet des échanges cliniques sur la situation des résidents mais aussi de diffuser des informations sur le fonctionnement de la villa et du FAM ;
- Les réunions de Projet Personnalisés qui ont lieu une fois par semaine sur chaque site avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des résidents ;
- Les réunions cliniques organisées une fois toutes les deux semaines sur chaque site avec le médecin psychiatre et les équipes de proximité ;
- Les réunions IDE citées précédemment (*cf. Le projet de soin et la coordination*) ;
- Des réunions d'organisation des activités qui ont lieu chaque semaine sur chaque site pour l'ensemble des villas, avec l'équipe pluridisciplinaire afin de garantir la bonne coordination et la continuité de l'accompagnement ;
- Des réunions sont organisées une fois par trimestre par les Chefs de service avec l'équipe de nuit ;
- Des réunions générales réunissant les deux sites ont lieu une fois par mois afin de coordonner l'ensemble des professionnels des deux sites et de préparer le déménagement des sites.

**La mission d'évaluation encourage les deux sites du FAM à assurer l'organisation régulière de ces réunions afin de veiller à la bonne coordination de l'ensemble des professionnels** (notamment en ce qui concerne l'organisation des activités).

##### Les transmissions

**Plusieurs outils de transmission ont été mis en place sur les deux sites du FAM afin de bien coordonner l'accompagnement :**

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

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

- **Le dossier de l'utilisateur**

Si le projet d'établissement ne précise pas spécifiquement l'appartenance du dossier au résident, une procédure intitulée « Gestion des dossiers des usagers – version papier », rédigée en 2014 par le Pôle pour l'ensemble de ses établissements, détaille les droits d'accès au dossier, son lieu de conservation, son contenu et le droit à la confidentialité. Une procédure concernant la gestion du dossier informatique doit être rédigée par le Pôle.

A date d'évaluation, il existe un dossier informatique sur le logiciel PSI et un dossier papier pour chaque usager.

L'échantillon de dossiers consultés par la mission d'évaluation indique qu'il demeure un enjeu de structuration des dossiers papiers suivant la procédure construite par l'établissement, afin de garantir l'homogénéité de chaque dossier.

La confidentialité est garantie : le dossier administratif de l'utilisateur est conservé au secrétariat du Pôle dans une armoire fermant à clefs, et la partie médicale est conservée à l'infirmerie sous clef.

**Si globalement, à date d'évaluation, les informations des dossiers papier sont bien retranscrites dans les dossiers informatiques, la mission d'évaluation encourage l'établissement à rédiger la procédure d'élaboration et de gestion des dossiers informatiques afin de prévenir la déperdition des informations et de garantir l'homogénéité des pratiques.**

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

#### 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

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

Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement. Seul le règlement de fonctionnement devra faire l'objet d'un affichage. Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission. En outre, comme indiqué dans la procédure d'accueil du nouveau salarié, les éléments de la loi 2002-2 sont remis à tout nouveau salarié. Ces éléments ont été récemment remis à jour (livret d'accueil notamment afin d'être mieux en phase avec le projet du FAM).

Le livret d'accueil intègre les éléments précisés dans la circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, notamment la localisation, l'organigramme, les obligations du règlement de fonctionnement, les modalités d'accès au dossier, les prestations proposées. Le document est illustré par des photographies et présente les éléments de vie quotidienne dans l'établissement. Certains éléments pourraient y être ajoutés : le CVS, le numéro d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés à la prise en charge des adultes handicapés notamment. Sur la forme, des pictogrammes sont utilisés. Néanmoins, il pourra être davantage adapté à la compréhension des résidents.

Le règlement de fonctionnement est également conforme aux éléments décrits dans le décret n°2003-1095 du 14 nov.2003 relatif au règlement de fonctionnement. Il se présente sous la forme d'un document dactylographié et intègre : les modalités concrètes de l'exercice des droits des usagers, la confidentialité des informations, l'accès à la personne qualifiée, l'association des familles au fonctionnement de l'établissement et le respect du droit à une vie familiale, la gestion des situations d'urgence, les règles de vie en collectivité. Sur la forme, un travail pourra être réalisé pour l'adapter à la compréhension des usagers

La charte des droits et des libertés est affichée.

Le contenu du contrat de séjour est conforme au décret n° 2004-1274 du 26 nov.2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge et est signé dans le respect des délais légaux. Lors de la visite d'évaluation, un certain nombre de signatures étaient manquantes. L'établissement veillera à ce point.

Enfin, le Conseil de Vie Sociale (CVS) du FAM est effectif et fonctionne en bonne conformité avec la réglementation (*cf. supra*).



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

Le projet d'établissement formalisé en 2009 évoque la mise en œuvre des droits des usagers. Par ailleurs, le nouveau projet d'établissement qui sera effectif au moment du déménagement fait état d'une **réflexion approfondie sur la gestion des paradoxes**. Les droits sont également mentionnés dans le livret d'accueil de la structure.

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

Différentes initiatives permettent de garantir le **droit d'expression et de participation des résidents** :

- Un CVS est mis en place dans l'établissement. Il fonctionne en bonne conformité avec le cadre légal. Il se réunit 3 à 4 fois par an et un résident est élu Président. Il est commun aux 2 sites. Le recueil des demandes des résidents est organisé par les présidents et vice-président sur les 2 sites, avec le soutien des éducateurs spécialisés. L'analyse des comptes rendus des réunions de l'instance fait apparaître une bonne dynamique : y figurent des informations sur les projets en cours dans l'établissement (travaux, projets en cours) et des réponses à des questions diverses. récemment, un travail important a été réalisé par l'établissement pour davantage intégrer les familles au CVS ;
- Une commission menu commune aux 2 sites est mise en place : elle se réunit 2 fois par an en présence du prestataire et constitue l'occasion pour les résidents de s'exprimer sur leurs goûts et choix culinaires ;
- Un groupe de résidents a été désigné pour suivre l'avancée des travaux et du déménagement ;
- Des groupes de paroles sont mis en place sur les villas, sur les 2 sites. Ces derniers permettent aux accompagnants d'aborder des sujets relatifs à la vie de la villa (projets en cours, comme le déménagement, les sorties, etc.) ou la violence, les tensions du moment. Néanmoins, ces groupes de parole ne sont pas mis en place à une fréquence régulière et leur contenu n'est pas défini. Une harmonisation des pratiques en ce sens pourra être mise en place.

Une page « Votre satisfaction » dans le livret d'accueil invite les résidents à s'exprimer sur l'accompagnement quotidien au FAM. Les résidents interrogés lors de la visite d'évaluation ont pu faire part de leur sentiment de pouvoir s'exprimer et participer à la vie de l'établissement.

#### ■ Le droit à l'information

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

Un certain nombre d'éléments mis en place garantissent **la bonne information des résidents notamment sur la vie de l'établissement** :

- De nombreux affichages sont mis en place, notamment au sein des villas, plannings, etc. ;
- Les résidents sont informés au quotidien par les professionnels ;
- Un groupe « déménagement » a notamment été mis en place, de façon à ce que des résidents puissent suivre l'avancement du projet.

Les comptes rendus de CVS sont envoyés aux familles, et leur permettent d'être informées de la vie du FAM. Par ailleurs, un tableau d'affichage est placé dans le couloir, à l'entrée de l'établissement. Différents documents y sont affichés.

**Certains éléments pourraient améliorer les modalités d'informations des résidents** :

- Mettre en place des plannings d'activité adaptés à leur compréhension (utilisation de photographies, de pictogrammes, etc.) et harmoniser les pratiques d'affichage entre les sites et villas (supports communs et homogènes, etc.) ;
- Au niveau de la signalétique, renforcer les panneaux directionnels et les informations placées sur les portes (type de professionnel, photographie, horaires de présence, etc.).

#### ■ Le droit à la protection

**Le projet d'établissement réaffirme l'idée que le FAM doit assurer la protection et la sécurité de l'usager.**

**Différentes mesures concourent au respect du droit à la protection des personnes accueillies.** Le cadre de vie est sécurisant (l'accès est sécurisé par un code) et contenant. Un certain nombre de procédures et modalités de gestion des urgences ont été mis en place (plan cyclone, procédures d'appel en cas d'urgence, etc.).

**En sus, l'organisation et les pratiques professionnelles permettent de garantir la protection des usagers :** transmissions régulière, veille de nuit organisée, protocole de gestion et maîtrise du risque infectieux (médecin impliqué dans les travaux du CLIN et ARLIN), formation aux gestes de premier secours, etc.

**Sur la question de la confidentialité,** un paragraphe dans le livret d'accueil réaffirme le fait que L'ensemble du personnel est astreint « *soit au secret médical, soit au secret professionnel ou à l'obligation de réserve* ». Néanmoins, les professionnels veilleront dans leur pratique à respecter cet élément, notamment lors des échanges oraux informels, pouvant se tenir dans l'enceinte des sites.

#### ■ Le droit à l'autonomie

**Le droit à l'autonomie des personnes est respecté dans l'établissement** de par la possibilité pour les résidents de circuler à l'intérieur de celui-ci, et de conserver leurs biens. La liberté d'aller et venir fait l'objet d'un paragraphe dans le projet d'établissement.

**L'autonomie des personnes est évaluée** dans le cadre de leur admission, lors de l'élaboration et la réactualisation des PP par les bilans des professionnels et par l'utilisation de la grille GEVA. Leurs habitudes de vie sont respectées (heure du lever, etc.) et les résidents qui le peuvent ont la possibilité de sortir de l'établissement seul, en accord avec les équipes.

**L'organisation des villas par niveau de dépendance** permet aux professionnels d'encourager l'autonomie des résidents en fonction de leurs capacités. Notamment, ces derniers sont encouragés à participer aux tâches quotidiennes (ménage, repas, organisation des petits déjeuners) par un système de planning et en fonction de leurs souhaits et possibilités.

**Enfin, l'autonomie est promue dans le cadre de l'accompagnement** grâce notamment à l'intervention des professionnels de rééducation (ergothérapeute et psychomotricien).

#### ■ Le droit à l'intimité

**La configuration actuelle des locaux ne permet pas de respecter l'intimité des usagers** du fait des chambres doubles et des salles de bain et sanitaires partagés. Le projet de déménagement va permettre de pouvoir leur offrir en 2015 des conditions d'accueil davantage favorables.

**Le droit à la vie affective et sexuelle a fait l'objet d'une réflexion très approfondie au sein de l'établissement.** Ce droit est mentionné dans le projet d'établissement « *Le FAM accueille des personnes adultes qui ont la liberté de vivre leur sexualité* ». Un éducateur spécialisé du FAM participe au Comité Technique Départemental de réflexion sur l'accès à la vie relationnelle, affective et sexuelle de la personne handicapée. Cette réflexion a été menée en 2012 et 2013. Un classeur retraçant ce travail est mis à disposition dans l'établissement. Il contient notamment :

- Des extraits de la loi, du projet d'établissement, le cadre éthique, documentations et bibliographie en lien avec le sujet ;
- Les comptes rendus de réunion de veille du VRAS qui retracent les échanges entre professionnels sur la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et les actions à mettre en œuvre ;
- Des comptes rendus du Comité Technique Départemental (CTD) « Accès à la vie relationnelle, affective et sexuelle de la personne handicapée » dont fait partie l'éducateur spécialisé ;
- Un outil de repérage de la vie relationnelle affective et sexuelle.

Comme indiqué dans le projet d'établissement en projet, ce travail va mener à **l'élaboration d'une charte** permettant « *d'orienter, de délimiter et de signifier les accompagnements et les moyens à mettre en œuvre, pour, d'une part répondre au besoin d'épanouissement des résidents, et, d'autre part, permettre que l'action des professionnels s'inscrive dans une approche institutionnelle claire et formalisée, évitant que chacun ne décide seul et se prenne au piège de ses propres représentations.* »

Les professionnels ont également été formés à ce sujet et des mesures concrètes ont été mises en place en équipe pour permettre la vie de couple et la pratique de la contraception.

▪ **Le droit à la dignité**

**Le droit à la dignité est parfaitement respecté dans l'établissement.** Tout d'abord, les propos et postures des professionnels observés lors de la visite sur site sont respectueux des usagers. Les usagers et familles interrogés ont également fait part de ce sentiment.

Par ailleurs, les formations professionnelles de l'équipe transversale (Bientraitance) ont participé à renforcer la bienveillance et le respect de la dignité observé sur le terrain. Cette philosophie de bientraitance institutionnelle est également rappelée dans le projet d'établissement. Le FAM pourra également organiser les formations Humanitude pour les professionnels de l'établissement.

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

Les modalités de prise en compte des liens familiaux sont développées dans le projet d'établissement et le livret d'accueil de la structure. Un travail récent a été mené par les équipes afin de les associer le maximum à la vie de l'établissement.

**Ce droit est parfaitement respecté dans l'établissement :**

- Les familles et amis peuvent rendre visite à leurs proches en journée ;
- Les familles sont associées aux processus de projet personnalisé et aux CVS.
- Une « fête des familles » est organisée tous les ans : il s'agit d'un temps festif très apprécié par les résidents

Les familles interrogées dans le cadre de la visite sur site ont confirmé leur sentiment d'être bien informées de la vie de l'établissement et de la prise en charge proposée.

Seul point négatif, les locaux actuels ne permettent pas des rencontres familiales ou amicales plus intimes. Les chambres individuelles des résidents le permettront davantage, de même que l'installation d'un salon « familles ».

▪ **Pratique religieuse et droits civiques**

**La pratique religieuse est respectée au FAM les 3 Cascades :** elle est prise en compte dans les régimes alimentaires, des accompagnements à la messe sont proposés aux résidents qui le souhaitent. La pratique d'un culte est également inscrite dans le projet d'établissement et dans le livret d'accueil.

Par ailleurs, les **actions citoyennes sont encouragées** au sein de l'établissement :

- Participation au téléthon (vente d'objets construits par les résidents) ;
- Participation aux journées du patrimoine ;
- Accompagnement au droit de vote.

## 3.6. La prévention et la gestion des risques

### 3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes

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

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

**En termes de coordination** avec les structures de la Fondation, le service souhaite s'appuyer sur des binômes « agent de maintenance-personnel administratif » au sein des structures.

