

Fondation Père Favron

Evaluation externe du Pôle gérontologique Roger André

Rapport définitif

Type d'établissement	EHPAD / Accueil de jour
Coordonnées	Site Bois d'Olive, 4 bis chemin Palma 97 410 Saint-Pierre Site Bras Long, 120 route du Bras Long 97 414 Entre-Deux Site Ravine Blanche, 82 bd Hubert Delisle 97 410 Saint-Pierre
Numéro FINESS	970406898

Décembre 2014

Sommaire

PARTIE 1 – ELEMENTS DE CADRAGE	2
1.1 Description du pôle gériatologique Roger André	2
1.2 Missions.....	3
1.3 L’environnement : situation géographique	3
1.4 La population accompagnée	4
1.5 L’activité	6
PARTIE 2 – PROCEDURE D’EVALUATION EXTERNE	7
2.1 Démarche	7
2.2 Sources	8
2.3 La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée.....	9
PARTIE 3 - EVALUATION DE L’EHPAD BOIS D’OLIVES	10
3.1 Résultats de l’analyse détaillée.....	10
3.2 Synthèse de l’évaluation externe	42
3.3 Abrégé du rapport d’évaluation externe.....	47
PARTIE 4 - EVALUATION DE L’EHPAD BRAS LONG.....	66
4.1 Résultats de l’analyse détaillée.....	66
4.2 Synthèse de l’évaluation externe	98
4.3 Abrégé du rapport d’évaluation externe	104
PARTIE 5 - EVALUATION DE L’EHPAD RAVINE BLANCHE	120
5.1 Résultats de l’analyse détaillée.....	120
5.2 Synthèse de l’évaluation externe	151
5.3 Abrégé du rapport d’évaluation externe.....	158
PARTIE 6 - ANNEXES	175
5.3 Contrat	176
5.4 Composition des équipes.....	180
5.5 Calendrier de réalisation.....	184
5.6 Attestation sur l’honneur	185
5.7 Composition des équipes.....	188

PARTIE 1 – ELEMENTS DE CADRAGE

1.1 Description du pôle gérontologique Roger André

Les EHPAD de Bois d’Olives, Bras Long et Ravine Blanche s’intègrent au Pôle gérontologique Roger André, situé à Saint-Pierre et environs, au sud-ouest de l’île de La Réunion. Il regroupe :

- les 3 EHPAD sus-cités, pour un total de 260 lits, relevant d’une autorisation d’extension et de délocalisation de la maison de retraite les Pétales, formulée par l’arrêté 0364/DRASS/PSMS du 31 janvier 2006 :
 - o 90 places à Bois d’Olives ;
 - o 80 places à Bras Long ;
 - o 90 places à Ravine Blanche ;
- les deux accueils de jour de Bois d’Olives, et de Ravine Blanche pour un total de 30 places (deux fois 15), autorisés respectivement par les arrêtés 0284/DRASS/PSMS du 8 février 2005 et 0364/DRASS/PSMS du 31 janvier 2006 ;
- les deux RPA (résidences personnes âgées) de Moza et des Oliviers ;
- une plateforme de répit et de repos, créée suite à la convention passée entre l’ARS Océan Indien et la Fondation Père Favron en date du 30 novembre 2012.

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

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

L’offre de la Fondation s’organise en quatre 3 filières :

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

La Fondation Favron défend et promeut les valeurs suivantes :

- « L’Humanisme, philosophie qui met l’homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu’ils sont énoncés dans :
 - o la Déclaration Universelle des Droits de l’Homme ;
 - o la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
 - o la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
 - o la Charte de l’Economie Sociale.
- La solidarité, par le choix du statut associatif qui permet d’associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.
- La qualité de l’accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l’institution et 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 Missions

Les missions des 3 EHPAD, telles qu'énoncées par exemple dans le projet d'établissement 2014-2018 de l'EHPAD Bois d'Olives, se déclinent ainsi :

1. Accompagner le résident dans **l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne** en recherchant **l'expression et la participation** éclairée de celui-ci chaque fois que possible ;
2. **Valoriser les potentialités** de chaque personne accueillie, tout en maintenant ses acquis ;
3. Assurer un **accompagnement approprié aux personnes en fonction de leurs besoins** et/ou de leur pathologie, de leur déficience et/ou de leur incapacité ;
4. Prendre soin de la personne dans sa globalité physique, psychologique et sociale dans le **respect des règles de bientraitance** et en adéquation avec les valeurs de la Fondation ;
5. Développer la **qualité des soins d'accompagnement de fin de vie**, dans le respect de la dignité de la personne, et la culture des soins palliatifs dans l'établissement.

Les principes éthiques par ailleurs énoncés doivent « éclairer la finalité et les fondements de l'action de l'ensemble du personnel de l'EHPAD » et s'appuient sur :

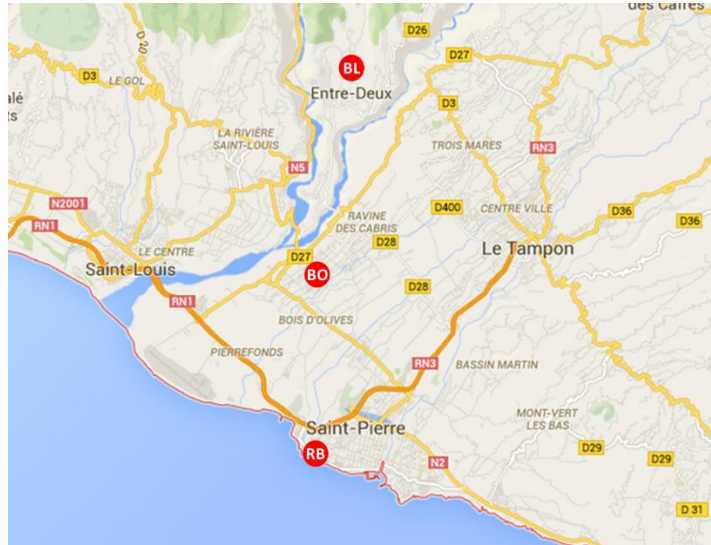
- Le respect de l'utilisateur ;
- La Confidentialité et le secret professionnel ;
- La Sécurité et l'intégrité ;
- Le respect de l'intimité ;
- La prévention à l'égard de toutes maltraitances ;
- La bientraitance.

1.3 L'environnement : situation géographique

Ces 3 EHPAD du Sud Ouest de l'île de la Réunion se trouvent sur **des sites différents et distants** les uns des autres de plusieurs kilomètres (une vingtaine de kilomètres entre Bras Long et Ravine Blanche).

L'EHPAD de Bois d'Olives est situé sur le site du Foyer Albert Barbot qui rassemble d'autres établissements Père Favron ainsi qu'une cuisine centrale, à Bois d'Olives sur la commune de Saint Pierre. **L'EHPAD de Bras Long** se trouve plus au Nord sur la commune de l'Entre Deux. Et enfin **L'EHPAD de la Ravine Blanche**, le plus récemment créé, se situe à Saint Pierre sur le front de mer, à côté du siège de l'association Père Favron.

Tous sont aisément accessibles en voiture depuis le Nord et le Sud de l'île (nationale 1 et réseau départemental). Ils sont en revanche plus difficiles à atteindre lorsque l'on vient de l'Est du DOM, compte-tenu du relief de l'île.



1.4 La population accompagnée

Bois d'Olive

Au sein de l'EHPAD de Bois d'Olive, l'accueil porte notamment sur des personnes atteintes de **handicap psychique** chronicisé aggravé de troubles du comportement perturbateurs. Tout ou partie de leurs capacités locomotrices sont préservées au moment de l'admission, mais les personnes sont susceptibles de développer, à un moment ou à un autre de la prise en charge, une dépendance physique importante (du fait de l'évolution de leur pathologie démentielle ou psychiatrique ou du fait de la survenue d'une pathologie intercurrente).

l'EHPAD est divisée en trois unités :

- L'unité Jacaranda (RDC – 28 lits) accueille une population plus autonome mais présentant majoritairement des troubles psychiatriques
- L'unité Colibri (R + 1 – 38 lits). Unité protégée accueillant des personnes âgées atteintes de trouble psychiatriques, déambulants et présentant des troubles comportementaux très perturbateurs.
- L'unité Croix du Sud (R + 2 – 24 lits). Ce sont des personnes âgées atteintes de syndromes d'immobilisation chronique (SIC/grabataires) qui peuvent présenter des troubles psychiatriques.

EHPAD BO	2011	2012	2013
Moyenne d'âge des usagers accueillis	76 ans 4 mois	75 ans 9 mois	75 ans 9 mois
Nombre de femmes	51	52	51
Nombre d'hommes	38	34	39
Durée moyenne de séjour	1 an un mois	1 an 10 mois	2 ans 3 mois
Nombre d'entrées réalisées	19	13	24
Nombre de sorties sur l'année écoulée	14	16	20
<i>dont réorientation autres EHPAD</i>	5	5	2
<i>dont retour à domicile</i>	0	2	2
<i>dont décès</i>	9	11	16
<i>autres (Familles d'accueil)</i>	0	0	0

Accueil de jour BO	2011	2012	2013
Moyenne d'âge des usagers accueillis	77 ans et 11 mois	78 ans et 7 mois	77 ans

Nombre de femmes	34	34	N.C.
Nombre d'hommes	7	7	N.C.
Durée moyenne de séjour	8 mois	1 an 1 mois	Non significatif
Nombre d'entrées réalisées	41	16	10
Nombre de sorties sur l'année écoulée	16	17	16
<i>dont réorientation</i>	6	10	3
<i>dont retour à domicile</i>	6	5	7
<i>dont décès</i>	4	1	N.C.2
<i>autres (Familles d'accueil)</i>	0	1	4

Bras Long

L'EHPAD de Bras Long est divisé en 3 Unités réparties sur 3 niveaux différents :

- Unité Pétrel de Barau : 24 places - l'unité est sécurisée et accueille des résidents **déments déambulants** ;
- Unité Paille en Queue : 28 places - cette unité est plus spécifiquement destinée à accueillir des résidents ayant une **grande dépendance** ;
- Unité Bec Rose : 28 places - l'unité accueille des personnes ayant une **perte d'autonomie relative** ou des **troubles cognitifs modérés**.