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

**Les dernières Commissions de sécurité ont émis des avis défavorable à la poursuite de l'activité du FAM au sein des locaux du site de Beaufond en mars 2012, et en novembre 2012 pour le site de Cambuston.**

Ces avis défavorables viennent conforter la pertinence de la construction des nouveaux locaux par la Fondation Père Favron. En effet, la Direction du Pôle Philippe de Camaret en accord avec la Direction Générale de la Fondation et les autorités de financement, ont opté pour la construction d'un nouveau foyer avec des bâtiments respectant les normes de sécurité actuelles qui sera situé à proximité de la MAS de l'Est, autre établissement géré par le Pôle. Ces nouveaux locaux pourront accueillir l'ensemble des résidents des foyers de Beaufond et Cambuston. Les délais de livraison du nouveau site du FAM ayant été décalés en raison du retard des travaux, le déménagement des résidents vers le nouveau FAM est prévu pour début 2015.

**Dans l'attente de la livraison des nouveaux bâtiments, des actions correctives ont été mises en œuvre par le Pôle Philippe Camaret afin de garantir la sécurité des résidents au sein des sites du FAM.**

Les locaux des villas situées sur les sites de Beaufond et Cambuston sont situés de plain-pied. Toutefois les bâtiments actuels ne répondent pas totalement aux normes d'accessibilité (problème d'accessibilité de certaines espaces, ...). Il n'y a pas eu de diagnostic accessibilité réalisé sur les sites du FAM.

**Les registres de sécurité des deux sites du FAM sont disponibles et correctement tenus à jour sous la coordination de l'équipe d'entretien du Pôle et des chefs de service de chaque site.** Les contrôles périodiques sont réalisés aux rythmes prévus (électricité, SSI, moyens de secours, ...) par des sociétés habilitées. Le contrôle des systèmes électriques et des systèmes de climatisation des villas du FAM devront également être réalisées annuellement et tracées dans les registres de sécurité.

**Les formations à la sécurité incendie ainsi que des exercices d'évacuation ont été régulièrement organisées jusqu'en 2012.** Les plans d'évacuation sont bien affichés à différents endroits des sites du FAM. Des consignes à suivre en matière de sécurité incendie sont également diffusées aux professionnels.

**Le DARI du FAM a été réalisé durant l'évaluation interne. Les deux sites ont été accompagnés par une IDE hygiéniste travaillant à l'ARS et au CCLIN et intervenant régulièrement au sein des établissements du Pôle.** Des procédures de prévention du risque infectieux (hygiène des mains, précautions standard et complémentaires, gestion des épidémies, conduite à tenir en cas d'AES, isolement sceptique, DASRI, nettoyage des locaux, ...) ont déjà été travaillées par les établissements du Pôle depuis l'analyse des risques. Les procédures devront être réactualisées lors du déménagement du FAM vers les nouveaux locaux.

**A date d'évaluation, les déchets DASRI ne sont pas entreposés dans un local sécurisé.** Ils sont stockés dans les infirmeries des deux sites du FAM. Le nouveau bâtiment du FAM sera équipé d'un local dédié aux DASRI, respectant les normes de stockage. Un travail de sécurisation des déchets DASRI a été mené sur l'ensemble des établissements du Pôle avec l'IDE hygiéniste partenaire, auprès des professionnels (sensibilisation, création d'une procédure), dans l'attente de la création du local dédié.

**Afin de garantir la sécurité des personnes, des mesures sont également prises par l'établissement au niveau de l'hygiène alimentaire et de l'hygiène des locaux :**

- L'hygiène alimentaire : pour les repas faits sur place : réalisation des relevés de température, conservation des plats témoins, conservation des étiquettes etc.;
- L'entretien des locaux : existence de procédures, de fiches-produits.

**Des points de vigilance sont toutefois relevés :**

- Organiser le déménagement des résidents des foyers dans le nouveau bâtiment garantissant le respect des normes d'hygiène et de sécurité ;
- Former annuellement les professionnels à la sécurité incendie ;
- Organiser deux fois par an les exercices incendies ;
- Isoler les déchets DASRI lors de l'installation des nouveaux bâtiments du FAM dans le local prévu à cet effet ;
- Effectuer les contrôles annuels de légionnelles et mettre en place le carnet sanitaire sur l'établissement.

#### ■ **La réalisation et le suivi de la maintenance**

**Les activités de maintenance sont assurées par l'équipe des agents de maintenance du Pôle Philippe de Camaret composée de 3 agents logistiques**, présents sur les 2 structures (MAS et les deux sites du FAM Les trois Cascades), en lien avec les cadres de proximité et la Direction du Pôle.

**Les opérations de maintenance sont bien coordonnées, gérées et suivies** au sein des deux sites du foyer.

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.

L'équipe des agents de maintenance réalise certaines opérations de maintenance et assure le suivi des entreprises intervenant sur les sites du FAM :

##### Maintenance préventive :

Toutes les opérations de maintenance sont sous-traitées et suivi par une personne dédiée. Une maintenance complémentaire est réalisée en interne : tour quotidien des organes de sécurité, etc.

##### Maintenance corrective :

L'ensemble des équipes note les actions à réaliser par remplissage de fiches de travaux qui sont transmis au cadre de chaque site, qui les transmet à l'équipe. En fonction de la demande, les agents de maintenance interviennent ou font appel à des prestataires extérieurs. Les réparations une fois réalisées, la fiche est retournée signée aux cadres. **Ce système permet ainsi une bonne traçabilité des interventions.**

Le professionnel peut également être appelé en cas d'urgence. Auquel cas l'intervention peut être réalisée directement et tracée a posteriori. Par ailleurs, s'il n'y a pas d'astreinte des agents en dehors de la période cyclonique, le chef de l'équipe peut être contacté en dehors de son service, en cas d'urgence. Il peut intervenir si possible, sinon le cadre d'astreinte prend contact avec une société extérieure.

#### **Quelques axes d'amélioration sont repérés :**

- Les surveillances annuelles de légionnelles ne sont pas réalisées et le carnet sanitaire n'est pas mis en place sur l'établissement à date d'évaluation ;
- Il n'existe pas, à date d'évaluation, d'outil centralisant le suivi de toute la maintenance technique.

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

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

- **L'organisation du travail permet la présence d'une équipe en continue toute la journée**, sur l'ensemble de la semaine et du week-end ;
- **La gestion des remplacements est organisée et formalisée dans une procédure rédigée par le Pôle** qui précise le rôle de chaque professionnel en vue d'assurer la continuité des interventions : des solutions sont recherchées pour assurer la gestion des remplacements, notamment par la modification des horaires de l'équipe ou personnel temporaire. Le Pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un pool de remplacement avec des professionnels dédiés ;
- **Un système d'astreinte administrative pleinement effectif est assuré par les cadres de proximité et la Direction du Pôle ;**
- **L'établissement a mis en place des procédures d'urgence** (procédure en cas de décès, en cas de fugue, en cas d'arrêt cardio-vasculaire, en cas d'absence, ...);
- **Tous les professionnels sont formés aux gestes de premiers secours ;**

- **Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie ont été réalisées pour les professionnels jusqu'en 2012.** Des instructions incendie sont affichées à différents endroits des sites du Foyer ;
- Une **veille de nuit organisée, structurée, est assurée par deux surveillants de nuit sur chaque site du Foyer. Les surveillants sont formés aux premiers secours qui effectuent des rondes régulières,** répondent aux appels des résidents si besoin ;
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament ci-après) ;
- **L'existence de temps de transmissions** à chaque changement de poste (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) ;
- L'existence d'un **DLU** (Dossier de liaison d'urgence) sur PSI ;
- **Une procédure en cas d'alerte cyclonique** est également en place au sein du Pôle Philippe de Camaret prévoyant le fonctionnement des établissements en cas d'intempérie ;

#### **Des axes d'amélioration sont repérés :**

- Former les professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Dans le cadre du déménagement des deux sites du FAM, poursuivre la réflexion amorcée par le Pôle sur le nombre de veilleurs de nuit et leur profil pour assurer un accompagnement adapté aux pathologies des résidents accueillis ;
- Mettre en place le carnet sanitaire pour assurer le suivi de la qualité de l'eau du Foyer et prévenir les risques liés aux légionnelles ;
- Poursuivre la mise en œuvre du DARI ;
- Elaborer le Plan bleu et le Plan de Continuité des Activités.

#### ■ **La sécurisation du circuit du médicament (sauf CAMSP, ESAT, SAVS, SESSAD...)**

**Le circuit du médicament est organisé et encadré par une procédure** (cf. partie 3.4.2. « L'accompagnement proposé/ structuration de l'accompagnement médical »).

**Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques**, claires et lisibles conservées dans les dossiers des résidents. Le médecin salarié du FAM assure la coordination avec l'ensemble des médecins traitants des résidents du foyer et la centralisation des ordonnances dans le dossier de chaque personne (1 médecin traitant sur le site de Beaufond et 4 médecins traitants sur Cambuston).

**L'approvisionnement des sites du foyer est assuré par la pharmacie du Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) situé à Saint-Benoît ou par des pharmacies de ville.** Les ordonnances sont transmises directement aux pharmacies chaque mois, ou plus si besoin. **Les IDE contrôlent la livraison des médicaments sur chaque site et assurent la préparation des piluliers des résidents chaque semaine.** Les sites de Beaufond et Cambuston disposent de stocks tampon de médicaments (antibiothérapie notamment) permettant de démarrer le traitement au plus vite si besoin (utilisation du stock encadrée par une procédure « si besoin »).

La distribution des médicaments est assurée de la même façon sur les deux sites du Foyer : les IDE les distribuent le matin, le midi et le soir. Certains médicaments peuvent toutefois être distribués par du personnel AS ou AMP. **Le suivi de la prise des médicaments est assuré par les personnels en charge de la distribution sur PSI.** La traçabilité de la prise des médicaments est assurée molécule par molécule. Tout refus de prise de traitement est également tracé dans le logiciel de soins.

Les médicaments sont conservés dans une armoire à médicaments fermée à clé, située dans l'infirmerie sur chaque site du foyer.

**Le circuit du médicament est globalement bien sécurisé sur les sites du FAM.**

### La mission relève toutefois que :

- la pharmacie hospitalière qui fournit les deux sites du FAM est placée, à date d'évaluation, dans l'hôpital de Saint-Benoît et non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie le Pôle Philippe de Camaret, comme prévu. Elle ne peut donc pas, légalement, fournir le FAM, conformément à l'article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique ;
- le partenariat sur la livraison du médicament devra également être formalisé par une convention avec la pharmacie ;
- la traçabilité de la prise des médicaments n'est pas assurée molécule par molécule s'ils sont distribués par le personnel AS ou AMP (pas d'accès au module distribution molécule par molécule sur PSI).

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

#### **Les deux sites du FAM ont mis en place un système de signalement et de recueil des événements indésirables.**

Les outils du Pôle Philippe de Camaret sont utilisés par l'établissement : une fiche d'incident est en place depuis 2010. Cette fiche précise le nom du déclarant, la personne concernée, la nature de l'incident et sa description, la réaction du déclarant, ses suggestions ainsi qu'une traçabilité des actions mises en œuvre. Les fiches d'incidents sont mises à disposition en salle du personnel.

Si le problème a une dimension médicale (chute), une saisie est réalisée sur le logiciel PSI. Une réponse est systématiquement apportée aux événements remontés.

**Depuis début 2014, 26 fiches ont été formalisées sur les deux sites du FAM.** L'examen de ces fiches montre que les signalements sont réalisés par les professionnels. Les signalements de 2014 ont porté sur des situations de violence ou d'agression, des remarques sur l'accompagnement médical ou sur les repas.

Les fiches sont principalement traitées par le CODIR qui communique sur les actions correctives mises en œuvre. Les fiches sont centralisées dans le Classeur des événements indésirables situé dans le bureau de la Direction du Pôle Philippe de Camaret. Un bilan est réalisé chaque mois et chaque année permettant de mettre en place des actions correctives face aux événements récurrents.

**Le Pôle Philippe Camaret a également édité une procédure de gestion des situations de maltraitance,** à destination des professionnels.

A date d'évaluation, les résidents et les familles peuvent signaler les événements indésirables oralement à l'équipe de Direction ou aux professionnels, ou par courrier. Il n'existe pas de registre des plaintes et des réclamations.

**Il est à relever qu'en date d'évaluation, les procédures de signalements et les fiches d'incidents sont en cours de redéfinition et de réactualisation par les professionnels du Pôle en vue de mieux répondre aux besoins des établissements, de mettre en place une analyse consolidée et une politique ciblée de réduction des incidents. La mission d'évaluation encourage le Pôle à finaliser ces nouveaux outils et à les diffuser sur les établissements.**

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

**L'établissement dispose d'un CHSCT,** commun au pôle Philippe Camaret, et dont le fonctionnement est conforme avec la réglementation.

**Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été réalisé en 2008 pour l'ensemble des établissements du Pôle.** Il présente des mesures de prévention envisagées pour la réduction des risques professionnels. Par certains aspects, le document apparaît incomplet (cotation des risques à affiner, ...). Un travail de réactualisation est en cours d'organisation avec le CHSCT du Pôle. La mission d'évaluation encouragera l'établissement à la réactualisation du document en y associant les professionnels.

**La démarche d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux n'est pas encore développée** sur l'établissement. Un travail de réflexion est en cours entre le siège de la Fondation et les organisations syndicales, afin de préciser la démarche appropriée au sein de la Fondation, qui sera déclinée dans les établissements.



### Par ailleurs, plusieurs mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle :

- **Une évaluation sur la pénibilité au travail** a été menée par le Pôle avec la mise en œuvre d'actions dédiées ;
- **Deux professionnels du Pôle sont formés PRAP** ;
- La **formation professionnelle** : des actions de formations sont proposées aux salariés. Il peut s'agir de formations collectives, individuelles, ou mutualisées au niveau de la Fondation. Les thématiques proposées apparaissent en bonne adéquation avec les besoins des professionnels et de l'établissement ;
- La **mise en place des entretiens professionnels** tous les deux ans, par l'équipe de Direction et/ou la chef de service ;
- La **mise en place d'un système de rotation du personnel** : un roulement entre les unités est prévu tous les trois ans, en accord avec les professionnels ;
- **Les réunions organisées** sur chaque villa avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'échanger sur des thématiques de prise en charge et contribuent à la prévention de l'usure professionnelle ;
- Un dispositif de **soutien psychologique aux professionnels** est mis en place : des analyses de pratiques ont été organisées en 2012 et 2013 avec un psychologue extérieur ;

### Des axes d'amélioration sont repérés par la mission d'évaluation :

- Réactualiser le DUERP en y associant les professionnels et en y intégrant les risques psychosociaux ;
- Réorganiser les groupes d'analyses de pratiques professionnelles en lien avec les demandes des professionnels.

### 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

L'établissement s'inscrit dans la **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance que promeut le Pôle Philippe de Camaret**. Des formations mutualisées ont été menées en 2013 au niveau du Pôle. Des formations sur l'amélioration de la bientraitance et la gestion des situations de violence en institution ont été organisées pour 6 professionnels en 2014.