	2011	2012	2013
Moyenne d'âge des usagers accueillis	82	81	81
Nombre de femmes	67	74	64
Nombre d'hommes	28	38	36
Durée moyenne de séjour	8 mois 3 jours	1 an 25 jours	1 an 8 mois 19 jours
Nombre d'entrées réalisées	95	35	22
Nombre de sorties sur l'année écoulée	18	34	22
<i>Dont réorientation autres EHPAD</i>	1	13	3
<i>dont retour à domicile</i>	1	6	2
<i>dont décès</i>	15	15	17
<i>autres (Familles d'accueil)</i>	1	0	0

Ravine Blanche

Les personnes accueillies à l'EHPAD de la Ravine Blanche présentent les caractéristiques suivantes :

- personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec un hébergement dédié à cette population en **unité Alzheimer** (au rez-de-chaussée) ;
- personnes **grabataires**, rassemblées au premier étage de l'établissement ;

personnes plus autonomes hébergées au deuxième étage.

EHPAD	2012	2013	2013 Accueil de jour

Moyenne d'âge des usagers accueillis	76 ans et 11 mois	81 ans et 11 mois	78 ans
Nombre de femmes	55	60	23
Nombre d'hommes	28	29	7
Durée moyenne de séjour	7 mois	1 an 3 mois	-
Nombre d'entrées réalisées	42	20	28
Nombre de sorties sur l'année écoulée	14	14	6
<i>Dont réorientation</i>	3	2	1
<i>dont retour à domicile</i>	0	4	3
<i>dont décès</i>	11	8	0
<i>autres (Familles d'accueil)</i>	0	0	2

1.5 L'activité

Pôle gériatrique Roger André

	2011	2012	2013
Budget d'exploitation	N.C.	N.C.	N.C.
Capacité d'accueil autorisée	246	290	290
Capacité installée	246	290	290
Nombre de journées budgétées	83 815	92 125	98 365
Nombre de journées réalisées	80 035	89 245	96 983
Taux d'occupation EHPAD	94.27 %	94.56 %	97.21 %
Taux d'occupation ADJ	62.50 %	45.98 %	65.94 %

PARTIE 2 – PROCEDURE D’EVALUATION 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 :

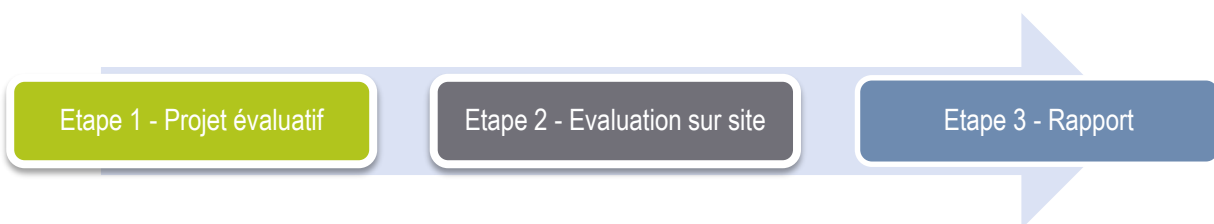
- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

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 au niveau du Pôle gérontologique :
 - o la Directrice du Pôle gérontologique (également Directrice de l'EHPAD Bois d'Olive) ;
 - o les services mutualisés du pôle :
 - secrétaires médicales ;
 - responsable RH ;
 - économe ;
 - pharmacienne de la PUI ;
 - responsable de la cuisine centrale ;
- Des entretiens réitérés pour chacun des 3 sites avec :
 - o la Directrice ou le Directeur de l'établissement ;
 - o le Médecin coordonnateur ;
 - o le Médecin traitant de Ravine Blanche ;
 - o le Chef de service ou Responsable infirmier ;
 - o l'équipe des Rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricienne) ;
 - o le Psychologue ;
 - o l'Assistante sociale ;
 - o l'Animatrice ;
 - o l'équipe Infirmière ;
 - o le groupe soignant AS-AMP-ASL ;
 - o la Lingère ;
 - o l'équipe de l'Accueil de jour sur Bois d'Olive et Ravine Blanche ;
 - o le personnel administratif : Secrétaire d'accueil, Secrétaire de direction ;
 - o l'Agent technique responsable de la maintenance ;
 - o le référent ou le COPIL qualité.
- Une consultation des usagers et des familles : un entretien de groupe a été mené avec des usagers, pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS) ; un autre entretien s'est tenu avec les familles (dont élus du CVS) ;
- Des temps d'observation des pratiques : observation du déjeuner des résidents, observation du temps de transmission de l'après-midi, observation de temps d'activités, observation d'un temps au PASA de Bras Long ;
- 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 : ARAR, EMAP, VMEH, UCC Tampon, Tout Net, coiffeuse, kinésithérapeute, etc.

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 aux fins d'échanges et éventuels amendements (30 octobre pour Bois d'Olive, 12 novembre pour Bras Long, 24 novembre pour La Ravine Blanche).

Le rapport final a été remis le 30 décembre 2014.

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

2.2 Sources

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

- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (Juillet 2012)
- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)

- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Septembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre (Juillet 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles (Avril 2008)

Les recommandations spécifiques aux EHPAD :

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

2.3 La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée

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

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

PARTIE 3 - EVALUATION DE L'EHPAD BOIS D'OLIVES

3.1 Résultats de l'analyse détaillée

3.1.1 La stratégie du service

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

La démarche d'élaboration du projet

L'EHPAD de Bois d'Olives dispose d'un Projet d'Etablissement couvrant la période 2014-2018. Il a été réactualisé en juillet 2013

La démarche d'élaboration a été pilotée par la Direction à l'aide d'un prestataire extérieur pour le cadrage de la démarche. Plusieurs étapes ont structuré la démarche :

- Présentation de la démarche en réunion d'équipe ;
- Elaboration d'une trame type co-construite avec le formateur ;
- Recueil des écrits des pratiques professionnelles à travers les fiches descriptives de la démarche qualité auxquelles a participé l'ensemble des salariés ; chaque catégorie de professionnel a ainsi pu travailler sur son volet d'intervention ;
- Elaboration d'un avant-projet mis à la disposition de l'ensemble des salariés afin que chacun puisse apporter sa contribution
- Agrégation et mise en articulation des différentes contributions par la direction
- Mise en forme et validation finale par la direction.

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux professionnels (réunion d'équipe le 10 septembre 2013 et le 26 novembre 2013), au CE (le 24 septembre 2013) et au CVS le 5 novembre 2013 pour avis. De même, il a été présenté aux instances associatives (la Commission Personne Agée de la Fondation le 11 décembre 2013, le Conseil d'Administration de la Fondation pour approbation) et transmis aux autorités de contrôle.

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

- les représentants des résidents, des familles et les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche d'élaboration du Projet comme préconisé par la recommandation ANESM relative à l'élaboration du projet d'établissement.
- Si les professionnels ont été associés via des réunions de présentation et restitution et appels à contribution, la démarche ne s'est pas appuyée sur l'élaboration de groupes de travail thématiques pluridisciplinaire et la constitution d'un comité de pilotage représentatif des différents métiers.

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

Le projet d'établissement intègre pleinement les thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2¹ et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm² :

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

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

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

- Les principes d'intervention Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, projet social, soutien des professionnels, interdisciplinarité...);
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement ;

Toutefois, le projet d'établissement n'aborde pas son intégration dans les orientations des politiques nationales (plan grand âge, plan Alzheimer,...) **régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012, schéma gérontologique). Ceci s'explique par le fait que la population présente n'est pas concernée par la maladie d'Alzheimer.

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. Le plan d'action est présenté à travers le projet de service qui se décline avec ses objectifs pour les trois unités.

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

Conformément à la réglementation, le projet d'établissement est établi pour une **durée de 5 ans** (2014-2018). Le document précise sa période de validité.

Le Plan du projet permet une bonne progressivité dans la lecture. Toutefois, si le Projet d'établissement est rédigé de manière structurée et agrémenté de quelques schémas, illustrations et graphiques, la taille du document (70 pages avec annexes) est au-dessus du standard préconisé par RBPP (conseillent une trentaine de pages).

Une synthèse du projet a été élaborée pour faciliter son appropriation.

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

Le projet est accessible des professionnels aux trois étages dans les offices soin et a fait l'objet d'une présentation aux personnels (réunions d'équipe et IRP). Pour autant, les entretiens conduits sur site auprès des professionnels ont montré le besoin d'en améliorer encore son appropriation.

S'agissant des résidents et familles, le projet a fait l'objet d'une présentation en CVS. Si une version numérique est consultable sur le site internet de la Fondation Père Favron, le projet n'est en revanche pas en libre d'accès physique des résidents et familles (hall d'accueil,...).

Il n'existe pas de dispositif spécifique de pilotage et de suivi du projet d'établissement. En revanche, Un comité de suivi, composé d'un membre du Comité de Pilotage qualité, de la référente, de la directrice, doit se réunir deux fois par an pour superviser l'avancée de chaque Plan d'amélioration. Si des objectifs d'amélioration apparaissent à la fin du Projet (partie conclusions), celui-ci ne contient pas de plan d'actions opérationnel ou de fiches actions déclinant ces grandes orientations et projets de l'établissement sur les 5 prochaines années.

La pertinence et la cohérence de la stratégie

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

Le projet de l'EHPAD Bois d'Olives est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. Il a été présenté et validé par la Commission Personnes âgées en décembre 2013 et approuvé par le Conseil d'Administration.

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

Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des principes énoncés par la loi du 24 janvier 1997, nommée réforme tarifaire (transparence des coûts, contractualisation reposant sur une convention tripartite, démarche qualité,...) et des **missions telles que définies au CASF**. Le projet d'établissement décline également pleinement les thématiques de personnalisation de l'accompagnement et

d'ouverture-partenariat, droits des usagers et de promotion de la bienveillance découlant de la mise en œuvre de la loi 2002-2 et ses différents décrets d'application.

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan bien vieillir, Plan Alzheimer, etc..). En effet, à titre illustratif, la présence d'un accueil de jour et d'une plateforme de répit et de repos l'attestent.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'établissement s'inscrit dans les orientations régionales du SROSMS du schéma gérontologique.