**La bientraitance est un thème régulièrement discuté en équipe durant les réunions et les assemblées générales.** La synthèse de l'ANESM relative à la mise en œuvre de la bientraitance leur a également été présentée.

**Des analyses de pratiques ont régulièrement eu lieu en 2012 et 2013 avec un intervenant extérieur.** Ces temps de rencontre ont été arrêtés suite aux demandes des professionnels. La mission encourage l'établissement à réorganiser des temps d'analyses de pratiques réguliers, en concertation avec les demandes des professionnels.

**Si les équipes des deux sites du FAM sont sensibilisées à la prévention de la maltraitance, la mission encourage l'établissement à poursuivre les formations sur ces thématiques** pour l'ensemble du personnel afin d'installer la culture du questionnement permanent au cœur des pratiques professionnelles. La mise en place d'un Comité Bienveillance ou d'un Comité d'Ethique pourrait également venir compléter le dispositif de promotion de la bientraitance de l'établissement.

#### ■ La mise en œuvre de l'obligation de signalement

**Depuis 2006, la Direction du Pôle Philippe de Camaret a mis en place et diffusé dans ses établissements une procédure de signalement en cas de maltraitance.** Les professionnels rencontrés durant l'évaluation semblent avoir connaissance des obligations et des règles de signalement.

Un recueil des événements indésirables est en place et effectif. Une analyse des incidents est réalisée en CODIR.



Un travail de réactualisation des procédures de signalement des événements indésirables et des cas de maltraitance est en cours au niveau du Pôle Philippe de Camaret.

**La mission d'évaluation relève quelques pistes d'amélioration :**

- Afficher le numéro national d'appel contre la maltraitance 3977 sur les deux sites du FAM ;
- L'établissement veillera à intégrer les éléments sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2 remis aux usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement), qui doivent également comporter la mention du numéro 3977 ;
- Rappeler régulièrement l'obligation de signalement des actes de maltraitance à l'ensemble des professionnels.

## 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**

Le FAM est situé dans l'Est du département de La Réunion sur 2 sites (Saint-Benoît et Saint-André), ayant chacun une capacité d'accueil de 30 lits.

**Chacun des sites est bordé d'espaces verts et offre un cadre accueillant pour les résidents.** Si les sites sont aujourd'hui un peu excentrés des centres villes des deux villes et que les infrastructures de transports en commun assez rares impliquent des déplacements motorisés quasi systématiques, des liens ont toutefois pu être noués avec le voisinage entourant les établissements.

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

Le FAM a mis en place une bonne dynamique d'ouverture à et sur l'environnement. Cet aspect est également développé dans le projet d'établissement.

- **L'établissement est tout d'abord ouvert à l'environnement**, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de l'extérieur à l'intérieur de l'établissement :
  - De familles, régulièrement présentes sur l'établissement, pour des visites ponctuelles de leurs proches ou lors de temps institutionnels, comme la fête des familles ;
  - Le FAM accueille régulièrement de nombreux stagiaires ;
  - Une journée portes ouvertes a été organisée au niveau du pôle, à laquelle des personnes extérieures, comme des représentants de la mairie de Saint-Benoît ont pu se rendre ;
  - Un certain nombre de prestataires extérieurs et partenaires se rendent également au FAM :
    - Une convention a également été signée avec une psychologue et psychanalyste pour la réalisation de groupes d'analyse de pratiques dans l'établissement ;
    - Une convention passée avec une boulangerie pâtisserie pour la livraison du pain au FAM
    - Les prestataires linge, repas, etc.
- **L'établissement est également ouvert sur l'environnement**, c'est-à-dire qu'il mène des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville :
  - Sur le volet santé et médico-social :
    - Des liens ont été tissés avec les médecins de ville ;
  - Sur le volet socio culturel-loisirs, de nombreuses sorties sont organisées pour les résidents vers l'extérieur. Il s'agit notamment de partenariat en place avec :
    - La médiathèque de Saint Benoît ;
    - La Mairie de Saint-Benoît : le FAM est sollicité pour participer à des animations de la ville (Téléthon, forums santé, etc.) ;

- Des goûters peuvent être organisés avec le voisinage ou lors des fêtes tamouls ;
  - Une association de sport adapté à Saint-Benoit ;
  - La ferme thérapeutique de Saint-Anne :
  - Avec le Studio Henri Madore pour l'atelier musique ;
  - Avec le vélo club de Bras Panon ;
  - Un partenariat a été mis en place avec les familles du quartier (CASE) pour tisser des liens de voisinage ;
  - Des sorties sont également régulièrement organisées (cinéma, restaurants, etc.)
- Des séjours de rupture sur une modalité d'accueil temporaire à la MAS de St Gilles les Hauts permettent à certains résidents, outre la coupure avec son environnement habituel, de tisser des liens. Certains résidents travaillent aussi directement avec des associations (Case à lire, galerie) en fonction des choix personnels des résidents.

#### **Si la dynamique d'ouverture est effective, l'établissement sera encouragé à :**

- Développer les interventions bénévoles au sein du FAM, notamment par la sollicitation d'associations locales ;
- Développer les partenariats médicaux, en profitant de la future implantation du FAM près du GHER, de l'EPSMR...
- Conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques.

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

#### **▪ Les usagers**

Les 2 résidents rencontrés sur site participent à l'instance de CVS. Ils ont pu expliquer leur rôle dans l'instance et ont souligné son bon fonctionnement. **Ils sont satisfaits de la vie au FAM**, en particulier de l'ambiance et de la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels. Néanmoins, ils ont témoigné de leur désir quant à l'emménagement dans les nouveaux locaux, qui leur permettra de pouvoir disposer de chambres individuelles personnalisables et de sanitaires personnels.

**Ils ont le sentiment que leurs droits sont respectés** : en particulier ils ont le sentiment d'être bien informés de la vie de l'établissement et de pouvoir y participer dans de bonnes conditions. Enfin, ils se sont également exprimé sur les repas et la prise en compte des goûts de chacun, qui peuvent diverger (cuisine davantage traditionnelle ou moderne notamment). Ils ont également pu exprimer le fait qu'ils appréciaient les sorties et activités proposés, même si certains résidents souhaiteraient avoir davantage de temps à l'extérieur.

#### **▪ Les familles**

**Les familles interrogées sur site dans le cadre de l'évaluation ont témoigné de leur satisfaction** quant à l'accompagnement proposé par le FAM. Selon elles, les résidents sont bien pris en charge, dans leur respect de leurs souhaits et dans un climat bienveillant. Les familles se sont déclarées bien informées de la vie de l'établissement. Elles jugent les professionnels à l'écoute et accueillants. Elles apprécient les sorties et activités qui sont proposées et ont souligné l'individualisation de l'accompagnement, et la prise en compte des habitudes de chacun.

Si elles sont globalement satisfaites de l'ensemble de l'établissement, **quelques éléments pouvant faire l'objet de pistes d'amélioration ont été soulevés** :

- Le manque de personnel le week-end, notamment au niveau de l'encadrement et la surveillance ;
- Le manque de prestations beauté et bien-être (massages, coiffeur, etc.) ;
- Proposer plus de temps comme la fête des familles, qui semblent très plébiscités par les résidents.

Enfin, elles ont également fait part de leur impatience à découvrir les nouveaux locaux, les locaux actuels restants relativement vétustes.

#### ▪ Les partenaires

**Les partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation externe ont fait état des très bonnes relations qu'ils entretiennent avec le FAM Les 3 cascades.** Pour la plupart, il s'agit de partenariats de longues dates et qui fonctionnent bien. En effet, les partenaires interrogés ont déclaré travailler dans de bonnes conditions avec les professionnels de la structure et que ce travail concourrait à l'amélioration de la prise en charge des résidents. Les partenaires peuvent échanger avec les professionnels du FAM, qu'ils jugent ouverts et à l'écoute et disposent de l'ensemble des informations dont ils ont besoin pour assurer un accompagnement dans de très bonnes conditions.

Les personnes interrogées n'ont pas fait remonter de problématique particulière quant à leur collaboration avec le FAM. Ils souhaitent pouvoir les pérenniser et les inscrire dans la durée. C'est notamment le cas du studio Henri Madore, qui envisage de mettre en place de nouveaux aménagement pour accueillir les résidents du FAM dans des conditions encore meilleures (mise aux normes accessibilité personnes à mobilité réduite de l'ensemble du bâtiment notamment).

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

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

#### ▪ Le recrutement

**Un Responsable des Ressources Humaines intervient** au niveau du siège de la Fondation. La politique de recrutement des professionnels est structurée et définie par le Siège de la Fondation dans une procédure formalisée en 2012. Le process prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation du candidat retenu. Les entretiens de recrutement peuvent avoir lieu soit individuellement, soit collectivement. Ce choix est tranché en fonction des postes à pourvoir avec le RH. Certains postes (postes encadrants) nécessitent un entretien avec la Direction et des membres du Siège de la Fondation.

Le recrutement des postes en CDD est géré au niveau de chaque site du Foyer par l'équipe de direction en concertation avec les Chefs de services.

Le Pôle Philippe de Camaret a également mis en place une procédure détaillée de gestion des remplacements pour ses établissements.

**A date d'évaluation, l'ensemble des postes sont pourvus sur les deux sites du Foyer. Le FAM rencontre toutefois des difficultés pour pourvoir complètement le temps de médecin psychiatre (0,18 ETP pourvus sur les 0,5 ETP accordés). L'établissement rencontre également des difficultés de remplacement liées au taux élevé d'absentéisme du personnel sur les deux sites.** L'équipe de Direction du Pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un pool de remplacement avec du personnel dédié, permettant de pallier aux absences sans faire appel à des remplaçants ou du personnel intérimaire.

#### ▪ L'accueil des nouveaux salariés

**Depuis août 2009, le Pôle Philippe de Camaret a formalisé le processus d'accueil des nouveaux salariés au sein de ses établissements.**

**Le processus d'accueil est bien structuré, il permet une réelle prise de repères et favorise la bonne intégration de la personne :**

- Dès l'embauche, le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de documents (contrat de travail, fiche de poste, organigramme, Plaquette de présentation de la Fondation, règlement intérieur, règlement de fonctionnement, Livret d'accueil, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Charte de la Fondation, fiche évaluation fin de CDD et période d'essai CDI, , ...). Des documents sont

également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : Projet d'Établissement, Projet d'Unité, Fiche d'incident et les procédures diverses ;

- Avant sa prise de poste, le salarié est reçu par le Directeur Général de la Fondation Père Favron pour lui faire signer son contrat et lui présenter les missions et valeurs de la Fondation. Dans un second temps, le professionnel rencontre les Chefs de service qui lui présentent les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents et la Démarche Qualité ;
- Le nouveau professionnel est ensuite présenté aux résidents et salariés ;
- Un système de parrainage est mis en œuvre dès l'arrivée du salarié pendant deux ou trois jours selon les possibilités de chaque villa. Une personne accueillante est l'interlocutrice privilégiée de la personne, elle a pour mission de guider le nouveau professionnel dans la structure, de lui faire connaître son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement des soins, ...). Le « parrain » présente également les us, coutumes et les valeurs du Foyer, il est chargé de lui transmettre le savoir être dans l'établissement (comportement, manière de se présenter, de se conduire devant les situations difficiles, devant des agressions, d'être en relation avec les familles, les résidents ...) ;
- Des temps d'échange sont organisés une fois par semaine entre le nouveau salarié et la Chef de service durant ses premières semaines de travail afin de s'assurer de la bonne intégration du professionnel et de l'adéquation de son profil avec le poste ;
- En fin du premier mois, un bilan d'intégration est réalisé avec le professionnel. Cette rencontre est guidée par la fiche d'évaluation remise au salarié dès son arrivée. La Chef de service et la Direction rencontrent le nouveau salarié afin d'échanger sur les pratiques, le sentiment d'intégration, les atouts et les points d'amélioration à travailler par le candidat.

**Un Livret d'accueil du nouveau salarié vient d'être finalisé au sein de la Fondation.** Ce document 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.**

**Un nouveau temps d'accueil des salariés va également être prochainement mis en œuvre au niveau de la Fondation :** une matinée d'accueil de tous les nouveaux salariés de la Fondation sera organisée avec une présentation des valeurs et des missions ainsi que la distribution du Livret d'accueil des salariés et des documents de la Fondation. La première matinée d'accueil à la Fondation est prévue pour octobre 2014.

**Depuis octobre 2008, le Pôle a également formalisé une procédure permettant d'organiser l'accueil des stagiaires** afin de favoriser leur intégration et d'organiser l'encadrement de chaque personne pour garantir la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

**Si dans le contexte actuel de restructuration des établissements du Pôle Philippe de Camaret et du prochain déménagement du FAM, il existe un véritable enjeu de rassembler les salariés des deux sites de l'établissement autour d'une culture commune de Pôle et autour des valeurs de la Fondation, la mission d'évaluation tient à souligner la qualité des pratiques mises en œuvre par le Pôle pour accueillir chaque nouveau salarié dans de bonnes conditions, lui permettant une prise de repères progressive au sein de son nouveau poste.**

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

##### Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

La politique de formation est prise en charge le Foyer, sur la base d'orientations données par le Pôle Philippe de Camaret et par la Fondation (orientations générales et spécifiques à chaque filière).

### **Le recueil des besoins et l'élaboration du plan sont structurés :**

- Un questionnaire de recueil des besoins en formation est distribué chaque année aux professionnels en août afin de pouvoir les intégrer dans le Plan de formation formalisé en octobre. Une synthèse est faite et présentée au CODIR, au CE/DP ainsi qu'à la Commission Formation du Pôle composée d'un DP, de la psychologue du FAM, d'un cadre, de l'équipe de Direction ainsi que d'un salarié de chaque établissement.
- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), des besoins et souhaits communs tout en respectant le budget.
- Les représentants du personnel sont informés et consultés sur le plan de formation. Le plan de formation annuel est présenté au CODIR. Il est ensuite affiché pour information.
- La Commission Formation se réunit deux à trois fois par an, elle est chargée de faire la synthèse des demandes des professionnels, d'analyser les besoins des publics accueillis afin de mettre en œuvre des formations adaptés aux différentes demandes. La Commission évalue également les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme ;

La recherche de fonds autres que le plan de formation est effectuée. La recherche de fonds est notamment menée par la Direction du Pôle auprès de différents partenaires (UNIFAF, CNR...).

### Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

Un plan de formation est élaboré chaque année pour l'ensemble du Pôle Philippe de Camaret et reprend les souhaits des professionnels, remontés par le biais des questionnaires « demandes de formation », les axes stratégiques développés dans le CPOM, les PE, et les politiques de la Fondation. Ce plan de formation est présenté et concerté avec les représentants du personnel.

Une partie des formations concerne la sécurité (une partie des professionnels a suivi des formations « recyclage SST », « Hygiène en collectivité » en 2012 et 2013).

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public : une partie des professionnels a suivi les formations « Améliorer la Bienveillance », « Agressivité et fin de vie en institution » et « Mise en place de stratégies éducatives avec des personnes aux troubles autistiques ». Une formation au management a également été organisée pour l'encadrement intermédiaire.

### **Quelques axes d'amélioration sont identifiés :**

- Former l'ensemble des professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Poursuivre l'organisation des formations sur les pathologies et le vieillissement des résidents, sur la bienveillance et proposer des formations « *Humanitude* » pour l'ensemble des professionnels du FAM ;
- Poursuivre la politique de professionnalisation amorcée par l'établissement (mise en œuvre de dispositifs passerelles, VAE) ;
- Poursuivre la communication aux professionnels sur l'élaboration du plan de formation et les choix opérés ;
- Poursuivre la communication sur le rôle de la Commission Formation et diffuser l'évaluation des formations aux équipes.

#### ■ La promotion de la mobilité

**L'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels** (entre villas, entre les deux sites, entre Pôle, entre établissements de la Fondation). La Direction des ressources Humaines de la Fondation diffuse régulièrement des notes d'information sur les modalités à suivre pour faire remonter les souhaits de

mobilité au Siège. Ce dispositif sera développé dans le cadre de la GPEC. Les offres d'emploi ouvertes dans les établissements de la Fondation sont diffusées à l'ensemble des structures. L'entretien d'évaluation et les demandes individuelles des professionnels permettent le recueil des souhaits des professionnels sur ce thème. L'établissement a favorisé et favorise les évolutions de carrière. Des formations individuelles et qualifiantes ont été proposées aux salariés en poste en vue d'une promotion (Nombreuses Formations passerelles ASD).

▪ **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 ont été élaborées et sont diffusées au sein de l'établissement depuis 2011. Un travail de réactualisation des fiches de postes vient d'être finalisé au niveau du Siège, ces dernières seront prochainement diffusées dans les établissements.

Le service RH de la Fondation élabore chaque année un bilan social qui reprend les différentes thématiques RH (formations, pyramide des âges, absentéisme...), sur la base des informations des établissements.

Un accord sénior vient d'être signé. Sa mise en œuvre est en cours de définition au niveau de la Fondation.

La Fondation procède au recensement des départs en retraite et procède à des simulations à 5 ans.

### 3.8.2. Organisation et management

**La répartition des fonctions est globalement claire et lisible.** Les entretiens menés par la mission d'évaluation montrent que les professionnels sont au fait des liens hiérarchiques et des responsabilités et missions de chacun.

**La mission d'évaluation encourage toutefois l'établissement à poursuivre la communication sur le rôle de la Directrice, de la Directrice Adjointe et sur ceux des Chefs de service, au vu des évolutions récentes de leurs missions et en prévision du déménagement du Foyer.**

**Il existe des fiches de poste pour chaque professionnel,** travaillées en 2011 avec la Fondation et en lien avec les équipes du Foyer. Ces fiches de poste sont remises à chaque professionnel lors de son embauche.

**Un organigramme** du Pôle précise les liens hiérarchiques et fonctionnels.

**Un document formalisé précise les délégations** entre la Direction Générale de la Fondation, la Directrice, la Directrice Adjointe du Pôle et les Chefs de service.

**Les temps managériaux sont effectifs et efficaces.** Des ordres du jour sont préparés à l'avance et des comptes-rendus sont établis :

- **Le Comité de direction** se réunit en moyenne trois fois par mois et regroupe l'équipe de direction et les chefs de service. Il permet de faire un point sur les questions de l'encadrement, les problématiques du moment, la communication, etc. ;
- **La réunion des cadres élargie** se réunit environ une fois par mois et regroupe l'équipe de Direction, les Chefs de service et l'ensemble des cadres techniques des deux sites du FAM (médecins, psychologues, cadre administratif). Cette réunion permet également d'échanger sur les problématiques rencontrées par l'équipe ainsi que de diffuser des informations sur les orientations et les projets de l'établissement ;
- **Des réunions en Comité de veille qualité** sont organisées en moyenne 3 à 4 fois par an, elles permettent d'assurer le suivi du Plan d'actions de l'évaluation interne et de la Démarche Qualité initiée ;
- **Des réunions liées à la coordination de l'accompagnement** cités précédemment (cf. 3.4.3 « La coordination de l'accompagnement ») ;
- **Des réunions générales réunissant les deux sites du Foyer ont lieu une fois par mois** afin de coordonner l'ensemble des professionnels des deux sites et de préparer le déménagement des sites ;
- **Des réunions institutionnelles** ont lieu autant que de besoin, en fonction des thèmes à aborder, avec l'ensemble des professionnels ;

- **Des réunions générales** à destination de l'ensemble du personnel ont lieu deux fois par an, et permettent de diffuser les informations sur les orientations et les projets de l'établissement ainsi que de recueillir l'avis des professionnels ;
- **Les réunions avec les IRP ;**
- **Des temps informels** sont également organisés entre :
  - o L'équipe de maintenance et la direction : échanges sur le registre de sécurité, le suivi prestataire, etc.
  - o Le personnel administratif : point sur un dossier résident, sur la comptabilité, etc.
- **La réunion de Direction de la Fondation** a lieu une fois par mois avec l'ensemble des Directeurs, Directeurs Adjoints et les cadres du Siège.

**Les ordres du jour et comptes-rendus sont diffusés au personnel par voie d'affichage sur les deux sites du Foyer.**

**La diffusion de la revue de la Fondation *Messages* tous les deux mois** permet également aux salariés d'être informés des événements et projets de la Fondation.

**La mission d'évaluation tient à souligner la qualité du travail mené en amont par l'équipe de Direction et les équipes des deux sites du foyer afin de préparer l'ensemble des professionnels au changement prochain d'établissement et d'anticiper au mieux le déménagement.** Ainsi, des réunions « Accompagnement au changement » ont été organisées en équipe pluridisciplinaire avec l'aide d'un cabinet extérieur depuis 2011 pour bien préparer le déménagement. Les deux sites organisent également régulièrement des réunions entre les différents services (réunion IDE, réunions inter-sites une fois par mois ...) pour bien anticiper le rapprochement prochain des équipes.

**Quelques axes d'amélioration sont soulevés par la mission d'évaluation :**

- Assurer la tenue régulières des différents temps de réunion existants afin de faciliter la coordination entre les nombreux différents acteurs de l'accompagnement ;
- Poursuivre la formation de l'encadrement intermédiaire au management ;
- Poursuivre l'organisation des réunions entre les équipes des deux sites pour préparer le déménagement et favoriser la mise en œuvre d'une culture d'établissement commune.

**Des Entretiens professionnels biennaux ont été organisés tous les deux ans par l'équipe de Direction.** La réorganisation et la redéfinition des entretiens professionnels sont en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Les entretiens professionnels vont être repris prochainement par les Cadres de proximité.



## 4. Synthèse de l'évaluation externe

### 4.1.1. La démarche d'évaluation interne

**L'établissement a réalisé 2 évaluations internes.** La première a été menée en 2008 puis une seconde a été réalisée sur l'année 2013. L'établissement s'est fait accompagner par un organisme extérieur (EFFICIO) pour mener à bien la démarche, menée conjointement pour la MAS, le FAM et le SAMSAH du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret (PMS).

**La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire.** Le référentiel utilisé intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm. Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été mis en place. Des groupes de recueil de données participatifs ont été organisés, selon une approche qualitative. Les familles, résidents, partenaires et autorités de contrôles et de tarification ont également été interrogés. Tout au long de la démarche, différentes réunions et informations ont permis d'informer le personnel de son déroulement. Elle a également été évoquée en réunion de CVS. **Un rapport final de diagnostic a été élaboré** et, pour chaque sous-thème du référentiel, les idées clés sont renseignées. Il ne met cependant pas clairement en évidence les points forts et les points d'amélioration de l'établissement.

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un travail de réalisation de propositions d'amélioration a été mis en œuvre** à l'occasion d'un groupe de progrès, en août 2013. En parallèle des travaux de définition des PPP pour chaque établissement, un travail de mise en cohérence a été fait au niveau du pôle, afin de créer un plan global évitant les redondances des actions au niveau de chaque établissement. Le plan créé se décline en 40 objectifs généraux répondant à des problèmes posés, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels et actions prioritaires. **Au total, près de 103 actions prioritaires ont été dégagées.** La forme du plan apparaît opérationnelle : il s'agit d'un fichier Excel avec un planning de mise en œuvre par action, pilotes, etc. Il prévoit aussi un encart de suivi de l'avancement des actions. Le PPP ainsi créé a été affiché dans l'établissement. Il a également fait l'objet d'échanges en CVS. Le FAM sera encouragé à poursuivre son appropriation par le personnel.

Afin de mettre en œuvre le PPP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement, un **Comité de veille a été créé.** Ce dernier doit se réunir *a minima* une fois par an et est commun au PMS. **En août 2014, une première réunion de suivi du Comité de veille s'est tenue** en présence de la Directrice de pôle. Elle a permis de réaliser un premier état des lieux sur les actions menées et à mettre en œuvre. **Depuis la fin de la démarche, un certain nombre d'actions ont d'ores et déjà été mises en œuvre.** Aujourd'hui, l'enjeu est de redéfinir les missions du Comité de veille et d'organiser le pilotage de la mise en œuvre du PPP et de son suivi, laissés en suspens depuis la fin de la démarche, notamment du fait de nombreux chantiers en cours au niveau du pôle (travaux, déménagements, etc.).

### 4.2. 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 large diffusion au sein du FAM,** notamment à l'occasion des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI). Par ailleurs, la procédure d'élaboration des projets personnalisés fait clairement mention des RBPP afférentes. **Des communications régulières sont également organisées** : lors de l'évaluation interne par exemple, une présentation d'un travail de synthèse des RBPP a été faite aux professionnels en octobre 2013. Les RBPP sont également fréquemment évoquées à l'occasion de réunions, en transmission, etc. **Elles sont mises à disposition dans un classeur dans l'établissement.** Le FAM sera invité à poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes et leur mise en perspective avec l'ensemble des travaux menés ou en cours.

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

**Le FAM Les 3 Cascades dispose d'un Projet d'Etablissement réalisé en 2009,** dans un contexte de reprise de l'agrément des deux sites du Foyer par la Fondation Père Favron en 2006, suite à une demande des autorités de tarification et contrôle. **L'écriture du nouveau projet s'est déroulée de façon participative, entre octobre 2006**



et avril 2008, sous le format d'une formation-action, accompagnée par deux psychosociologues et d'un psychanalyste, membres d'un organisme extérieur de formation (ANDESI).

Un comité de pilotage composé d'un membre de chaque catégorie socioprofessionnelle a été mis en place en pour valider et coordonner les travaux. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été organisés avec l'ensemble des professionnels sur les deux sites. Les familles, résidents et partenaires ont été associés à la démarche. Le projet a été validé par le CVS et le Conseil d'Administration. Il a également été envoyé aux autorités de tarification.

Depuis 2011, en vue de préparer le déménagement des deux sites du foyer, un travail sur l'accompagnement au changement a été organisé par la Direction du Pôle, accompagnée par un organisme extérieur. **Ce travail a abouti à l'élaboration du futur Projet d'Etablissement du nouveau FAM.**

**Le projet d'établissement de 2009 aborde la grande majorité des thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2<sup>7</sup> et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm<sup>8</sup>.** Il intègre l'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire, le public accueilli et son entourage, les principes d'interventions de la structure, etc. **Toutefois, le projet d'établissement n'aborde notamment pas son intégration dans les politiques publiques régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012). De plus, s'il présente bien ses objectifs d'évolution, il ne les décline pas dans un plan d'actions opérationnel prévoyant les pilotes, échéances et indicateurs de mesure. Enfin, il aborde globalement l'ensemble des thématiques exigées par le décret du 20 mars 2009 concernant les MAS-FAM-SAMSAH<sup>9</sup>

**Le projet est mis à disposition** en salle du personnel et sur le site de la Fondation pour consultation. Le document a également été présenté en Comité de Pilotage, aux professionnels et aux représentants du CVS du Foyer dans le cadre de plusieurs réunions organisées en 2009. Le Projet est présenté au nouveau salarié dès son embauche. **Si un dispositif de suivi et de pilotage avait été prévu lors de la rédaction du Projet en 2008, il n'a pas été effectif depuis. Dans le cadre de la réactualisation de son projet, l'établissement envisage de mettre en œuvre cette instance de suivi,** qui pourrait être pilotée par le Comité de veille Qualité du Pôle Philippe de Camaret.

**Le projet du FAM Les 3 Cascades est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron,** auxquelles il fait référence. Le Conseil d'Administration de la Fondation a validé ce projet en avril 2010. **Le projet d'établissement est en cohérence avec les missions des FAM<sup>10</sup>,** qu'il décline en modalités concrètes d'accompagnement, notamment en matière d'accueil par petits groupes au sein d'unités de vie, d'actions socio-éducatives favorisant l'expression et le développement des potentialités par une stimulation adaptée, ou d'accompagnement médical. **A date d'évaluation, les deux sites du FAM apportent uniquement une réponse aux besoins en hébergement permanent.** Le nouveau projet du FAM, qui sera mis en œuvre dès le déménagement du site vers des nouveaux locaux prévu pour début 2015, prévoit un dispositif d'accueil temporaire (4 places). L'accueil de jour n'a pas été retenu par les autorités de tarification.

**La dynamique d'adaptation aux besoins des personnes est positive :** construction d'un nouveau bâtiment, cadre de vie agréable et familial, localisation adaptée, adaptation aux niveaux d'autonomie des résidents, équipes formées, diversité des activités proposées à chacun, partenariats, etc.

**Au plan des moyens humains, le ratio ETP/place est actuellement de 1,10.** L'établissement apparaît correctement doté, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences et sur le niveau de qualification.