Enfin, une convention tripartite CPOM a été signée en 2009 avec les autorités de tarification. La deuxième sera signée pour la période 2014-2018 (5ans). Les EHPAD ne sont pas inclus dans ce CPOM. Toutefois, il, est fortement envisagé d'élaborer un CPOM spécifique aux EHPAD en 2015.

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

Les caractéristiques et spécificités du profil des usagers ont fait l'objet d'une évaluation précise dans le cadre du projet d'établissement. Le dispositif en place est en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis.

Au plan de la localisation, implantation dans un cadre semi-urbain, calme, et agréable. La localisation de l'EHPAD sur le quartier Bois d'Olives (à 15 minutes de Saint Pierre) présente également l'avantage d'une proximité avec un grand nombre d'équipements et de services notamment médicaux (centres hospitaliers) ou d'autres acteurs qui pourraient être mobilisés dans le cadre de la prise en charge (établissements et services médico-sociaux, services mobiles, associations de bénévoles,...).

L'établissement s'inscrit dans la réponse aux besoins du territoire. Avec un taux d'occupation de 97,24% en 2013, l'établissement bénéficie d'une bonne attractivité et s'inscrit dans une réponse aux besoins des populations du territoire. L'établissement est bien repéré dans sa spécificité d'accueil de personnes atteintes de handicap psychique chronicisé, de pathologies psychiatriques et de personnes atteintes du syndrome d'immobilisation chronique (SIC).

En revanche, l'accueil de jour connaît quelques difficultés de remplissage avec un taux d'occupation s'établissant à 74,39% sur 2013. Si le besoin existe, le dispositif est encore insuffisamment connu des partenaires.

Par ailleurs, l'hébergement temporaire ne fonctionne pas. Si l'établissement dispose en théorie d'une place attitrée comme les autres EHPAD de la fondation, seule deux demandes ont été adressées depuis l'ouverture. Une réflexion est en cours avec les autorités sur les réponses à apporter.

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

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, un accueil de jour et d'une plateforme de répit et de repos (dispositif transversal à la fondation mais situé dans les locaux de l'établissement).
- Des locaux très récents pleinement adaptés aux besoins des publics avec des espaces et équipements particulièrement utiles et bénéfiques pour les résidents :
 - un jardin paysagé à visée thérapeutique permettant d'activer et stimuler les sens ;
 - un parcours de santé et d'équilibre s'inscrivant dans un projet global de maintien de l'autonomie ;
 - une salle d'activités multi-sensorielles (ou salle snoezelen) qui est destinée aux résidents qui ne communiquent plus et/ou qui éprouvent un mal être pouvant engendrer des troubles du comportement ;
 - des cuisines thérapeutiques dans les étages ;
 - un salon de coiffure et d'esthétique.

La rénovation intervenue dans l'établissement a permis de répondre pleinement aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur et d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents.

- L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne, permet un accompagnement au plus près des besoins spécifiques de chaque population et aux individus eux-mêmes ;
- La constitution d'une forte expertise sur le volet handicap/troubles psychiques par une politique de formation soutenue et l'apport du personnel médical en place et le développement des prises en charge non médicamenteuses ;
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

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

- La création à titre expérimental d'un Pôle d'Activité et de Soins Spécifiques (PASS) pour personnes âgées souffrant de pathologie psychiatrique avec pour visée de limiter certains troubles du comportement et passages à l'acte, grâce à la mise en place par des professionnels formés (ergothérapeute, psychomotricien, art-thérapeute..) d'activités à visée thérapeutique. Ce dispositif serait composé de 13 à 15 places avec une file active d'environ 20-25 résidents.
- Les locaux du PASS seront :
 - soit la création de salles d'activité au rez-de chaussée de l'EHPAD en lieu et place des bureaux administratifs qui seront transférés sur Pétales 2 ;
 - soit le transfert de l'accueil de jour (ADJ BO) sur la salle polyvalente et utilisation de l'ADJ pour le PASS (si création) ;
- Par ailleurs, la direction souhaiterait faire évoluer l'offre d'accompagnement sur trois plans : développer des séjours de ruptures à l'hôpital en service de géro-psycho-geriatrie (en cas de troubles du comportement et de passage à l'acte), dégager du temps au personnel pour développer les activités occupationnelles, développer les échanges intergénérationnels.

Au plan des moyens humains, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,64, le ratio soignant de l'ordre de 0,43. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences. Parmi les points forts de l'établissement, notons la présence d'IDE de nuit et un plateau paramédical diversifié (kinésithérapeute, ergothérapeute, art thérapeute) ainsi qu'un encadrement intermédiaire renforcé.

A la date d'évaluation, tous les postes sont pourvus à l'exception d'un poste d'aide-soignant réservé pour pouvoir pallier des congés maladie et départs en formation.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'adaptation en continue des compétences des professionnels. La politique de formation a accompagné nombre de démarches de qualification ces dernières années et de formation professionnelle continue (bienveillance/humanité, douleur et soins palliatifs, etc.).

Néanmoins, la mission d'évaluation met en évidence un point d'attention : les agents des services logistiques, en vertu des fiches de poste et de tâches sont mobilisés sur des tâches hôtelières mais aussi sur des tâches de soin. Si leur rôle et les attendus diffèrent en partie des AS et AMP, un pan de leur activité est commun. Les ASL ont par exemple la charge de toilettes simples ou en binôme avec un personnel diplômé. Si ce positionnement s'inscrit dans une logique de parcours de qualification et de management (développer les compétences : possibilité de VAE, polyvalence, stimulation de l'intérêt du travail) et bien qu'il ait fait l'objet de limitations (ex : réalisation uniquement de toilettes simples en moins grande quantité et/ou intervention en binôme sur des toilettes plus lourdes), elle recèle également un certain nombre de risques en terme de qualité de prise en charge (toilette mal réalisée, ..), de glissement de fonction et de responsabilités de tâches.

Au plan des moyens matériels, l'EHPAD apparaît bien pourvu. Les locaux sont fonctionnels, adaptés aux besoins (chambre et salles de bains individuelles, ..), les équipements et matériels (verticalisateurs, lèves malades) sont en nombre suffisant. Seul un manque est identifié concernant une salle d'activité. A la date d'évaluation, l'établissement était en attente d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite.

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

Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne³

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

Le référentiel créé par les référents qualité des 5 EHPAD, intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm. L'évaluation s'est bien appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...).

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : un COPIL élargi à toutes les composantes métier de l'établissement a piloté la démarche, puis 5 à 6 groupes de travail associant largement les personnels se sont tenus, et enfin, à chaque personnel de l'établissement a été confié la rédaction d'une « fiche verte » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème).

Par ailleurs, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation et a mené à la création de certaines actions (ex. traduction du règlement de fonctionnement en créole pour une meilleure compréhension).

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle. Pour chaque sous-thème du référentiel, les idées clés sont renseignées et les points forts et les points d'amélioration de l'établissement sont clairement mis en évidence.

Toutefois, deux axes d'amélioration peuvent être considérés :

- L'association plus directe des résidents et familles (ex. au sein des groupes de travail, au sein du COPIL d'évaluation) ;
- L'association des partenaires de l'établissement de la même manière que les résidents et familles.

Priorisation et communication des propositions d'amélioration

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action à 1 an a été réalisé**. Comportant 33 actions (aujourd'hui 37), son dimensionnement est adapté, maniable. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'action, sa description et l'effet attendu, le responsable de l'action et les effecteurs, l'échéance, ainsi que des indicateurs de réalisation. Une **fiche de suivi est associée à chaque action** et détaille ses modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Compte-tenu de la méthodologie participative employée, **l'ensemble des professionnels a bien été informé** du déroulement de la démarche, de son avancée et de ses résultats (présentation du plan d'action final en réunion d'équipe mensuelle et affichage en salle de réunion). Ceux-ci se sont très bien approprié la démarche d'évaluation interne. Par ailleurs, le plan d'action a également fait l'objet **d'échanges en CVS**.

Seule remarque de la mission d'évaluation : le plan d'action élaboré n'est pas pluriannuel, ses échéances les plus lointaines sont fixées à un an, ce qui ne permet pas d'inscrire la démarche qualité dans une temporalité longue, ni de planifier l'avenir.

³ Recommandation de l'Anesm : « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'Action sociale et des familles (Juillet 2009)

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 **Groupe qualité a été mis en place**. Ce dernier se réunit 2 fois par an et est composé de la directrice, de l'animatrice et d'une IDE.

A date d'évaluation, 75% des actions du plan à 1 an sont réalisées. Parmi les plus notables : la réalisation des formations du personnel à la Bienveillance (sera pérennisé annuellement) et formations SST ; le démarrage de la démarche de projets personnalisés (depuis juillet 2013) ; la mise en place de réunions familles trimestrielles pour une meilleure communication et implication de ces dernières ; etc.

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

- **Elargir le Groupe qualité** sur le même modèle que le COPIL d'évaluation interne (représentation des différentes composantes métier de l'établissement, représentation des usagers et familles au sein du Groupe) ;
- 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 Groupe qualité ;
- **Poursuivre la communication sur le plan d'actions** et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ;
- **Veiller à mesurer et analyser les effets** des actions engagées comme prévu dans les fiches de suivi des actions. 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.

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 revient au Groupe qualité mentionné *supra* (COPIL restreint). L'animatrice est **référénte qualité** de l'établissement : si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne, elle ne l'est plus depuis la fin de la démarche (faute de financement pérenne). Il n'y a pas de groupes de travail prévus pour l'instant **avec les professionnels** sur des thèmes qualité. Par ailleurs, leur appropriation de la démarche qualité (comme mise en mouvement perpétuelle) est perfectible.

Ainsi, la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité est à soutenir au sein de l'EHPAD : cf. remarque *supra* sur le COPIL élargi ; valorisation de la fonction référente qualité en ETP ; réflexion/travail actif des professionnels sur les thèmes qualité ; etc.

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 :

- Une enquête de satisfaction annuelle ;
- Le Conseil de Vie Sociale ;
- Une boîte-à-idée ;
- Les réunions mensuelles des familles ;
- Les professionnels sont attentifs à recueillir l'avis des résidents au quotidien.

Une piste de progrès existe néanmoins : il n'existe pas de procédure de recueil de la satisfaction, structurant et articulant les différentes modalités de recueil et la centralisation du suivi de la satisfaction, en lien avec la dynamique d'amélioration continue.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés de façon principalement informelle (malgré l'existence d'un cahier de plainte - inutilisé). Ainsi, l'établissement sera invité à définir ces

modalités de recueil et de traitement afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations, une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'actions correctives.