Depuis août 2009, le Pôle Philippe de Camaret a formalisé le **processus d'accueil des nouveaux salariés.** Le processus d'accueil est bien structuré, il permet une réelle prise de repères et favorise la bonne intégration de la personne. Par ailleurs, un livret d'accueil des salariés vient d'être édité au niveau associatif et sera remis aux

<sup>7</sup> 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. (...) »

<sup>8</sup> RBPP Anesm « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » (Mai 2010)

<sup>9</sup> Cf. CASF, art. D.344-5-1

<sup>10</sup> Cf. Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (MAS, FAM, SAMSAH).

prochains salariés. Enfin, depuis octobre 2008, le Pôle a également formalisé une procédure permettant d'organiser l'accueil des stagiaires afin de favoriser leur intégration et d'organiser l'encadrement de chaque personne pour garantir la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

**L'établissement dispose d'un CHSCT**, commun au pôle Philippe de Camaret, et dont le fonctionnement est conforme avec la réglementation. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été réalisé en 2008. **La démarche d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux n'est pas encore développée** sur l'établissement. Un travail de réflexion est en cours entre le siège de la Fondation et les organisations syndicales, afin de préciser la démarche appropriée au sein de la Fondation, qui sera déclinée dans les établissements. Plusieurs mesures concourent à la **prévention de l'usure professionnelle** : évaluation de la pénibilité du travail menée par le pôle, professionnels formés au PRAP, mise en place des entretiens professionnels, mise en place d'un système de rotation du personnel, dispositif de soutien psychologique aux professionnels notamment. **Le FAM est encouragé à réactualiser le DUERP et réorganiser les groupes d'analyses de pratiques professionnelles en lien avec les demandes des professionnels.**

**L'accompagnement est structuré, coordonné et adapté aux besoins du public.** La traçabilité des soins est effectuée chaque jour par les équipes soignantes sur PSI. Il existe encore des fiches de suivi spécifique en version papier (fiche hydratation, ...). Un des enjeux repérés par les deux sites du foyer réside dans la meilleure utilisation de l'ensemble des fonctionnalités du logiciel PSI. Le dossier médical du résident est sur PSI, coordonné par le médecin généraliste des foyers qui assure l'homogénéité et la structuration du contenu. De nombreux protocoles de soins généraux ont été formalisés (une trentaine), récemment réactualisés (2014) et validés par le médecin généraliste. Des protocoles individuels sont également en place pour certains résidents. **Le circuit des médicaments est organisé et la coordination des soins est bien** assurée à travers différentes réunions. Les thématiques de soins spécifiques sont également bien prises en compte (douleur, chutes, déshydratation, etc.). La qualité de l'accompagnement proposé sur le plan psychiatrique, psychologique et rééducatif est soulignée.

**L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est bien structuré au sein des villas.** L'équipe de chaque villa est composée d'un Moniteur Educateur coordonnateur et d'une équipe d'AS et d'AMP. Chaque résident dispose d'un plan de soin individuel. L'organisation de la veille de nuit est également structurée sur les deux sites du Foyer. L'accompagnement à la vie quotidienne est adapté aux besoins des résidents et personnalisé : emplois du temps personnalisés, protocoles de prise en charge individuel... Les rythmes et habitudes de vie sont respectés.

**L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est décrit dans le projet d'établissement du FAM.** Il est en cours de réactualisation dans le cadre de la réactualisation du Projet. Cet accompagnement est très bien structuré sur les deux sites du FAM (plannings, projets d'activités, etc.). L'offre apparaît variée et très adaptée à la prise en charge des résidents du FAM.

**La mission d'évaluation tient à souligner la qualité de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle mis en place sur les deux sites du Foyer**, par une équipe très investie de professionnels aux compétences et profils variés, soucieuse du sens des activités pour chaque personne. L'accompagnement est personnalisé au quotidien, sur la base des projets personnalisés.

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

Le FAM est situé dans l'Est du département de La Réunion sur 2 sites (Saint-Benoît et Saint-André), ayant chacun une capacité d'accueil de 30 lits. **Chacun des sites est bordé d'espaces verts et offre un cadre accueillant pour les résidents.** Si les sites sont aujourd'hui un peu excentrés des centres villes des deux villes et que les infrastructures de transports en commun assez rares impliquent des déplacements motorisés quasi systématiques, des liens ont toutefois pu être noués avec le voisinage entourant les établissements.

**On note une réelle dynamique d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement**, en témoignent la présence de stagiaires, ou la venue de partenaires, prestataires extérieurs et familles dans l'établissement,

notamment lors des temps festifs (fêtes familles par exemple). Par ailleurs, le FAM développe des coopérations vers l'extérieur en particulier sur le volet socio-culturel et des loisirs (médiathèque, Mairie de Saint-Benoit, tissage de liens avec le voisinage, studio Henri Madore, sorties régulières, etc.). Le FAM est toutefois encouragé à conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation et développer les partenariats médicaux, en profitant de la future implantation du FAM près de la clinique Saint-Benoit.

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

**A date d'évaluation, les projets personnalisés sont effectifs au FAM** : tous les résidents ont un projet personnalisé. La plupart d'entre eux (90%) disposent d'un projet actualisé (moins d'un an). L'établissement a en effet mis en attente la réactualisation de certains projets, dans l'attente du déménagement. Le FAM sera invité à finaliser la réactualisation des projets et s'assurer de leur bonne signature.

**Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure commune au pôle.** Elles sont également détaillées dans le projet d'établissement de la structure. La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure. Un travail de synthèse a également été réalisé dans **le nouveau livret d'accueil de la structure, qui présente de façon schématique le processus. La démarche mise en place inclut ainsi une co-construction du projet avec l'utilisateur ou son représentant légal et est pluridisciplinaire.** Le recueil des souhaits des usagers est bien pris en compte, la démarche est pluridisciplinaire et coordonnée par un référent de projet. L'établissement s'appuie également sur **un certain nombre d'outils et de documents clés** pour l'élaboration des projets personnalisés.

**Le contenu des projets personnalisés apparaît tout à fait pertinent** : il prend en compte les différentes dimensions de l'accompagnement. La visite sur site a permis de constater que le contenu des projets était de bonne qualité et les écrits relativement homogènes. Les projets font systématiquement l'objet d'un **avenant au contrat de séjour**. Le FAM sera encouragé à poursuivre la migration de l'outil vers le système informatique PSI qui reste aujourd'hui non achevée.

**L'établissement dispose d'un CVS fonctionnant en conformité globale avec les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm.** Il réunit trois fois par an et inclut résidents et familles. L'instance apparaît active et dynamique : des temps d'information et de recueil des demandes sont prévus, notamment par les résidents élus sur chacun des deux sites.

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

**Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement. Seul le règlement de fonctionnement devra faire l'objet d'un affichage.** Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission. En outre, comme indiqué dans la procédure d'accueil du nouveau salarié, les éléments de la loi 2002-2 sont remis à tout nouveau salarié. **Ces éléments ont été récemment remis à jour** (livret d'accueil notamment afin d'être mieux en phase avec le projet du FAM).

**Le droit à la dignité est parfaitement respecté dans l'établissement.** Tout d'abord, les propos et postures des professionnels observés lors de la visite sur site sont respectueux des usagers. Les usagers et familles interrogés ont également fait part de ce sentiment. **La configuration actuelle des locaux ne permet pas de respecter l'intimité des usagers** du fait des chambres doubles et des salles de bain et sanitaires partagés. Le projet de déménagement va permettre de pouvoir leur offrir en 2015 des conditions d'accueil davantage favorables.

**Le droit à la protection est correctement assuré sur l'établissement** : Le cadre de vie est sécurisant (l'accès est sécurisé par un code) et contenant. Un certain nombre de procédures et modalités de gestion des urgences ont été mis en place (plan cyclone, procédures d'appel en cas d'urgence, etc.). Le droit à l'autonomie est également assuré : liberté de circulation à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, participation aux tâches de la vie quotidienne etc.

**Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est favorisé par l'établissement.** Les résidents peuvent recevoir autant de visites qu'ils le souhaitent, et les familles sont impliquées dans l'accompagnement (PAP, CVS). Une fête des familles est également organisée tous les ans. Un travail récent a été mené par les équipes afin de les associer le maximum à la vie de l'établissement. Les familles interrogées dans le cadre de la visite sur site ont confirmé leur sentiment d'être bien informées de la vie de l'établissement et de la prise en charge proposée.

**Les dernières Commissions de sécurité ont émis des avis défavorable à la poursuite de l'activité du FAM** au sein des locaux du site de Beaufond en mars 2012, et en novembre 2012 pour le site de Cambuston. Ces avis défavorables ont conforté la pertinence de la construction de nouveaux locaux. En effet, la Direction du Pôle Philippe de Camaret en accord avec la Direction Générale de la Fondation et les autorités de financement, ont opté pour la construction d'un nouveau foyer avec des bâtiments respectant les normes de sécurité actuelles qui sera situé à proximité de la MAS de l'Est, autre établissement géré par le Pôle. Ces nouveaux locaux pourront accueillir l'ensemble des résidents des foyers de Beaufond et Cambuston. **Dans l'attente de la livraison des nouveaux bâtiments, des actions correctives ont été mises en œuvre par le Pôle Philippe Camaret afin de garantir la sécurité des résidents au sein des sites du FAM.** Les registres de sécurité des deux sites du FAM sont disponibles et correctement tenus à jour sous la coordination de l'équipe d'entretien du Pôle et des chefs de service de chaque site. Les contrôles périodiques sont réalisés aux rythmes prévus (électricité, SSI, moyens de secours, ...) par des sociétés habilitées. Les formations à la sécurité incendie ainsi que des exercices d'évacuation ont été régulièrement organisées jusqu'en 2012. Le DARI du FAM a été réalisé durant l'évaluation interne. Les deux sites ont été accompagnés par une IDE hygiéniste travaillant à l'ARS et au CCLIN et intervenant régulièrement au sein des établissements du Pôle.

**La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées à travers :** l'organisation du travail, qui permet la présence d'une équipe en continue toute la journée, la gestion des remplacements : organisée et formalisée dans une procédure, un système d'astreinte administrative pleinement effectif et assuré par le cadre de proximité et la Direction du Pôle, des procédures d'urgence, des formations aux gestes de premiers secours, des formations obligatoires en matière de sécurité, une veille de nuit organisée, structurée et assurée sur chacun des sites du foyer, un circuit du médicament, formalisé et organisé, l'existence de temps de transmissions, d'un DLU, d'une procédure en cas d'alerte cyclonique. Toutefois, la pharmacie hospitalière qui livre les médicaments sur les deux sites du FAM ne peut légalement le faire puisqu'elle est placée, à date d'évaluation, dans l'hôpital de Saint-Benoît et non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie le Pôle Philippe de Camaret (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique).

**Les deux sites du FAM ont mis en place un système de signalement et de recueil des événements indésirables.** Les outils du Pôle Philippe de Camaret sont utilisés par l'établissement : une fiche d'incident est en place depuis 2010. Cette fiche précise le nom du déclarant, la personne concernée, la nature de l'incident et sa description, la réaction du déclarant, ses suggestions ainsi qu'une traçabilité des actions mises en œuvre. Les fiches d'incidents sont mises à disposition en salle du personnel. **Depuis début 2014, 26 fiches ont été formalisées sur les deux sites du FAM.** L'examen de ces fiches montre que les signalements sont réalisés par les professionnels. Les signalements de 2014 ont porté sur des situations de violence ou d'agression, des remarques sur l'accompagnement médical ou sur les repas. Les fiches sont principalement traitées par le CODIR qui communique sur les actions correctives mises en œuvre. Les fiches sont centralisées dans le Classeur des événements indésirables situé dans le bureau de la Direction du Pôle Philippe de Camaret. Un bilan est réalisé chaque mois et chaque année permettant de mettre en place des actions correctives face aux événements récurrents. **Il est à relever qu'à date d'évaluation, les procédures de signalements et les fiches d'incidents sont en cours de redéfinition et de réactualisation par les professionnels du Pôle** en vue de mieux répondre aux besoins des établissements, de mettre en place une analyse consolidée et une politique ciblée de réduction des incidents. La mission d'évaluation encourage le Pôle à finaliser ces nouveaux outils et à les diffuser sur les établissements.

L'établissement s'inscrit dans une **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.** La thématique de la bientraitance a également fait l'objet de discussions fréquentes avec les équipes, notamment lors des réunions et des assemblées générales. Des analyses de pratiques ont régulièrement eu lieu en 2012 et 2013 avec un intervenant extérieur.

**Depuis 2006, la Direction du Pôle Philippe de Camaret a mis en place et diffusé dans ses établissements une procédure de signalement en cas de maltraitance.** Les professionnels rencontrés durant l'évaluation semblent avoir connaissance des obligations et des règles de signalement. Un recueil des événements indésirables est en

place et effectif. Une analyse des incidents est réalisée en CODIR. Un travail de réactualisation des procédures de signalement des événements indésirables et des cas de maltraitance est en cours au niveau du Pôle Philippe de Camaret. L'établissement sera invité à afficher le numéro national d'appel contre la maltraitance 3977 dans l'établissement, intégrer les éléments sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2 remis aux usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement), qui doivent également comporter la mention du numéro 3977, et poursuivre l'appropriation des règles de signalement des actes de maltraitance par les professionnels.