La gestion documentaire

De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD Bois d'Olive. Ces éléments sont correctement accessibles dans des classeurs en salles de soin, dans les offices alimentaires et en salle de réunion au rez-de-chaussée – et en lien avec l'outil PSI. **Ils sont globalement bien connus des professionnels.**

Toutefois, la structuration de la gestion documentaire est perfectible. Il n'existe pas de réelle pyramide documentaire, procédure des procédures au sommet, liste des procédures et suivi des mises à jour nécessaires, homogénéité de contenu des points de mise à disposition des procédures, etc.

Les grands enjeux se dessinant quant à la gestion documentaire sont les suivants :

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

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 diffusion et d'une exploitation au sein de l'EHPAD, notamment à l'occasion de grandes démarches structurantes de l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne). D'ailleurs, le projet d'établissement dédie un paragraphe à la présentation de l'Anesm et ses RBPP.

Les RBPP sont régulièrement évoquées lors des réunions d'équipe, ou lors des formations (ex. humanitude), et **mises à disposition** dans des classeurs placés en salle PSI et en salle de réunion au rez-de-chaussée.

Lors de la visite sur site, les professionnels semblaient avoir plutôt bonne connaissance de l'existence de ces recommandations. Toutefois, le travail d'appropriation doit être poursuivi (ex. organisation de communications dédiées) et les recommandations doivent être utilisées au cours des démarches de formation (bientraitance,..) de travaux de réflexions ou de démarches projet.

3.1.3 Le parcours de l'usager

Le processus d'admission et d'accueil

Accueil physique et téléphonique

L'accueil téléphonique de l'EHPAD Bois d'Olive est géré par le secrétariat de Direction (et l'animatrice en contrat d'avenir), de 8h30 à 16h ou 17h selon les jours de la semaine. En dehors de ces horaires, les appels sont transférés vers les portables des infirmières, de sorte que l'accueil téléphonique soit effectif 24h/24. La continuité est assurée le week-end et jours fériés via du personnel qui tourne (économe, animatrice,..).

L'accueil physique est également assuré par la secrétaire de direction depuis son bureau donnant sur la banque d'accueil. Les conditions matérielles d'accueil physique sont satisfaisantes (zone bien signalée, aménagement convivial du hall avec des fauteuils très investis par les usagers, banque à hauteur de fauteuils roulants). **Toutefois, l'absence d'agent d'accueil dédié oblige la secrétaire de direction à guetter les visiteurs qui pourraient se présenter à la banque d'accueil (vide) et à se déplacer pour les accueillir.**

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. **Une liste d'attente existe.** Elle est tenue à jour par l'assistante sociale, premier interlocuteur des postulants (rôle d'information et de déclenchement du processus d'admission).

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 :

- renseignement des dossiers social et médical de pré-admission ;
- visites de pré-admission avec le médecin coordonnateur, l'assistante sociale, et la directrice/cadre.
- Point / échange médecin/assistante sociale/ direction en vue sur la décision d'admission ;
- Inscription sur liste d'attente ;
- préparation de l'entrée dès qu'une place se libère.

Les documents légaux sont bien remis et explicités au cours du processus d'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie). Le contrat de séjour est remis dans les 15 jours suivant l'admission et signé dans le mois.

Toutefois, plusieurs axes d'amélioration sont repérés :

- Si le consentement éclairé de l'utilisateur/son représentant légal est recherché (obligation réglementaire), il n'est pas formalisé (support spécifique, etc.)- de même que les directives anticipées de la personne ne sont pas recueillies dès l'admission ;
- La procédure n'est pas à jour, elle ne reflète pas exactement la réalité d'admission à l'heure actuelle.

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

Les modalités d'accueil d'un nouveau résident sont détaillées dans le projet d'établissement de l'EHPAD mais ne font pas l'objet d'une procédure dédiée.

L'accueil de nouveaux résidents est bien organisé. Les équipes sont **informées** d'une entrée par différents moyens : par les transmissions orales et sur PSI. Un **référént** du nouvel arrivant est désigné parmi les professionnels. Grâce aux différents contacts pris en amont avec l'établissement (visites, rencontres), les équipes peuvent s'appuyer sur le recueil de l'histoire et des habitudes de vie réalisés en pré-admission. Une journée d'essai (de 10h à 15h30) peut être proposée.

Une quadruple préparation de l'intégration est prévue : administrative (collecte des documents, établissement du dossier), médicale (derniers liens à établir avec les précédents acteurs de la prise en charge médicale), du cadre de vie (préparation de la chambre, explicitation du quotidien de l'EHPAD, temps d'appropriation des lieux privés), psychologique (visites rapprochées de la psychologue au début du séjour). Le jour de l'accueil effectif, l'utilisateur est accueilli par des personnels (mais pas toujours le référent), un mot de bienvenu et un bouquet de fleurs. **Ces différents éléments offrent à l'utilisateur une bonne prise de repères dès l'entrée. Les familles ont d'ailleurs salué la qualité de ce premier accueil.**

L'établissement pourra néanmoins prendre en compte les pistes de progrès suivantes :

- Les résidents ne sont pas informés de manière formelle de l'arrivée d'un nouvel usager ;
- Il n'existe pas de temps symbolique (pot d'accueil, goûter de présentation.) pour marquer l'entrée à l'EHPAD et favoriser les liens et relations avec les autres usagers.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé

L'effectivité des projets personnalisés

Taux de PP élaborés *	Taux de PP signés*	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
63% (57 projets)	55% (50 projets)	NS

**Chiffre transmis par l'établissement*

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 57 projets étaient élaborés et 50 signés et la réactualisation des premiers projets était sur le point de démarrer.

Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure. Elles sont également détaillées dans le projet d'établissement.

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 :

- Le projet est préparé par le référent et le co-référent du résident en concertation avec la famille, le résident et son représentant légal, par un recueil de leurs souhaits formalisé dans la trame de projet ;
- Une réunion de travail pluridisciplinaire (« réunion de projet ») est ensuite organisée. Elle réunit la psychologue, le cadre, référent et co-référent du résident, les paramédicaux ; Lors de cette réunion, les professionnels échangent leurs observations et bilans écrits sur la personne, prennent en compte ses souhaits et définissent des objectifs de prise en charge ;

Les réunions de projets personnalisés font l'objet d'une planification définie et régulière (organisées le lundi AM).
- A l'issue de cette réunion, la rédaction du projet est réalisée par la psychologue ;
- Un rendez-vous de signature est ensuite organisé par la psychologue ensuite prévue avec le résident, la famille ou le représentant légal.

La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure. En revanche, un point d'amélioration est identifié : la formalisation des projets ainsi que l'organisation des rendez-vous de signature sont assurés par la psychologue. La réalisation de ces tâches est très chronophage pour une seule personne et le positionnement de la psychologue sur cette fonction de coordination soulève des interrogations quant à la viabilité du système dans la durée : comment assurer chaque année la coordination de l'élaboration des nouveaux projets et de l'actualisation des anciens, les rendez-vous de signature ainsi que sa fonction propre de psychologue. Des ajustements doivent donc être envisagés pour garantir une organisation efficace et pérenne dans le temps.

Le contenu du projet personnalisé

Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente contenant les éléments suivants :

- Histoire de vie :
 - familiale,
 - professionnelle,
 - sociale
- les habitudes de vie en termes de loisirs, rythme
- le recueil des attentes et souhaits du résident.
- Projet :
 - Prendre soin : objectifs et moyens
 - Vie sociale : objectifs et moyens
 - Activités et loisirs : objectifs et moyens

La consultation d'un échantillon de projets lors de la visite sur site met en perspective la qualité du contenu et l'homogénéité d'un projet à un autre. Les grilles de recueil des souhaits étaient remplies (souhait du résident, souhait de sa famille, souhaits de son représentant légal).

Les projets élaborés sont communiqués au référent et co-référent et est disponible dans le logiciel PSI. Conformément à la procédure élaborée, le projet est aussi transmis à la personne accueillie, son représentant légal, et sa famille.

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.

Suivi et évaluation du projet personnalisé

Si les modalités de suivi et d'évaluation des projets personnalisés ne sont pas décrites dans le projet d'établissement, la démarche est toutefois prévue et organisée.

Une grille de suivi et d'évaluation est remplie pour chaque résident. Elle décline pour chaque action du projet, la fréquence, le nombre d'actions prévues/réalisées, les motifs d'actions non réalisées, les conduites à tenir.

A la date d'évaluation, la réactualisation des premiers projets élaborés en 2013 était sur le point d'être engagée conformément à l'obligation légale.

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 du document de projet. Ce pourra être un axe d'amélioration de l'établissement.

La fin d'accompagnement

L'accompagnement de la fin de vie

La gestion des fins de vie fait l'objet d'un paragraphe dans le projet d'établissement, détaillant la philosophie de l'établissement et ses objectifs en matière d'accompagnement de la fin de vie. **Une procédure a été rédigée en cas de décès, mais pas sur la fin de vie en elle-même.**

En 2013, 4 personnels ont été formés aux soins palliatifs et tous sont sensibilisés à la gestion de la douleur. Ils peuvent également s'appuyer sur :

- L'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement aux Soins Palliatifs du Groupe hospitalier Sud Réunion) qui intervient une fois par trimestre auprès des équipes de l'EHPAD pour des sessions de sensibilisation et retour d'expérience ;
- ASP Sud Réunion, réseau de bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs ;
- Les compétences d'une IDE qui a un Diplôme Universitaire (DU) en soins palliatifs ;
- La psychologue de l'établissement (soutien psychologique potentiel aux usagers, familles et équipes).

Par ailleurs, **l'établissement procède au recueil des souhaits post-mortem** (obsèques, veille mortuaire souhaitée, cérémonies religieuses à respecter, personnes à prévenir...).

L'EHPAD sera encouragé à poursuivre cette dynamique. Pourront également être mis en place :

- La structuration et la préparation des visites de l'UMASP (les dernières n'ont pas été bien préparées par l'établissement) ;
- La systématisation du recueil, dès l'admission, des directives anticipées des usagers concernant la fin de vie (et pas seulement les souhaits post-mortem) ;
- Un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression programmés de manière réactive et en présence des personnes les plus concernées).
- La rédaction d'une procédure fin de vie.

Les réorientations

Les réorientations sont rares. Il peut s'agir à Bois d'Olives d'une orientation vers un autre EHPAD du Pôle, de la Fondation Père Favron, ou de l'île – ou bien d'un retour à domicile. L'assistante sociale peut éventuellement aider à la recherche d'un nouveau lieu, ainsi qu'aux démarches administratives. **L'EHPAD communique bien à la structure d'accueil les documents utiles à la continuité de l'accompagnement.**

3.1.4 La qualité de l'accompagnement proposé

Qualité du cadre de vie

Les locaux

Le site de Bois d'Olives est rendu agréable par la mise en place récente d'une musique d'ambiance, la décoration intérieure de l'établissement (peintures murales des résidents), et son arrière jardin aménagé d'espaces verts, d'un parcours de santé et d'équilibre, d'un « jardin des 5 sens », d'une fontaine et d'un kiosque. Le cadre y est relativement apaisant.

Les locaux datant de 2010 sont adaptés, même si la construction de plain-pied est regrettée vu le type de public accueilli (par la direction, par les résidents et personnels qui ont connus l'ancien EHPAD des Pétales). Ils garantissent l'**accessibilité** et permettent une bonne **individualisation** de la prise en charge grâce à des chambres quasi exclusivement individuelles (une seule chambre double au rez-de-chaussée) et dotées de salles de bain privées. Les jardins et certains petits salons aménagés dans les étages permettent aussi des **liens et rencontres** entre les résidents. L'établissement est aussi doté d'une salle **Snoezelen**. **En somme, espaces privatifs et collectifs sont de qualité.**

L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est effectué indifféremment par les ASL, aide-soignants et AMP. En effet, l'ensemble de ces personnels effectue à la fois toilettes et ménage des chambres et offices alimentaires. Couloirs et bureaux sont entretenus par un prestataire extérieur.

Le ménage des chambres est effectué quotidiennement, en fin de matinée après les toilettes des résidents et éventuellement en début d'après-midi. La création du poste « M7 » a permis de soutenir l'organisation en place et de prendre en charge des tâches plus ponctuelles telles que le ménage des chambres à blanc, effectué régulièrement sur l'établissement. Quant aux offices alimentaires, ils sont nettoyés tous les jours – et ménage à fond tous les lundis.

Une traçabilité effective du ménage est en place : dans chaque chambre se trouve une fiche de traçabilité dûment remplie après chaque opération ; PSI est également utilisé pour tracer les passages ; et on trouve dans chaque office alimentaire des classeurs de traçabilité où la composante ménage figure en bonne place. Cette traçabilité est vérifiée toutes les semaines par le cadre, qui passe également régulièrement sur les unités pour en vérifier la propreté.

La prestation ménage est également en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité : un classeur de protocoles et fiches produit dans chaque office alimentaire (ex. entretien des réfrigérateurs/électro-ménager), la formation des professionnels au bio-nettoyage, des contrôles bactériologiques mensuels (lave-vaisselle, assiettes, charriot, sol), les charriots et produits d'entretiens sont stockés dans des locaux sécurisés.

Enfin, la mission d'évaluation a pu constater la propreté des chambres et autres locaux lors de la visite d'évaluation.

L'entretien du linge

L'entretien du linge plat, du linge des résidents et des tenues professionnelles est entièrement externalisé, pris en charge par le prestataire Tounet en livraison sous 24h du lundi au samedi. La lingère à temps plein de l'EHPAD est en charge de réceptionner le linge propre (chaque soir), le trier et le dispatcher dans les étages, réceptionner le linge sale dans le local dédié où les équipes soignantes le déposent. Depuis début 2014 et suite à des pertes importantes de linge par le prestataire, la lingère suit également les quantités de linge envoyées et reçues du prestataire, par le biais de fiches de comptage du linge sale renseignées pour chaque résident par l'équipe soignante.

L'organisation de la prestation linge est structurée, bien organisée et les normes d'hygiène et sécurité sont respectées (circuit du linge propre et sales. Au plan qualitatif, après une période difficile (nombreuses pertes

de linge, linge abimé, plaintes de résidents et familles..), la situation s'est améliorée au cours de la période récente. Cette prestation doit continuer à faire l'objet d'une vigilance accrue pour prévenir tout risque de détérioration de la qualité.

La restauration

La confection des repas de l'EHPAD est effectuée par la cuisine centrale du Foyer Barbot (même site que l'EHPAD Bois d'Olive), qui livre les trois EHPAD du Pôle gérontologique Roger André (ainsi qu'une quinzaine d'autres établissements de la Fondation du Sud de la Réunion). La cuisine centrale prépare ainsi 1800 repas par jour, allotés pour 57 points de restauration différents, en s'appuyant sur ses 26ETP dont un chef de cuisine, 3 sous-chefs, des ouvriers qualifiés et ASL, 1 secrétaire et 1 magasinier.

Les livraisons des déjeuners et dîners de l'EHPAD s'effectuent 2 fois par jour (11h30 et 17h) en liaison chaude. Les repas sont pris en salon-salles à manger collectifs situés à chaque étage ou bien en chambre. Servis à 12h et 18h, le déjeuner et le dîner durent environ 45 minutes. Le petit-déjeuner est servi entre 7h et 9h : bien que bornée dans le temps, la mission d'évaluation considère que la distribution du petit déjeuner est respectueuse du rythme des résidents compte-tenu des habitudes culturelles à la Réunion (lever très tôt, toilette impérative avant le petit-déjeuner) et de la flexibilité que sont prêts à déployer les personnels si nécessaire. Un goûter et une collation de nuit sont prévus.

Les règles liées à la démarche HACCP (contrôles, prises de température, prélèvements) sont bien respectées, tant au niveau de la cuisine centrale qu'au niveau des points de restauration et offices alimentaires. Le respect de la marche en avant est assuré en cuisine centrale et dans les offices alimentaires de l'EHPAD Bois d'Olive. La cuisine centrale effectue tous les relevés de température nécessaires ainsi que l'échantillonnage de chaque denrée et ses versions en texture modifiée (conservés et détruits tous les sept jours) ; les consignes transmises aux établissements pour faire de même (températures et échantillons) sont rigoureusement respectées à Bois d'Olive, et les classeurs de traçabilité afférents sont dûment remplis. Les professionnels de l'EHPAD disposent également des procédures d'hygiène et sécurité adéquates dans les offices alimentaires et sont régulièrement sensibilisés/formés aux normes HACCP. Enfin, la cuisine centrale fait l'objet de prélèvements et analyses hebdomadaires aléatoire par un prestataire, ainsi que d'un audit externe 3 fois par an. Le plan d'action qui en découle est suivi lors de réunions régulières.

Les menus, affichés dans l'établissement, sont élaborés par la cuisine centrale sur un cycle de 5 semaines, mais ne sont pas validés par une commission de restauration et une diététicienne. Les repas sont confectionnés dans le **respect des régimes individuels** avec des préparations et textures particulières adaptées le cas échéant (normale, hachée, mixée). Les habitudes alimentaires culturelles sont également respectées (ex. sans porc) et des plats de substitution sont disponibles. Enfin, de plus en plus **d'événements particuliers et festifs** sont marqués par un menu spécial : une grille de menus complémentaires a été mise en place (ex. repas à thème « Chine »). Le gâteau d'anniversaire est en revanche prévu par l'établissement.

Les questions relatives à la restauration sont abordées en CVS : les représentants des usagers et familles y avaient d'ailleurs souligné l'effort de la cuisine centrale pour améliorer la qualité des repas les années précédentes. Les résidents et familles rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation ont néanmoins fait part d'une satisfaction relative quant à la variété des viandes proposées, la température des plats, et parfois la qualité des mixés. Les enquêtes de satisfaction de 2013 et 2014 révèlent aussi des scores d'insatisfaction significatifs sur les critères de température, variété des plats et prise en compte des goûts des résidents.

Plusieurs éléments de réflexion/pistes d'amélioration sont à considérer :

- **La cuisine centrale ne dispose pas de diététicienne.** Si la cuisine centrale dispose d'un logiciel permettant le suivi des apports alimentaires, l'équilibre des repas reste un point de questionnement de la mission d'évaluation. Tenant compte des habitudes alimentaires très fortes à la Réunion (le riz à la base de l'alimentation, le « grain » et un « cari » à chaque repas), la mission souhaite cependant encourager la cuisine centrale à poursuivre ses efforts sur la variété des denrées et l'équilibre des repas. A noter qu'un audit sur le public des personnes âgées avait déjà entraîné la modification des plans alimentaires (apport en laitage, légumes crus, fruits...) ;
- **Les résidents ne sont pas associés à la prestation** par le biais d'une commission restauration ou menu (la mise en place de telles commissions est toutefois prévue par la cuisine centrale pour 2015) ;

- **L'horaire du dîner (18h) et du petit-déjeuner (7h)** ne permettent pas de respecter le temps de jeûne nocturne recommandé par la HAS (inférieur à 12h) ;
- **La cuisine centrale a émis des doutes sur l'actualisation effective de la liste des régimes spécifiques** par les établissements qu'elle livre (50% des résidents déclarés comme nécessitant un régime spécifique). La mission d'évaluation l'encourage à déployer son plan d'action pour y remédier (mise en place du logiciel Salamandre dans chacun des établissements).

L'observation d'un temps de repas a permis de noter le bon déroulement de ce moment de la journée des résidents. Il existe deux salon-salles à manger par étage. Ces repas sont pris en petit groupe sous la responsabilité d'un personnel soignant en charge de la prise des températures, de l'aide éventuelle au repas voire du suivi des ingestats en cas de dénutrition, puis du nettoyage du point de restauration.

Les résidents autonomes dressent la table, portent les plats sur la table et assurent le service auprès des autres résidents. L'ambiance des repas est calme et agréable. Au déjeuner, une télévision diffuse le journal télévisé. Les rythmes de chacun sont respectés et un accompagnement est proposé aux personnes qui le nécessitent, tandis que d'autres sont stimulées. Les quantités de nourriture distribuées sont suffisantes.