## 5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

### 5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deux évaluations internes menées en 2008 puis en 2013</li> <li>▪ La constitution d'un Comité de pilotage pluridisciplinaire afin de lancer et cadrer la démarche</li> <li>▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm</li> <li>▪ Des auditeurs qualité formés</li> <li>▪ Une démarche menée de façon participative par l'organisation de groupes de recueil de données et d'un groupe de progrès participatifs</li> <li>▪ Un bon niveau d'information des professionnels tout au long de la démarche, par la diffusion de notes, l'organisation de restitutions et de réunions</li> <li>▪ Une association des usagers, familles et partenaires à la démarche</li> <li>▪ La création d'un Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) opérationnel et mis en cohérence avec les axes du pôle, le CPOM et le Projet d'Etablissement</li> <li>▪ Une communication et une diffusion du PPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche uniquement fondée sur des éléments qualitatifs et avis des professionnels</li> <li>▪ Un rapport final de diagnostic qui ne met pas clairement en évidence les points forts et les points faibles de la démarche</li> <li>▪ Un Plan Pluriannuel de Progrès important (80 actions prioritaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégrer davantage d'éléments objectifs et quantitatifs comme indicateurs pour réaliser la prochaine autoévaluation</li> <li>▪ Restituer plus clairement les points forts et points faibles de l'établissement</li> <li>▪ Poursuivre l'appropriation du plan par les professionnels</li> </ul>
<b>Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La constitution d'un Comité de veille pluridisciplinaire commun au pôle qui s'est réuni une fois en 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un pilotage de la mise en œuvre du PPP et de son suivi laissés en suspens depuis la fin de la démarche, notamment du fait de nombreux chantiers en cours au niveau du pôle (travaux, déménagements, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clarifier le rôle du Comité de veille et les modalités de pilotage du PPP et de la démarche d'amélioration continue</li> <li>▪ Poursuivre le travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (PE, Evaluation externe, CPOM...). Un</li> </ul>

			<p>plan d’actions unique regroupant toutes les démarches d’amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du Comité de veille</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la communication sur le plan d’actions et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions. Un point d’avancement sur le PPP pourra par exemple être mis à l’ordre du jour de chaque réunion institutionnelle</li> <li>▪ Décliner le plan global en fiches action opérationnelles, intégrant des indicateurs permettant de mesurer les effets des actions engagées. Cette pratique pourra constituer le point d’appui de la démarche qualité</li> </ul>
<p><b>La dynamique générale de la démarche d’amélioration continue de la qualité des prestations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche qualité qui se met en place dans l’établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le pilotage de la démarche qualité n’est pas encore effectif au niveau de l’établissement. Ce dernier va se mettre en lien avec l’organisation des missions du Comité de veille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réfléchir à l’amorce du travail de mise en place d’une démarche qualité à partir des travaux du Comité de veille</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l’évaluateur externe
<p><b>Les modalités d’appropriation des RBPP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l’Anesm diffusées</li> <li>▪ Des communications régulièrement organisées (réunions, transmissions, etc.)</li> <li>▪ Les RBPP sont mises à disposition dans un classeur dans l’établissement</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail d’appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l’Anesm par les équipes et leur mise en perspective avec l’ensemble des travaux menés ou en cours</li> </ul>
<p><b>La mobilisation des recommandations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des RBPP évoquées dans la procédure d’élaboration des projets personnalisés et utilisées</li> </ul>		

	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
<b>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet datant de 2009, structuré, approuvé par le CVS et le Conseil d'administration de la Fondation</li> <li>Sa rédaction dans le cadre d'une démarche participative qui a associé l'ensemble des parties prenantes dans le cadre d'une formation action de deux ans (COPIL, groupes de travail, groupes d'expression, réunions de présentation ...)</li> <li>Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm, avec des données et illustrations adaptées</li> <li>La mise à disposition du projet et sa présentation en réunions institutionnelles et au CVS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'absence de déclinaison des orientations en un plan d'action opérationnel précisant les objectifs sur cinq ans</li> <li>L'absence d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet</li> <li>L'absence d'un dispositif de suivi des objectifs du Projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliser le nouveau Projet en y intégrant l'ensemble des éléments préconisés par la législation et la RBPP lors de l'élaboration du nouveau projet (document avoisinant les 30 pages, illustrations, ...)</li> <li>Lors de l'actualisation du projet, se positionner explicitement par rapport aux orientations retenues dans les outils de planification (plan ARS, schéma CG...)</li> <li>Rédiger une synthèse du futur projet permettant la communication et l'appropriation du projet</li> <li>Concevoir un plan d'action reprenant les objectifs du projet et les déclinant en actions concrètes avec précision des moyens, échéances, indicateurs de résultats. Ce plan d'action peut s'envisager de façon conjointe avec l'évaluation interne puis externe, de façon à n'avoir qu'un document de pilotage global sur l'établissement.</li> <li>Organiser le suivi et l'animation du projet et des objectifs retenus, par exemple, dans le cadre du Comité de veille Qualité, en lien avec les équipes et le CVS</li> </ul>



<p><b>Cohérence et pertinence du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire, validé par lui</li> <li>▪ Un projet cohérent avec les missions des FAM et les orientations de politique publique</li> <li>▪ La localisation pertinente au sein d'un cadre de vie agréable</li> <li>▪ La bonne réponse aux besoins se traduisant par une activité importante (taux d'occupation de 97 %, liste d'attente)</li> <li>▪ Le Foyer bien identifié localement comme un lieu spécialisé pour l'accueil des personnes avec troubles psychotiques et personnes vieillissantes</li> <li>▪ Le très bon niveau d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque personne accueillie (6 villas de 10 résidents avec adaptation au niveau d'autonomie de chaque groupe...)</li> <li>▪ La prise en compte des évolutions du public accueilli (troubles psychotiques, vieillissement-dépendance) via un accompagnement adapté (villas pour personnes vieillissantes, formations initiées des équipes sur les troubles psychotiques, emplois du temps adaptés)</li> <li>▪ La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels avec le décret de 2009 et le projet porté</li> <li>▪ Le recours dès que nécessaire à des compétences techniques externes (kiné, orthophoniste...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux actuellement plus aux normes de sécurité ni de confort pour les résidents</li> <li>▪ Un dispositif proposant uniquement un hébergement permanent</li> <li>▪ L'absence d'une offre de chambres avec salles de bain individuelles pour les résidents ; l'inadaptation en nombre ou au plan ergonomique de certains locaux</li> <li>▪ Un temps de médecin psychiatre pas totalement pourvu (0,18 ETP pourvus sur les 0,50 ETP accordés)</li> <li>▪ Des temps de médecin généraliste, psychologue, rééducateurs et le nombre de veilleurs de nuit qui paraissent insuffisants au regard des besoins et pathologies des résidents</li> <li>▪ Un enjeu de formation et de professionnalisation des équipes encore prégnant</li> <li>▪ Des partenariats non formalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener à bien le projet de déménagement des sites du FAM vers le nouveau bâtiment afin garantir des locaux aux normes actuelles de sécurité et de confort pour tous les résidents</li> <li>▪ Pourvoir complètement le temps de médecin psychiatre afin d'assurer l'accompagnement des résidents et des équipes</li> <li>▪ Poursuivre la réflexion amorcée dans le cadre de la réorganisation du Pôle sur la nécessité de négocier des temps supplémentaires de médecin généraliste, psychologue, veilleurs de nuit et rééducateurs</li> <li>▪ Poursuivre la politique de formation et de professionnalisation des équipes pour un accompagnement plus adapté aux pathologies et besoins des résidents</li> <li>▪ Poursuivre la sollicitation des établissements et professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et les services d'urgence, afin de parvenir à un réseau formalisé de partenaires</li> <li>▪ Poursuivre l'effort de spécialisation, déjà engagé, de l'accompagnement en fonction du profil du public accueilli (connaissance des pathologies et de l'accompagnement spécifique, vieillissement-dépendance...) : composition de l'équipe, activités proposées, partenariats spécifiques</li> <li>▪ Poursuivre les temps de préparation au déménagement pour les résidents et les équipes afin d'anticiper au mieux ce changement</li> <li>▪ Veiller à poursuivre le travail engagé visant à rassembler les professionnels des deux sites autour d'une culture commune et à promouvoir la cohésion institutionnelle en vue du futur déménagement</li> </ul>
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Qualité d'accompagnement</b>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un établissement éclaté sur 2 sites agréables, verdoyant et calmes</li> <li>▪ Une organisation en « villas » qui paraît adaptée</li> <li>▪ Des efforts de décoration réalisés dans les villas</li> <li>▪ Des résidents qui participent au nettoyage des locaux et de leur linge, selon leur niveau d'autonomie</li> <li>▪ Des normes HACCP bien respectées par l'équipe du FAM et une prestation repas appréciée des résidents</li> <li>▪ L'existence d'une commission menu</li> </ul> <p><u>Les soins:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'un projet de soins dans le projet d'établissement</li> <li>▪ Une équipe diversifiée (médecin généraliste, psychiatre, équipe d'infirmiers, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute) et la possibilité de faire appel à des libéraux</li> <li>▪ Des interventions cadrées et régulières, bien organisées</li> <li>▪ De nombreux outils de coordination (réunions sur chaque site, réunions inter-sites, logiciel PSI...)</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux vétustes et des chambres communes et salles de bains partagées</li> <li>▪ Des locaux ne répondant plus aux normes de sécurité ni de confort pour les usagers</li> <li>▪ Le manque de locaux pour les professionnels et les activités (infirmierie, salles d'activité, etc.)</li> </ul> <p><u>Les soins:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des temps de médecin généraliste, de médecin psychiatre et de rééducateurs insuffisants au regard des besoins des résidents</li> <li>▪ Les équipes d'infirmiers non stabilisées</li> <li>▪ Le manque de formation des équipes sur les pathologies des résidents et l'accompagnement qui en découle</li> <li>▪ Une livraison des médicaments des deux sites du FAM assurée par la pharmacie</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le projet de déménagement dans les nouveaux locaux et le programme d'accompagnement des résidents vers la nouvelle structure</li> <li>▪ Repenser l'organisation des prestations ménage, lingerie et restauration suite à l'emménagement dans la nouvelle structure et leur articulation entre les prestataires extérieurs et la participation des résidents</li> </ul> <p><u>Les soins:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lors du déménagement et de la restructuration du Pôle, poursuivre la réflexion amorcée sur l'augmentation des temps de médecin généraliste, médecin psychiatre et rééducateurs</li> <li>▪ Poursuivre le travail amorcé pour fidéliser les professionnels infirmiers (formations, ...)</li> <li>▪ Former régulièrement l'ensemble des professionnels sur les pathologies des résidents et l'accompagnement à mettre en œuvre au quotidien</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des partenariats mis en place avec des structures de soins (GHER, EPMSR, CMP)</li> <li>▪ Une prestation structurée (plans de soins, dossiers médicaux homogènes, protocoles)</li> <li>▪ Un circuit du médicament bien organisé</li> <li>▪ Les thématiques de soins spécifiques bien prises en compte dans l'accompagnement (procédures, adaptation des pratiques, suivi, traçabilité)</li> <li>▪ Un DARI réalisé en même temps que l'évaluation interne</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un accompagnement bien structuré (plans de soins, protocoles...)</li> <li>▪ Une bonne coordination entre les équipes (temps de transmissions, réunion et outil PSI)</li> <li>▪ Un taux d'encadrement, une pluridisciplinarité, et une motivation des équipes permettant de mettre en place un travail de qualité au plus près des besoins des résidents</li> <li>▪ Le respect des rythmes de vie des résidents (leviers échelonnés, durée des repas, etc.)</li> </ul>	<p>hospitalière située non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie le Pôle Philippe de Camaret, mais dans l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un partenariat sur la livraison des médicaments non formalisé avec la pharmacie du GHER</li> <li>▪ La traçabilité sur PSI à perfectionner</li> <li>▪ L'absence de certains protocoles non encore formalisés (contention, incontinence...)</li> <li>▪ L'absence de Plan Bleu et de PCA</li> <li>▪ Des partenariats avec les structures de soin non formalisés</li> <li>▪ Traçabilité de la distribution et de la prise des médicaments molécule par molécule non systématique (lorsque distribution assurée par AS)</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une coordination perfectible entre l'ensemble des équipes (des temps de réunion pas toujours organisés)</li> <li>▪ Un manque de formation des équipes sur les pathologies des résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les discussions amorcées avec le GCS et l'ARS pour assurer la livraison des médicaments de des deux sites du FAM en respectant le cadre légal (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique)</li> <li>▪ Formaliser une convention de partenariat avec la pharmacie du GHER en vue de sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la délivrance</li> <li>▪ Former l'ensemble des équipes sur PSI et ses différentes fonctionnalités</li> <li>▪ Poursuivre la formalisation des pratiques par la rédaction de l'ensemble des protocoles utiles</li> <li>▪ Elaborer le Plan bleu et le PCA sur les bases des documents existants (Gestion des épidémies, alerte cyclonique) et les réactualiser annuellement</li> <li>▪ Poursuivre la sollicitation des établissements et professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et les services d'urgence, afin de parvenir à un réseau formalisé de partenaires</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser les temps de réunion existants afin d'assurer la coordination entre les différents professionnels</li> <li>▪ Former régulièrement l'ensemble des professionnels sur les pathologies des résidents et l'accompagnement à mettre en œuvre au quotidien</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le choix de constituer des villas en termes de niveaux d'autonomie des résidents afin de permettre une dynamique de « lieu de vie ».</li> <li>Un accompagnement personnalisé au quotidien (emplois du temps personnalisés, selon les capacités, les rythmes, les habitudes,...)</li> <li>Des postures et des pratiques des professionnels de qualité (implication, intérêt manifeste,...)</li> </ul> <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une bonne structuration (projet d'accompagnement à la vie sociale formalisé, projets d'activités écrits, planning d'activités individualisés, bilans mensuels et annuels réalisés, équipe dédiée avec coordonnateur sur site et sur chaque villa)</li> <li>Une bonne coordination entre les équipes</li> <li>Un accompagnement adapté aux besoins et souhaits de chaque usager en fonction des PP</li> <li>Des activités riches et variées, en petits groupes, en grands groupes, au sein de l'établissement et à l'extérieur</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des activités paraissant parfois insuffisantes (notamment les sorties à l'extérieur) au regard des besoins des résidents</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre la réflexion amorcée pour organiser d'avantage d'activités à l'extérieur, afin de répondre aux besoins de tous les résidents</li> <li>Réfléchir à la création d'une Commission activités avec des représentants des résidents</li> <li>Veiller à l'organisation effective des réunions afin de bien coordonner l'ensemble des acteurs, qui sont nombreux à œuvrer dans la mise en œuvre de la vie sociale.</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deux sites qui ont développé des liens avec leurs voisinages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un partenariat non formalisé pour la livraison des médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer les interventions bénévoles au sein du FAM, notamment par la sollicitation d'associations locales</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, prestataires extérieurs</li> <li>▪ Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats mis en place avec un certain nombre de structures sanitaires et médico-sociales</li> <li>▪ De nombreuses sorties organisées vers l'extérieur et le milieu ordinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un certain nombre de partenariats non conventionnés ou des conventions qui ne sont plus à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser le partenariat portant sur la livraison des médicaments</li> <li>▪ Conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques</li> <li>▪ Profiter de l'emménagement à Saint-Benoit pour développer davantage de liens sur le volet sanitaire et médico-social</li> </ul>
<b>Visibilité et perception de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des résidents satisfaits de la vie au FAM, des activités et sorties proposées et des liens qu'ils entretiennent avec les professionnels</li> <li>▪ Des familles satisfaites de la prise en charge proposée, qui saluent la qualité de vie des résidents et se sentent bien intégrées à la vie de l'établissement</li> <li>▪ Des partenaires qui ont fait état des très bonnes relations qu'ils disposaient avec le FAM et qui souhaitent les inscrire dans la durée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des familles qui soulignent le manque de personnel le week-end et la volonté d'organiser davantage de journées familles, notamment pour satisfaire les résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener une réflexion sur les moyens permettant d'avoir une équipe plus importantes le week-end</li> <li>▪ Poursuivre la réflexion sur l'implication des familles au sein de l'établissement</li> </ul>