L'accompagnement proposé

Les soins

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

Les objectifs du projet de soins sont formalisés dans le projet d'établissement de l'EHPAD élaboré avec le concours du précédent médecin coordonnateur, en associant l'ensemble de l'équipe soignante. Il est réactualisé tous les 5 ans.

Le Médecin Coordonnateur assure une présence quotidienne. Il est aussi le médecin traitant de tous les résidents. **Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF sont bien mises en œuvre sur l'établissement :**

- un avis médical est donné sur les **admissions** : le médecin coordonnateur participe à toutes les admissions, et donne son avis sur les demandes à l'étude. Il veille notamment à la compatibilité de l'état de santé du candidat avec les capacités d'accompagnement de l'institution (souvent fonction du niveau des troubles du comportement : agressivité, sécurité des résidents et personnels, etc.).
- une **Commission gériatrique** est organisée 2 fois par an : elle réunit les IRP, les rééducateurs, la psychologue, l'assistante sociale, les IDE et le médecin coordonnateur qui l'anime. Ces réunions de la Commission gériatrique permettent d'évoquer les projets en cours, les difficultés, le bilan d'activité, etc. Elles ne comportent pas de contenu de formation ;
- **l'évaluation de la dépendance et des besoins en soins requis est réalisée.** Une évaluation du GIR est réalisée par le MEDEC et avec le concours de l'équipe soignante dès l'admission, puis réévaluée annuellement et en cas d'hospitalisation ou dégradation. Le GMP est synthétisé annuellement : il est stable depuis 2013 (passage de 784 à 783 en 2014). Quant au PMP, il est évalué tous les 2 ans par le MEDEC. On note une importante progression de cet indicateur, de 170 en 2011 à 196 validé en 2013 (évaluation du MEDEC à 214), due en grande partie à la sous-évaluation du PMP en 2011. En effet, à l'époque, les besoins liés à l'accompagnement psychiatrique n'avaient pas été proprement valorisés (cf. problématique de la reconnaissance du secteur psychiatrique et de quantification de ses besoins) ;
- **le médecin travaille au partage des bonnes pratiques gériatriques** essentiellement lors des réunions du mardi avec l'encadrement (rééducateurs, psychologue, assistante sociale, animatrice...). Il formalise et réévalue annuellement les procédures individuelles, peut susciter une réunion exceptionnelle en cas de fait marquant devant être géré par le personnel de soin (selon les besoins exprimés), et donne des temps de formation une à deux fois dans l'année avec le plus de personnel possible (ex. troubles psychiques bipolaires maniacodépressifs ; en octobre 2014, troubles cognitifs et neuropsychologie) ;
- **le médecin contribue à la définition et à la mise en œuvre du plan de formation** en coordination avec la Directrice (cf. politique de formation infra) ;

- **une veille sanitaire est assurée** : par la formalisation et mise en place de procédures, et les signalements ad hoc à l'ARS en cas d'épidémie conjoncturelle. Le DARI a aussi été réalisé mais ne comporte pas de plan d'action ;
- **le médecin coordonnateur veille à renforcer la continuité des soins** : des procédures d'urgence ont été complétées ; une convention de partenariat est établie avec l'UMASP ou le service psychiatrique du CHU-GHSR de St Pierre (pour séjours de rupture) et des liens fluides existent avec ses services de MC, spécialités, etc. D'autres partenaires interviennent au bénéfice de la continuité de l'accompagnement à Bois d'Olives : l'ARAR-HAD, les bénévoles de VMEH, etc. **Ce dispositif permet de répondre adéquatement aux besoins sanitaires du public de l'EHPAD**. A noter qu'une Equipe mobile Psychogériatrique va prochainement être créée au CHU ;
- **le médecin coordonnateur a collaboré à la mise en œuvre du réseau gérontologique** Sud Réunion. Or, le projet a été stoppé récemment ;
- le médecin coordonnateur établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale ;
- le médecin coordonnateur veille à la constitution d'un dossier de soin pour chaque résident ;
- en tant que médecin traitant, il établit évidemment des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux.

Toutefois, certains aspects de la réalisation des missions du médecin coordonnateur sont perfectibles :

- le médecin coordonnateur n'assure pas le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du **projet de soin** ;
- la **convention avec le service de psychiatrie du CHU-GHSR** (pour séjours de rupture) est restée sans grands effets, n'a pas amélioré les liens avec l'EHPAD ;
- le DARI n'a pas donné lieu à un plan d'action suivi dans le cadre de la **veille sanitaire**.

L'organisation et la coordination des soins

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin coordonnateur, également médecin traitant de tous les résidents, qui assure les prescriptions sur PSI.

La coordination des soins est assurée par le cadre de proximité (ex responsable infirmier) : gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin et les éducateurs, coordination avec les intervenants extérieurs et bénévoles, coordination avec les familles.

L'organisation mise en place permet d'assurer une bonne continuité. L'organisation horaire et la présence des professionnels se présentent comme suit :

- 2 IDE (matin/après-midi) de 6h à 20h sur le rez-de-chaussée et premier étage, 1 IDE de 7h à 17h au deuxième étage, et 1 IDE de nuit de 20h à 6h ;
- 2 à 4 personnels soignants (AS/AMP/ASL) par étage le matin ;
- 2 personnels soignants (AS/AMP/ASL) par étage l'après-midi ;
- 2 personnels de nuit (binôme AS-ASL) de 20h à 6h.

L'intervention des autres professionnels associés aux soins est bien organisée et :

- L'ergothérapeute est présente du lundi au vendredi (1ETP). Elle propose 3 séances de groupe (50 à 70 personnes : gym douce, cuisine thérapeutique), des activités en individuel (5 personnes : jardinage, Snoezelen) et une toilette thérapeutique par semaine en lien avec le projet de vie. Elle gère également la mise à disposition du matériel adapté ;
- Le masseur-kinésithérapeute est présent les lundis et jeudis, ainsi que les mardis matin (0,5ETP). Il intervient sur la séance de gym douce (30 personnes) et sur des séances individuelles prescrites ou non prescrites (20 personnes : verticalisations, escarres, petite marche, etc.) ;
- La psychologue est présente sur la structure du lundi au mercredi (0,4ETP sur l'EHPAD) pour : des entretiens individuels dans le cadre de la pré-admission, une semaine après l'entrée, puis en fonction

des demandes de l'équipe ; quelques suivi à long-terme ; des entretiens avec les familles ; l'élaboration des projets personnalisés.

- L'art thérapeute est présente 2 journées par semaine de 9h à 15H. Elle prend en charge de personnes en souffrance psychique surtout et physique. La prise en charge démarre par des séances individuelles puis évolue vers des séances de groupe. Les supports sont variés : dessin, peinture, écriture, contes, musique. L'art thérapeute assure également des séances ADC (apaiser détendre et communiquer) consistant en des massages détente. Environ 7-8 résidents sont suivis par jour travaillé et environ 1/3 des résidents est concerné par une prise en charge en art-thérapie. Les séances varient de 20 min (individuel) à 2H (groupe). Des séances en commun avec l'ergothérapeute sont ponctuellement assurées.

La formalisation des soins est de qualité :

- Les **plans de soin** sont formalisés par les IDE au début de la prise en charge, sur PSI, puis ajustés par les IDE mais aussi les AS/AMP sur certaines dimensions ;
- L'ensemble de l'équipe soignante effectue une **traçabilité des soins** et de la distribution des médicaments sur le logiciel métier PSI alimentant ainsi directement le dossier du résident (dossiers patients informatisés, ordinateur disponible à chaque étage).
- Des **protocoles de soins spécifiques (classeurs sur les charriots) et prescriptions infirmières** (bonnes pratiques individuelles de réalisation des soins et humanité) sont formalisés et disponibles sur PSI ;

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

La personnalisation de l'accompagnement soignant est effective : plans de soin individualisés par résident, protocoles de soin spécifiques, prescriptions infirmières individualisées, etc. Un système de référent pour chaque résident a également été mis en place. Celui-ci est nommé dès l'admission et participe à l'élaboration du projet personnalisé. C'est généralement lui qui effectue les soins et le ménage de la chambre de ses référés, même si d'autres membres de l'équipe interviennent aussi auprès de ces derniers (principe de non exclusivité).

Les équipes ont également le souci de prendre en compte les habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents (ex. adaptation aux heures de lever et coucher des résidents, possibilité de prendre ses repas en chambre ou en salle à manger, de ne pas prendre sa douche, de laisser dormir un résident plus tard, de prendre une collation plus tard, etc.). **Pour autant, cette prise en compte est encore partielle, l'organisation n'est pas encore entièrement tournée vers la personnalisation des prestations.** A titre illustratif, la distribution des petits déjeuners est effectuée sur un mode chronologique, le chariot passe de chambre en chambre à heure fixe. De la même façon, même s'il est possible ponctuellement de laisser un résident dormir, de décaler un soin ou une toilette, le passage en chambre a également tendance à se faire sur un mode chronologique ; les plans de soins n'intègrent pas des heures auxquelles distribuer le petit déjeuner, réaliser la toilette ou le soin,..). De plus, il a été remonté à la mission d'évaluation une situation où un délai d'un an s'est écoulé avant de pouvoir décaler l'horaire de douche d'une résidente.

Les pratiques et les postures professionnelles sont de qualité au sein de l'EHPAD Bois d'Olives, les salariés sont à l'écoute des résidents. Tous ont bénéficié de la formation Humanité. Les différents temps d'observation et les entretiens menés durant l'évaluation mettent en avant la qualité et l'éthique des équipes de l'établissement **La réalisation des soins au quotidien favorise le maintien ou la stimulation de l'autonomie** des résidents (verticalisation quotidienne, toilette debout, habillage...).