## 5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Processus d'admission et fin d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure</li> <li>▪ Une démarche pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels, et une commission d'admission pluridisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un accueil physique et téléphonique ne bénéficiant pas d'une organisation dédiée</li> <li>▪ L'absence de procédure spécifique à l'accueil d'un nouveau résident</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans la nouvelle structure du FAM, prévoir un dispositif spécifique à l'accueil</li> <li>▪ Mettre à jour une procédure d'entrée précisant les modalités d'information du personnel et des usagers notamment</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement (recueil de données)</li> <li>▪ Une attention portée au consentement de la personne (possibilité de visiter établissement)</li> <li>▪ Un parcours progressif avec le projet de mise en place d'une phase d'observation d'un mois pour s'assurer de l'adéquation du profil de la personne avec les prestations offertes par l'établissement</li> <li>▪ Des contacts pris avec les établissements d'origine afin de recueillir les éléments liés au parcours des personnes et garantir une continuité de l'accompagnement</li> <li>▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent)</li> <li>▪ Des réorientations travaillées, avec la possibilité de réaliser des essais dans de nouvelles structures d'accueil, tout en gardant sa place au sein du FAM</li> <li>▪ Un travail en cours sur la fin de vie, du fait du vieillissement de la population</li> <li>▪ L'existence d'une procédure en cas de décès</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident</li> <li>▪ Formaliser une procédure spécifiques sur les réorientations</li> <li>▪ Poursuivre les actions prévues au sujet de la gestion des fins de vie et des décès (formation des équipes, développement de partenariats avec l'HAD, mise en place de groupes de paroles, etc.)</li> </ul>
<p><b>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des projets personnalisés effectifs</li> <li>▪ Des modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure qui fait référence aux RBPP de l'Anesm</li> <li>▪ Une co-construction du projet avec l'utilisateur ou son représentant légal (recueil des souhaits et restitution du projet) et des usagers qui peuvent être invités à une partie des réunions de construction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certains projets n'ont pas fait l'objet d'une réactualisation annuelle</li> <li>▪ Certains projets n'étaient pas signés</li> <li>▪ Des modifications apportées au projet en cours d'année qui ne font pas l'objet d'une traçabilité et une réactualisation formelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la migration de l'ensemble des projets vers PSI</li> <li>▪ Réactualiser l'ensemble des projets</li> <li>▪ S'assurer de la bonne signature des projets</li> <li>▪ Assurer une traçabilité formelle des modifications faites au projet</li> <li>▪ Retravailler le rôle du référent dans le cadre de l'emménagement dans la nouvelle structure</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche coordonnée par le référent et une méthode d'élaboration pluridisciplinaire (réunion de projet)</li> <li>▪ Des outils permettant d'évaluer la situation de chaque usager (grille de recueil des souhaits, grilles évaluations, bilans écrits des professionnels)</li> <li>▪ Des contenus des projets personnalisés pertinents et une trame commune, extraite du logiciel PSI</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis à la grille de suivi d'objectifs de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets</li> </ul>
<b>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des PP qui donnent lieu à des emplois du temps personnalisés</li> <li>▪ Des PP qui sont utilisés comme de véritables outils et permettent une réelle individualisation de l'accompagnement</li> <li>▪ Un respect des habitudes de vie des résidents (heure du lever, etc.)</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>L'effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un CVS en place, qui fonctionne dans le cadre légal et présente une bonne dynamique</li> </ul>		

<p><b>La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'expression des usagers prise en compte lors des temps forts et activités (thèmes de fêtes, menus de l'activité cuisine thérapeutique...)</li> <li>▪ Les goûts des usagers pris en compte dans les menus proposés par la restauration</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une bonne traçabilité du recueil de l'expression des résidents</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p><b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des outils formalisés, diffusés, affichés dans l'établissement et remis dans le cadre de la procédure d'admission et à tout nouveau salarié</li> <li>▪ Des outils conformes</li> <li>▪ De nombreux outils favorisant le droit d'expression et de participation (CVS, commission menu, groupes de paroles)</li> <li>▪ Un droit à l'information effectif</li> <li>▪ Un droit la protection pleinement assuré</li> <li>▪ Un droit à l'autonomie respecté et encouragé dans le cadre de l'accompagnement (participation à la vie de l'établissement)</li> <li>▪ Une réflexion approfondie sur la vie affective et sexuelle des résidents, par la participation à un groupe départemental et un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'affichage du règlement de fonctionnement</li> <li>▪ Une configuration des locaux actuelle qui ne permet pas de respecter l'intimité des résidents (chambres et salles de bain communes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher le règlement de fonctionnement</li> <li>▪ Harmoniser les pratiques quant aux groupes de parole (fréquence, contenu)</li> <li>▪ Améliorer les affichages à vocation informative mis en place actuellement (adaptation à la compréhension des usagers, harmonisation des supports)</li> <li>▪ Poursuivre les actions de promotion des liens familiaux</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées</li> <li>▪ Un respect effectif des liens familiaux et amicaux</li> <li>▪ Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté</li> <li>▪ Un accompagnement à la citoyenneté (droit de vote, participation au téléthon)</li> </ul>		
<b>Sécurité des lieux et de personnes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, dispositifs de contention en dernier recours</li> </ul> <p>Des documents obligatoires à jour et disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux actuellement non-conformes aux règles d'hygiène et de sécurité (avis défavorables des commissions de sécurité pour les sites de Beaufond et Cambuston)</li> <li>▪ Les exercices d'évacuation ne sont pas organisés deux fois par an</li> <li>▪ Les professionnels ne sont pas formés chaque année à la sécurité incendie depuis 2013</li> <li>▪ L'absence d'analyses annuelles des légionelles et l'absence de carnet sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser le déménagement des résidents des foyers sur le nouveau site début 2015</li> <li>▪ Organiser deux exercices d'évacuation par an conformément à la réglementation ;</li> <li>▪ Former chaque année les professionnels à la sécurité incendie</li> <li>▪ Joindre la traçabilité de la maintenance des systèmes électriques et systèmes de climatisation aux registres de sécurité des foyers</li> </ul> <p>Mettre en place le carnet sanitaire et assurer l'analyse annuelle des légionelles</p>
<b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le service responsable et la direction de l'établissement</li> <li>▪ Des normes HACCP effectives sur les deux sites du foyer et appropriées par les professionnels</li> <li>▪ Un circuit du médicament globalement sécurisé ;</li> <li>▪ Une permanence de direction assurée en permanence ;</li> <li>▪ L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuite, nuit/jour) ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le nombre de veilleurs de nuit paraissant limité au regard des pathologies des personnes accompagnées</li> <li>▪ Les locaux des lingeeries des deux sites ne garantissant pas le respect des normes RABC</li> <li>▪ Une livraison des médicaments des deux sites du FAM assurée par la pharmacie hospitalière située non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie le Pôle Philippe de Camaret, mais dans l'hôpital</li> <li>▪ L'absence de Plan bleu et de PCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la réflexion engagée par la Direction en vue d'adapter la veille de nuit aux besoins des résidents (nombre de veilleurs, profils des veilleurs)</li> <li>▪ Former les équipes aux normes RABC et formaliser le circuit du linge (nouveau local RABC prévu dans les nouveaux bâtiments)</li> <li>▪ Poursuivre les discussions amorcées avec le GCS et l'ARS pour assurer la livraison des médicaments du FAM en respectant le cadre légal (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une veille de nuit structurée et cadrée: consignes et procédures formalisées, professionnels formés</li> <li>▪ Une gestion formalisée et effective des remplacements</li> <li>▪ L'existence d'un DLU</li> <li>▪ L'existence d'un DARI et d'un Plan d'alerte cyclonique</li> <li>▪ Des procédures de signalement des événements indésirables mises en place sur l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux DASRI non sécurisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser une convention de partenariat sur la livraison des médicaments en vue de sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la délivrance</li> <li>▪ Sécuriser les DASRI (local prévu dans nouveaux bâtiments)</li> <li>▪ Elaborer le PCA et le Plan bleu sur la base des documents existants (Plan d'alerte cyclonique)</li> <li>▪ Poursuivre l'élaboration des procédures de gestion du risque infectieux, les adapter au nouveau site et former régulièrement l'ensemble des équipes sur ces thématiques</li> </ul>
<b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un dispositif de prévention des risques psychosociaux mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP, disponibilité et communication de la direction</li> <li>▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : fiches de pénibilité, rotation des équipes, mobilité interne possible, dispositif de formation, disponibilité de la psychologue de l'établissement</li> <li>▪ Des entretiens professionnels organisés tous les deux ans</li> <li>▪ Des analyses de pratiques organisées régulièrement jusqu'en 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DUERP peu connu des professionnels, ne prenant pas en compte les risques psychosociaux et à réactualiser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réactualiser le DUERP avec la participation es professionnels et en y intégrant les risques psychosociaux</li> <li>▪ Réorganiser les analyses de pratiques professionnelles</li> </ul>
<b>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une culture de la bientraitance présente sur les deux sites du FAM</li> <li>▪ Une bonne dynamique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (formation, discussion des équipes, procédures et outils formalisés, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance non affiché ni communiqué</li> <li>▪ L'absence de référence aux dispositifs de prévention de la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2</li> <li>▪ L'absence d'une instance de type Commission bientraitance et/ou référents bientraitance pluridisciplinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher et communiquer sur le numéro national 3977</li> <li>▪ Intégrer des références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2</li> <li>▪ Réactualiser les procédures de signalement des événements indésirables et des faits de maltraitance en lien avec les professionnels</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une organisation permettant l'échange sur les pratiques (nombreux temps de réunion et d'échanges avec l'ensemble des équipes)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place une organisation spécifique en place sur l'établissement pour promouvoir la bientraitance ou prévenir les risques de maltraitance</li> <li>▪ Réorganiser des analyses de pratiques professionnelles régulières</li> <li>▪ Poursuivre la formation du personnel sur le sujet de la prévention de la maltraitance et de l'obligation de signalement</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

**Le bilan de l'évaluation est positif** : l'évaluation met en évidence des conditions d'accueil, un accompagnement quotidien et des pratiques professionnelles de qualité. Les deux sites du foyer d'accueil médicalisé Les Trois Cascades proposent un accompagnement adapté aux besoins des résidents permettant la personnalisation des services au sein du collectif, sur la base des projets personnalisés. Les axes du projet sont pertinents au regard des publics accompagnés et en cohérence avec la mission et les orientations des politiques publiques. Le Foyer est notamment reconnu pour l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques et l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Une diversification des modes d'accueil (hébergement temporaire, accueil de jour) complèterait utilement la palette de réponses. Les enjeux majeurs pour le FAM reposent sur le déménagement prochain des deux sites vers un nouveau bâtiment aux normes actuelles de sécurité et de confort, la réorganisation du foyer ainsi que la poursuite de la qualification et la formation des équipes sur les pathologies des résidents.

**La garantie des droits est effective et les pratiques professionnelles sont bienveillantes.** Les professionnels sont pleinement impliqués et investis dans leurs missions et travaillent en pluridisciplinarité au service du résident. Le management a permis de construire et développer une bonne dynamique d'équipe marquée par le professionnalisme, l'engagement et la volonté d'amélioration permanente.

**L'établissement est très ouvert à et sur l'extérieur.** Les activités proposées sont très nombreuses, variées (vie sociale, culturelle, sorties...) et fréquemment réalisées en partenariat avec des institutions ou associations extérieures. Les efforts déployés par l'équipe pour promouvoir l'inclusion sociale des résidents sont à souligner. La formalisation de l'ensemble des partenariats garantirait leur qualité et pérennité.

**Les autres axes d'amélioration repérés par le FAM** concernent le déploiement de temps supplémentaires pour le médecin généraliste, le médecin psychiatre, la psychologue, les rééducateurs et les veilleurs de nuit ; la stabilisation du personnel ainsi que le maintien d'une cohésion générale d'équipe et une bonne transversalité des réflexions. Le projet de déménagement constitue une opportunité à cet égard. La démarche Qualité mise en œuvre sur le FAM est à asseoir. Cette démarche et les actions d'amélioration en découlant sont à regrouper dans un Plan d'action unique regroupant l'ensemble des objectifs d'amélioration de l'établissement. Le déploiement du Comité de veille Qualité en tant qu'instance de suivi de la Démarche d'amélioration continue ainsi que la communication régulière aux équipes et leur implication dans les actions menées vont permettre à l'établissement de pérenniser la démarche Qualité engagée.