La prise en compte des thématiques de soin spécifiques

L'accompagnement prend en compte de manière satisfaisante les thématiques de soins gériatriques suivantes :

- **Concernant la prévention des chutes**, un protocole spécifique a été rédigé et le médecin coordonnateur prévoit de bientôt mettre en place auprès des équipes l'échelle de Tinetti. Le signalement des chutes est systématique, effectué par l'équipe soignante sur le logiciel PSI, imprimé et signé (MEDEC et IDE) puis consigné dans un classeur de chutes. Une analyse est réalisée annuellement par le MEDEC (causes, cas particuliers, liens avec les thérapeutiques), différentes actions préventives et correctives (vigilance sur l'iatrogénie éventuelle du traitement, vue et chaussage, éclairage, parcours de santé et d'équilibre,

etc.) sont mises en place. En 2013, **151 chutes pour 54 résidents** sont recensées – chiffre à mettre en lien avec la politique de **promotion de l'autonomie** de l'établissement (verticalisation et liberté d'aller et venir) et avec le fait que tout résident retrouvé au sol est considéré comme chuteur ;

- **Un protocole formalisé de prévention et de suivi des résidents souffrant de dénutrition est bien en place au sein de l'établissement.** Un suivi mensuel du poids est assuré pour tous les résidents et un suivi plus intense en cas de dénutrition. La mise en place d'un régime alimentaire adapté est alors déclenchée (compléments alimentaires, textures adaptées, ...). Une liste des régimes est établie par le médecin coordonnateur, également médecin diététicien. **Un suivi quantifié des ingestats est prévu dans les transmissions PSI (en % du repas) ;**
- **Un protocole en matière d'hydratation** est effectif sur l'établissement (bien qu'informel), des solutions telles que l'eau gélifiée sont essayées en cas de difficulté. **Un suivi quantifié de la consommation d'eau est prévu dans les transmissions PSI ;**
- **Un bilan incontinence** est réalisé au cours des deux mois d'observation suivant l'admission, puis réévalué régulièrement. La pose de protection fait l'objet d'un suivi (sur PSI : couches souillées ou pas, présence de sang, etc.). Par ailleurs, préserver la continence des résidents fait l'objet de l'attention des équipes. La prévention de l'incontinence est assurée par une mise aux toilettes régulière (plusieurs fois par jour pour chaque résident) ;
- Le public accueilli à l'EHPAD est concerné par la problématique de la désorientation, temporo spatiale liée aux maladies psychiatriques chronicisées. Les troubles sont évalués grâce à une grille d'agitation de Cohen Mansfield. Des projets spécifiques « soins » sont mis en place. ~~Toutefois,~~ les équipes ont reçu en 2014, deux formations concernant « la gestion de l'agressivité » ce ~~qui~~ thème reste à compléter à travers les plans de formation futurs. Enfin les locaux permettent une bonne déambulation.
- **Un protocole a été rédigé pour encadrer la mise en place de contentions/dispositifs d'isolement ;** toutes ces mesures sont consignées dans un classeur par étage. Les contentions sont mises en place à la suite d'une réflexion commune de l'équipe, seulement s'il y a un risque de chute trop important (rapport bénéfice-risque défavorable) ou à la demande d'un résident (fermeture de la porte de la chambre en l'absence de contre-indication). Les contentions chimiques en particulier ne sont pas multipliées. Quant aux dispositifs d'isolement (ex. chambre fermée la nuit, ou isolement 3h en chambre en journée), ils ne sont utilisés qu'en cas de crise aiguë ou indication psychiatrique. Les prescriptions médicales de ces mesures sont systématiques, et sont établies généralement sur une durée de 1 à 3 mois (contrairement à la réglementation qui prévoit un renouvellement quotidien car il s'agit de cas chronicisés).
- **Sur la gestion de la douleur,** des protocoles existent. Les équipes ont été sensibilisées par les IDE, à l'utilisation de l'échelle Doloplus, et des trois paliers de l'OMS. Des prescriptions anticipées existent, notamment pour les cas de fin de vie. La présence de douleur est tracée sur PSI, remontée en transmission par les équipes, de sorte que **les délais de prise en charge de la douleur n'excèdent jamais 24h.** Par ailleurs, l'intervention de la psychologue et du kinésithérapeute, pour l'usage de la salle Snoezelen peuvent aider à surmonter les douleurs chroniques ;
- **L'accompagnement de la fin de vie fait l'objet d'un protocole et d'une réflexion pluridisciplinaire** au cas par cas en réunion d'encadrement, et **d'attentions particulières de l'équipe** soignante avec un accompagnement adapté (évaluation de la douleur, prévention des escarres, passage en doublon...). Les partenariats avec l'UMASP, l'ARAR-HAD, et l'ASP Sud Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs) sont actifs : à noter que l'UMASP vient sensibiliser les équipes une fois par trimestre sur cette thématique. L'accompagnement des résidents, en fonction des croyances et des souhaits (ex. sacrement des malades ou venue d'un prêtre tamoul, ou témoins de Jehovah), est effectif. L'établissement dispose d'une salle mortuaire et une aide psychologique est proposée aux résidents, familles et salariés, systématiquement (réunion de deuil).

Toutefois, quelques axes de progrès sont identifiés :

- **la prévention et le traitement des escarres.** Bien que l'établissement dispose de matelas à air et autres aides techniques, bien que les équipes soient très réactives à l'apparition de rougeurs et « récupèrent » très bien les débuts d'escarres, en 2013, 11 escarres ont été acquises au sein de l'établissement (sur 90 résidents). Des pistes d'actions peuvent être envisagées : rédiger une procédure, mettre en place

l'échelle de Norton selon son intention (pour l'évaluation du risque d'escarre), veiller à ce que les personnels effectuent les gestes de prévention (massages, changements de position, etc.) ;

- développer les connaissances des équipes sur la **désorientation et la gestion des troubles du comportement**,

La vie sociale et culturelle

Sur l'EHPAD

L'équipe animation est composée d'une animatrice en CDI temps-plein et une animatrice en contrat d'avenir en cours de formation BPJEPS présente 3 jours par semaine sur l'établissement (temps plein à partir de la fin de formation prévue en décembre). Leur action est complétée par des animations théoriquement quotidiennes des **équipes soignantes** à chaque étage (mais souvent empêché par le travail en effectif réduit).

La fonction animation est bien structurée puisqu'un projet d'animation et des projets écrits pour chaque activité sont formalisés. L'animatrice dispose d'un budget de 500€ par mois et propose **ses animations du lundi au vendredi et un weekend sur 2**, les matins et après-midis dans les espaces collectifs de l'EHPAD ou en extérieur. **Les supports sont variés**. Il peut s'agir d'animations :

- **collectives** ou en **petit collectif** (4 à 12 résidents) mais pas individuelles ;
- **intérieures** à l'EHPAD (jeux de société, contes, jardinage, travaux manuels, etc.), ou **extérieures** (pique-nique, sorties inter-EHPAD, carnaval, parcours de santé, association Tropiques Guest House pour l'organisation de sorties adaptées avec 2 à 3 résidents, etc.) ;
- **intergénérationnelles** (venue ponctuelle des enfants de l'école voisine) ;
- **festives** (fêtes calendaires, semaine bleue, etc.) ;

Des intervenants extérieurs viennent appuyer le dispositif interne, sur les volets animation et vie sociale : venue des bénévoles de l'association de visiteurs VMEH, d'une coiffeuse, de bénévoles en réflexologie plantaire/relaxation/soins esthétiques, de l'association K'aire (esthétique, lecture, confection florale), d'un musicien bénévole, de la paroisse de Bois d'Oliviers ou de l'association Notre-Dame pour la lecture religieuse, début prochain de l'activité de zoothérapie, etc. **Les familles commencent également à être associées** de manière effective et récurrente à la fonction d'animation (en soutien de l'animatrice).

Les temps d'animation tiennent compte du rythme des résidents : respect de la sieste, participation aux activités stimulée, mais restant optionnelle et livrée au choix du résident. A noter aussi qu'un **temps « Alon Kozé »** une fois par semaine permet d'échanger avec les résidents sur leurs souhaits d'animation.

La prestation animation est globalement jugée de qualité par la mission d'évaluation. Les moyens humains et matériels sont satisfaisants même si l'animation pâtit toutefois de l'absence de salle d'animation dédiés. Par ailleurs, **plusieurs points de progrès sont identifiés** :

- l'association des résidents à la définition des animations ; la consolidation des temps « Alon Kozé », mise en place d'une commission d'animation avec la participation de résidents ;
- Le développement des temps d'animation individuelle (quasi exclusivement des temps collectifs à ce jour) ;
- Réfléchir à une offre pour les résidents les plus dépendants ne bénéficient pas d'animation à ce jour (résidents du 2^{ème} étage) ;
- La communication sur les animations réalisées (affichage de comptes-rendus d'animation) ;
- La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation de l'animation (au plan quantitatif et qualitatif).

Sur l'Accueil de jour

A l'accueil de jour également le projet d'animation (confondu avec le projet global de l'accueil de jour) est structuré. Tous les projet d'activités sont également formalisés et font l'objet d'une réévaluation annuelle par l'équipe. Des **outils d'évaluation** des résidents (déroulement de la séance, comportement, etc.) existent pour certaines activités (atelier, piscine, parcours de santé, etc.).

Les 2 AMP, 2 AS, l'ASL à mi-temps, et la psychologue (0,2ETP) interviennent sur les activités de l'accueil de jour.

Les supports utilisés sont variés et à visée thérapeutique : activités motrices, sensorielles, de socialisation, cognitives (ex. atelier réminiscence de la psychologue sur 1h) ; un temps en extérieur est organisé 4 jours sur 5 au jardin, un pique-nique par semaine est programmé, et quelques activités sont réalisées hors de l'EHPAD (fêtes, visite de jardins, restaurant, ferme pédagogique, café, etc.).

Les activités sont adaptées aux personnes accueillies et à leur rythme : plusieurs activités se déroulent simultanément auprès de petits groupes formés en fonction du niveau des résidents (groupes homogènes).

Les ressources humaines sont suffisantes à l'accueil de jour. **En revanche, concernant les ressources matérielles, il n'existe pas d'espace/ salle d'activité dédié à l'accueil de jour.**

La coordination de l'accompagnement

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

Les réunions

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

- Les réunions institutionnelles (1 fois/mois) : elles ont lieu entre la Direction, les cadres et le personnel de proximité avec un ordre du jour déterminé et un compte-rendu systématique.
- Les réunions d'équipe du lundi : elles ont lieu hebdomadairement et par étage (20 min), en présence du responsable infirmier, d'une IDE, des aides-soignants, AMP et ASL. Ces réunions permettent la passation d'informations tant sur le fonctionnement que sur l'institution, la remontée des besoins des équipes à l'encadrement et de leurs remarques sur le fonctionnement ;
- Les réunions d'encadrement du mardi : elles ont lieu hebdomadairement (45 min), en présence du médecin coordonnateur, des professionnels paramédicaux, de l'animatrice, psychologue et de l'assistante sociale. Elles permettent de passer en revue les cas d'accompagnement les plus complexes éprouvés pendant la semaine, des sujets de fonctionnement généraux (ex. organisation de la traçabilité) ;
- Les réunions d'élaboration ou de réévaluation des projets personnalisés (cf partie 3.3.2 du présent rapport).