## 5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
<b>Outils utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée</li> <li>▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)</li> <li>▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...)</li> <li>▪ Visite de l'établissement</li> <li>▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de transmission, temps d'activités</li> </ul>
<b>Modalités d'implication des parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien avec la Direction</li> <li>▪ 16 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels</li> <li>▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (5)</li> <li>▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (2)</li> <li>▪ 3 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires</li> </ul>
<b>Déroulé de l'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de mois : 4 mois</li> <li>▪ septembre : validation du projet évaluatif</li> <li>▪ 25 et 26 septembre 2014 : évaluation sur site</li> <li>▪ 23 octobre 2014 : remise du pré-rapport</li> <li>▪ 5 décembre 2014 : remise du rapport définitif</li> </ul>
<b>Nombre de jours-hommes</b>	2 jours sur site
<b>Date de début et de fin de mission</b>	<i>Septembre 2014 – Décembre 2014</i> (envoi du rapport final)

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

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><b>Malgré la délocalisation des sites à St ANDRE et à St BENOIT, une organisation efficiente a pu être proposée et respectée.</b></p> <p><b>Les entretiens se sont réalisés sur une modalité de confiance et de transparence, même si quelques craintes ont été verbalisées par certains professionnels. Pour cela nous leur avons demandé de se référer à leurs modes de fonctionnement au quotidien. Nous les avons invités à rester eux-mêmes dans les réponses à apporter en lien avec leurs pratiques et la connaissance des situations.</b></p> <p><b>Nous avons donc noté une implication naturelle des professionnels.</b></p> <p><b>Nous avons été surpris de l'implication massive des familles et de leurs intérêts pour ce temps stratégique en termes d'enjeux pour l'établissement. Les familles se sont déplacées et se sont portées volontaires pour des RDV téléphoniques.</b></p> <p><b>Il en est de même pour les différents partenaires avec lesquels nous collaborons.</b></p> <p><b>Les résidants comme habituellement se sont inscrits dans une réelle spontanéité, avec un comportement accueillant.</b></p> <p><b>Néanmoins, eu égard au temps dédié (2 jours) et de la densité du contenu, ces journées ont été très denses, ce qui est normal.</b></p>	<p>Après lecture du document il apparaît que nous nous retrouvons dans les résultats annoncés à chaud par les évaluatrices et par rapport à notre autodiagnostic.</p> <p>Ces conclusions nous amènent du fait de regards extérieurs d'experts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans un premier temps à nous conforter dans les domaines dans lesquels nous avons un réel savoir-faire, à le partager et à le pérenniser en équipe pluridisciplinaire</li> <li>- Dans un deuxième temps cela nous encourage à nous inscrire dans une démarche qualité à travers les actions correctives et préventives que nous mettrons en place en nous appuyant sur le Plan Pluriannuel de Progrès.</li> </ul> <p>Il est clair que l'emménagement dans des locaux neufs, aux normes, et qui répondent aux attentes multiples, à tous les niveaux, sera un véritable levier pour contribuer à la réussite de la démarche qualité dans son ensemble.</p>

## 6. Annexes

### 6.1. Contrat



**FONDATION PERE FAVRON**  
DIRECTION GENERALE  
Service achats

Le candidat remplit un imprimé pour chaque lot et variante

MARCHE DE FOURNITURE

ACTE D'ENGAGEMENT

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

■ **Objet du marché :**

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

Pour l'ensemble des établissements de la FONDATION PERE FAVRON

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

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

**B - Engagement du candidat.**

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

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

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

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire WILLIAM BOTTARO CO GERANT

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

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

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

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

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

**SIRET 510 818 065 00029**

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

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

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

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

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

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

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

**B3 - Compte (s) à créditer :**

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

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

• Numéro de compte :



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

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

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

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

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

**B6 - Délai de livraison :**

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

**B7 – Domiciliation :**

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

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

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
WILLIAM BOTTARO CO GERANT	PARIS LE 20 JANVIER 2014	 <b>EQR CONSEIL</b> <small>68 rue de la 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](mailto:service-achats@favron.org)

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

**La présente offre est acceptée.**

*n: Saint Pierre le 13 mars 2014*

Signature

1/0



**FONDATION PERE FAVRON**  
Le Directeur Général Adjoint  
**Philippe BOYER**

## 6.2. Composition des équipes



### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

#### Présentation

Ancienne Directrice Qualité de plusieurs établissements et services médico-sociaux, Elodie Albrecht intervient en tant que Consultante Sénior auprès d'EQR depuis 2014.

Dotée d'une solide expérience auprès des acteurs du secteur, elle a travaillé à la construction d'outils adaptés aux besoins et au quotidien des structures. Elle maîtrise l'accompagnement des établissements dans le pilotage des évaluations internes et externes, dans la mise en œuvre de Démarches Qualité adaptées ainsi que dans la conduite de projets. Convaincue de l'efficacité des leviers managériaux sous-tendus par la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue dans les établissements, elle s'applique à promouvoir les bénéfices de l'évaluation interne et externe pour l'ensemble des acteurs.

Ayant réalisé plusieurs évaluations d'établissements et services médico-sociaux (internes/externes), Elodie dispose d'une expertise opérationnelle approfondie du secteur et de ses enjeux.

#### Carrière

- Depuis 2014 : Consultante Sénior EQR
- 2013 : Consultante indépendante Evaluation interne des ESMS
- 2012-2013 : Directrice Qualité Groupe Les Parentèles
- 2010-2012 : Responsable Qualité AFEIPH

#### Formation

- Mastère Spécialisé en Management de la Qualité à l'ENSAM, Paris
- Thèse professionnelle : Mise en place d'une démarche Qualité adaptée au secteur médico-social
- Formation universitaire initiale en Sciences sociales (Licence-Master-Doctorat en cours à l'EHESS, Paris)

#### Clients

- Agences publiques nationales (ANAP...)
- Associations départementales ou locales (ADAPEI 81, ADAPEI 60, ADAPT...)
- Fédérations, fondations (Association Espérance et Accueil, Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité, ...)
- Organismes gestionnaires, établissements et services sociaux et médico-sociaux

© EQR Conseil

### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

#### Références

##### Accompagnement stratégique, gestion et pilotage de projet :

- ANAP – Formation en région à la phase de pré-généralisation d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social
- ADAPEI 60 – Accompagnement de l'association à l'élaboration du nouveau Projet Associatif
- ADAPT Haute Normandie - Accompagnement de l'association à la mise en place de la démarche qualité
- Les Parentèles – EHPAD (La Ville du Bois, Paris, Reims) : Mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils
- AFEIPH 08 – Mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils

##### Evaluations internes :

- AVVEJ – ITEP Le Logis - Accompagnement de l'établissement à l'évaluation interne
- SSIAD Objectif Santé 78
- Les Parentèles : EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (La Ville du Bois)
- AFEIPH 08 : Siège Social de l'association, ESAT (Fumay), ESAT (Revin), Foyer d'hébergement Les Coccinelles (Fumay), Foyer d'hébergement du Baty (Fumay), IMPro (Revin), SAVS-SAMSAH (Fumay)

##### Evaluations externes :

- Association Monsieur Vincent : EHPAD Saint Vincent et Saint Maurice (Metz), EHPAD La Chesnaye (Athée-sur-Cher), EHPAD Sainte-Hélène (Epinay-sur-Sénart), EHPAD Accueil Saint-François (Fontenay-aux-Bois), SSIAD de Fontenay-aux-Bois
- Association Partage Accueil : EHPAD « Les Pyrénées » (Pau)
- AGAPEI : Unité de gestion de Florentin (IME Alain de Chanterac, SESSAD Le Loirat, FOT Henri Enguilbert)
- AGAPEI : ESAT « La Caillaouère » (Auch)
- ADAPEI 56 : Foyer de Vie/Foyer d'Hébergement La Belle Vie de Pontivy, IME de Plumelec, IME de Kerdiret
- Fondation Caisses d'Epargne pour la Solidarité : EHPAD « Clairefontaine » (Monteil au Vicome), EHPAD « Héol » (Saint-Nazaire)

© EQR Conseil



## Agathe GROS | Consultante

### Présentation

Agathe GROS est consultante au sein du cabinet EQR. Diplômée d'ESCP EUROPE Paris et titulaire d'un mastère européen en administration des affaires, son cursus en management lui confère de solides compétences en gestion de projet. Depuis son arrivée au sein du cabinet EQR, elle participe à des études stratégiques, à des missions d'évaluation de politiques publiques, de diagnostics territoriaux de santé, d'accompagnement à la création de maisons de santé et d'évaluation externe d'établissements médico-sociaux.

Elle dispose aujourd'hui d'une expérience de trois ans dans le conseil auprès des institutions et opérateurs des champs sanitaire et médico-social et d'une solide connaissance des politiques de santé publiques, des acteurs de leur mise en œuvre (ARS, opérateurs) et de leur financement.

### Carrière

- Depuis 2011 : Consultante au sein du cabinet EQR conseil
- Chef de projet marketing dans l'industrie pharmaceutique (AstraZeneca) – lancement de produit Diabète

### Formation

- ESCP EUROPE (Promotion 2010) – Master in management programme « Grande Ecole »
- Master européen en administration des affaires – UCP Lisbonne

### Clients

- **Ministère de la santé** : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)**
- **Agences régionales de santé (ARS)** : Franche-Comté, Picardie
- **Collectivités territoriales et leurs regroupements** : communes et intercommunalités (Coulommiers, Canteleu, Bourgneuf, CC Pays d'Ancenis,...), Pays (Pays Ouest-Creuse, Pays de Guéret)
- **Etablissements de santé**
- **Etablissements et services médico-sociaux et leurs gestionnaires** (dans le cadre d'évaluations externes)

## Agathe GROS | Consultante

### Références

#### Evaluation de politiques publiques

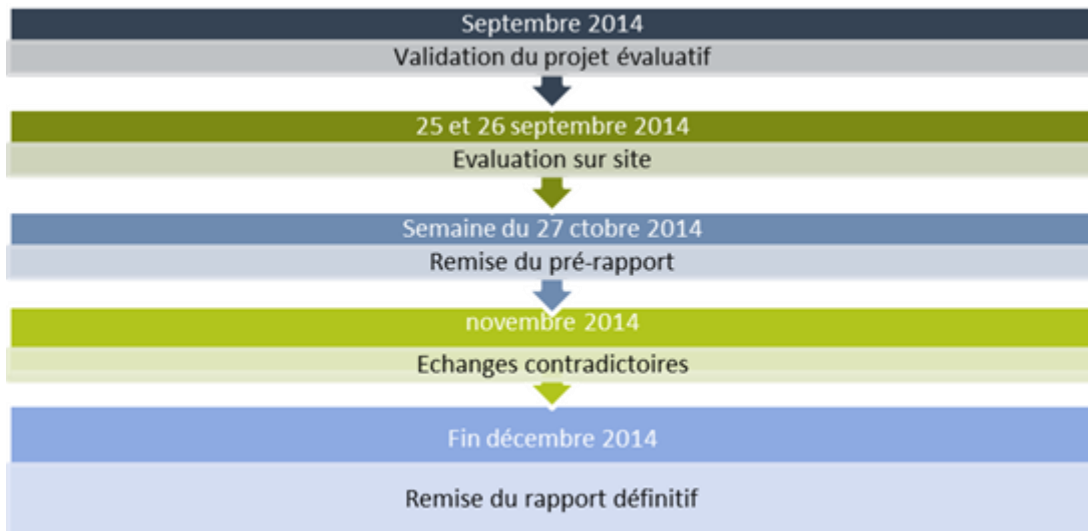
- **CNAMTS** – Evaluation de l'expérimentation de soutien aux activités de dépistage communautaire du VIH par tests rapides d'orientation diagnostique
- **INPES** - Evaluation du déploiement de la démarche qualité en prévention-promotion de la santé en région : élaboration du référentiel d'évaluation, conduites d'entretiens, mise en place d'une enquête au niveau national, animation de groupes de travail, travaux d'analyse, de synthèse et production de recommandations.
- **Adessadomicile** - Evaluation du projet démarche qualité de la fédération : réalisation d'enquêtes auprès des 40 structures ayant participé au programme fédéral en vue d'une démarche de certification AFNOR, analyses des résultats de l'enquête, formulation de préconisations et formalisation des différents livrables.

#### Etudes stratégiques et territoriales

- **ARS Franche-Comté/groupe ETAPES - étude sur l'organisation des relations entre les professionnels de santé de ville et 4 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) ou Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) de la région Franche-Comté** : réalisation d'un diagnostic organisationnel des structures, entretiens avec les professionnels concernés, formulation de recommandations d'actions et accompagnement dans la mise en place des actions.
- **Mutualité Française Ile-de-France (2012) - étude diagnostic sur l'accès aux droits à la santé des jeunes en Ile-de-France** : conduite d'entretiens, travaux d'analyse et de synthèse.
- **DGOS - réalisation d'un benchmark international des pratiques de luttres contre les infections nosocomiales** dans le cadre de l'évaluation de l'organisation et des missions des Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et des Antennes de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin)
- **DATAR - participation à l'étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation de jeunes médecins**: recherches documentaires, analyses et synthèse, travail sur des indicateurs, recensement nationales des pratiques locales innovantes pour améliorer l'attractivité des territoires, réalisation d'une journée de restitution nationale (organisation, réalisation des supports), formalisation de fiches action.

Références	
<u>Audit organisationnel</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme (80)</b> - Audit des organisations du CHIBS Saint-Valéry-sur-Somme – Rue</li> <li>&gt; <b>CH 3H Santé (Cirey-sur-Vezouze, Meurthe et Moselle)</b> - Diagnostic interne sur le fonctionnement des services de l'établissement : réalisation d'entretien, formalisation du diagnostic d'audit et recommandations d'actions</li> </ul>	
<u>Diagnostics territoriaux de santé – mises en place de maisons de santé pluridisciplinaires</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Interventions dans plusieurs missions de <b>mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires</b> : Communes de Bourgneuf (23), Saint-Viance (19), Pays Ouest-Creuse (23): élaboration de diagnostics territoriaux, réflexion sur la faisabilité du projet avec les acteurs locaux et suivis de projet.</li> <li>&gt; <b>EHPAD Tauves (63) - réalisation d'un diagnostic territorial de santé axé sur les besoins des personnes âgées.</b> L'étude a conduit à la réorganisation des 2 EHPAD de Tauves et de la Tour d'Auvergne.</li> </ul>	
<u>Analyses de besoins sociaux</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; CCAS du Plessis-Trévisé (94) : réalisation d'un rapport de diagnostic sociaux démographiques, entretiens partenaires et accompagnement du CCAS dans la définition de sa stratégie d'intervention</li> <li>&gt; CCAS de Meudon (92) : réalisation de rapports de diagnostic sur l'analyse sociodémographique du territoire et mise en place de groupes de travail sur différentes thématiques sociales (personnes âgées, jeunesse, précarité) aboutissant à des recommandations d'actions et la création d'un observatoire social</li> </ul>	
<u>Evaluations externes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; EHPAD Jean-Mazet à Felletin (23) (Fondation Caisse d'Epargne )</li> <li>&gt; EHPAD Saint Georges de L'Isle (Association M. Vincent)</li> <li>&gt; EHPAD Notre-Dame des Apôtres (Association Partage Accueil)</li> <li>&gt; EHPAD Saint-Louis (Association Partage Accueil)</li> <li>&gt; EHPAD L'Olivier (Association Espérance Accueil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; IME Alain de Chanterac (AGAPEI)</li> <li>&gt; Foyer de vie Engilbert (AGAPEI)</li> <li>&gt; EHPAD La Nougeraie (Fondation Caisse d'Epargne)</li> <li>&gt; IMPro Vayres-sur-Essonne (Fondation Léopold Bellan)</li> <li>&gt; CMPSI La Norville (Fondation Léopold Bellan)</li> <li>&gt; Foyer de vie et foyer d'hébergement Les Bruyères (Adapei 22)</li> </ul>

## 6.3. Calendrier de réalisation



## 6.4. Attestation sur l'honneur

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

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

### 1. Intégrité

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

### 2. Objectivité

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

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

- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec [une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.
  - 2.9. Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné qui précède l'évaluation.
3. **Confidentialité**
    - 3.1. Se tenir à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.
    - 3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.
    - 3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.
  4. **Compétence**
    - 4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.
    - 4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.
    - 4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'Anesm conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.
    - 4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'Anesm, un détail des procédures suivies.
    - 4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'Anesm renseignant la mise en oeuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation.

A Paris,  
Le 31 juillet 2013,

William BOTTARO, co-gérant

Signature



EQR CONSEIL  
CONSEIL SOCIAL & SANTÉ  
PARIS PARIS



SAS EQR Conseil

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

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