La dynamique de fonctionnement des réunions apparaît relativement satisfaisante : si les ordres du jour ne sont pas systématiquement établis à l'avance, la fréquence des réunions est constante, des comptes-rendus et relevés de décision sont édités (sur PSI).

Toutefois, un point d'amélioration est identifié :

- à l'accueil de jour, il n'existe pas de réunion d'équipe ni de transmissions orales pour échanger sur l'évolution des résidents ;

Les transmissions

Les transmissions orales surviennent à plusieurs moments de la journée :

- A 6h entre veilleurs et équipe de jour (15 min) ;
- A 13h entre les équipes du matin, de l'après-midi et des infirmières (15 min) ;
- A 19h45 entre personnel de jour et veilleur (15 min).

Les IDE, aides-soignants, AMP et ASL y participent.

La mission d'évaluation relève que les temps de transmission ne sont pas institués et inscrits dans le planning - l'organisation horaire théorique ne prévoit pas de temps de chevauchement. Cette situation résulte de l'absence d'accord lors de négociations avec les représentants des IRP. **La mission relève l'incongruité de la situation** dans la mesure où, dans la pratique, ces temps de transmissions sont réalisés par les professionnels : ceux-ci arrivent avant leur horaire de démarrage théorique ou restent un peu au-delà, pour assurer les transmissions jugées par tous indispensables à la continuité et la coordination de la prise en charge.

Les transmissions écrites sont effectuées dans le logiciel PSI dont l'ensemble du personnel maîtrise l'utilisation : les 3 transmissions orales y sont systématiquement reportées. Les lieux de saisie des transmissions dans le logiciel garantissent la confidentialité des informations.

L'observation d'un temps de transmission au cours de la visite sur site met en évidence des pratiques de qualité (cadrage du temps, prises de parole, contenu). La transmission de 13h, animée par les IDE, s'effectue en présence des personnels des 3 étages, bien que les équipes (et la prise de parole) soient réparties par secteur (rez-de-chaussée et premier étage d'une part, et deuxième étage d'autre part). L'ensemble de l'équipe est assis et prend des notes.

Le dossier de l'usager

Un dossier individuel est créé pour chaque résident. Le dossier de soin est informatisé sur le logiciel PSI selon une trame homogène et un dossier papier est tenu à jour, composé de 2 parties :

- médicale: comptes rendus, examens, résultats d'analyses laboratoires, ECG. Le dossier médical comprend également une partie sociale : mutuelle décès, extrait d'acte de naissance, jugement de tutelle et copie de la carte d'identité et du livret de famille ;
- administrative : contenant les documents concernant la prise en charge (pièces d'identité, jugement de tutelle, adresses, mutuelle décès, etc.) depuis son admission jusqu'à son départ de l'établissement.

Les modalités de conservation et de gestion des dossiers permettent d'assurer le respect de la confidentialité :

- le dossier de soin informatisé fait l'objet de droits d'accès différenciés selon les professionnels ;
- la partie médicale du dossier papier est conservée au 2ème étage et au RDC (dossiers du 1er et du RDC) au PC infirmier et n'est accessible que du personnel habilité ;
- le dossier administratif est conservé dans le bureau de l'assistant social, fermé à clé. Des classeurs regroupant les prises en charge (aide sociale, APA, ALS) ont également été constitués et sont conservés au service facturation.

La mission d'évaluation pointe une bonne utilisation au quotidien du logiciel PSI par les équipes soignantes, permettant ainsi une bonne coordination et continuité des interventions.

Le droit de consultation du dossier par le résident fait l'objet d'une sous-partie dans le règlement de fonctionnement, aucune demande n'a à ce jour été formulée par les usagers. Un protocole de consultation du dossier médical existe également - mais pas de l'ensemble du dossier.

Quelques points d'amélioration sont néanmoins identifiés :

- formaliser la composition précise des différentes parties du dossier de l'usager : documents et données précises structurant le contenu ;
- questionner la présence du volet social dans le dossier médical ;
- préciser les modalités de consultation du dossier par l'usager et les communiquer (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).

3.1.5 L'effectivité des droits des usagers

Le respect des droits fondamentaux

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

L'établissement **est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2**. Les différents documents obligatoires sont réalisés et portés à la connaissance des familles et usagers dans la période d'admission.

Le livret d'accueil de l'EHPAD remplit correctement sa vocation d'information de l'usager et des familles. Il reprend les éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004⁴: locaux, équipes, prestations, vie de l'établissement, participation des usagers, formalités d'admission... Des précisions pourraient y être ajoutées comme la liste des personnes qualifiées et les modalités pratiques de leur saisine. Toutefois, la présentation sous forme de plaquette plus épurée (conformément aux recommandations de bonne pratique de l'Anesm) pourrait faciliter encore la compréhension des lecteurs.

La charte des droits et libertés des personnes accueillies (arrêté du 8 septembre 2003 – loi du 2 janvier 2002) est affichée dans les locaux et annexée au livret d'accueil.

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Le contrat de séjour est signé le plus souvent par le résident ou par son représentant et la Directrice dans les 15 jours suivant l'admission. Il est classé dans le dossier administratif de l'usager. **Le contrat de séjour pourrait être davantage personnalisé**, en fonction notamment du projet de vie du résident - conformément au décret qui prévoit « la définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge » dans ce document.

Le règlement de fonctionnement est remis à chaque usager et son représentant avec le livret d'accueil. Il correspond bien aux éléments contenus dans **le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003** relatif au règlement de fonctionnement. Il précise notamment les obligations et droits réciproques de l'usager et de l'institution. Il décrit aussi le fonctionnement de la résidence et des règles de vie collectives, les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement quand elles ont été interrompues, etc. **Toutefois, le règlement de fonctionnement pourrait être davantage adapté** à la compréhension des usages à travers l'utilisation d'un support plus ludique (plaquette, images...) et grâce à la présence de pictogrammes. **Il doit également être affiché** dans l'établissement et mis à disposition du personnel. Le règlement de fonctionnement a récemment été **traduit en créole** pour une meilleure adaptation à la compréhension des usagers.

Les modalités concrètes d'exercice des droits

Le droit d'expression et de participation

Le Conseil de vie sociale (CVS)

Un CVS existe sur l'établissement, il fonctionne globalement en conformité avec le cadre légal :

- il s'est réuni 3 fois par an en 2012 et 2013 ;
- il est composé à 50% de représentants des résidents et familles ;
- l'ordre du jour est soumis à la présidente du CVS. Des convocations sont envoyées aux participants avec l'ordre du jour et des comptes-rendus sont élaborés, envoyés aux participants, et affichés dans l'établissement.

Toutefois, sa présidente est une représentante des familles et non des résidents.

La dynamique de l'instance est nuancée : si les sujets abordés sont variés (informations, présentation des démarches, vie de l'institution, organisation, etc.) et des améliorations sont parfois apportées, il y a peu d'échanges aux réunions et peu de questions des représentants qui ne se sont pas totalement saisis de l'instance. Par ailleurs, les comptes-rendus de CVS ne sont pas envoyés à l'ensemble des familles, ne sont pas affichés et ne font pas l'objet d'une présentation orale aux résidents ou d'une autre forme de comptes-rendus adaptée au public.

Autres formes de participation

D'autres moyens d'expression des bénéficiaires existent au sein de la structure. Résidents et familles ont été conviés à répondre à une **enquête de satisfaction** en 2013 et en 2014. Cette dernière affiche une satisfaction

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

globale de 75% des résidents. La mission d'évaluation encouragera l'établissement à poursuivre la ritualisation annuelle de cette enquête de satisfaction (et à transformer ses axes en action d'amélioration). **La réunion trimestrielle des familles** animée par la directrice permet aussi l'expression et la remontée de remarques. A noter aussi qu'un **cahier de suggestion à disposition des familles** est placé à l'accueil mais n'est pas utilisé.

Toutefois, la mission souligne que :

- **Il n'existe pas, en dehors du CVS, d'autres formes d'expression collective (ex commission animation, commission restauration) associant des représentants des résidents ;**
- **Il n'existe pas de recueil effectif des plaintes et réclamations (cf. supra), et les fiches de signalement des événements indésirables ne sont pas mises à la disposition des résidents et familles.**

Le droit à l'information

L'usager et son représentant légal sont bien informés des décisions qui le concernent (temps d'échange, disponibilité du personnel encadrant et de direction), ses droits à la santé, ainsi que de la vie de l'établissement (annonces des animations, affichages, etc.). La possibilité d'accéder au dossier est également mentionnée dans le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement. La consultation du dossier médical fait l'objet d'un protocole (cf. supra), mais pas le dossier dans son ensemble.

Le droit à la protection

Les pratiques des professionnels permettent d'assurer un bon respect de la confidentialité : lieu de transmission fermé, discrétion globale des professionnels sur l'évocation des situations ou au moment de proposer un soin ou un acte du quotidien à un résident, etc.

Le cadre de vie est contenant et sécurisant. Le parc est entièrement clôturé. Par ailleurs, la vulnérabilité des usagers est prise en compte dans l'accompagnement et certains dispositifs concourant à la protection des usagers sont utilisés : des contentions peuvent être prescrites en dernier recours (cf. supra).

Le droit à l'autonomie

La libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est permise pour les résidents valides (ouverture : possibilité de déambuler sur les terrains du foyer Barbot, d'aller déjeuner avec sa famille à l'extérieur, etc.).

La jouissance des effets personnels est effective au sein de l'établissement : il y a par exemple possibilité d'investir sa chambre avec des meubles personnels.

Enfin, la recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une ambition des personnels soignants : les salariés veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, et rapportent des cas de recouvrement d'autonomie de certains usagers après une hospitalisation.

Le droit à l'intimité

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents (sauf deux amis ayant accepté de partager la seule chambre double de l'établissement – salles de bains séparées pour autant). L'espace privatif est bien respecté : les personnels frappent et attendent autorisation avant d'entrer dans une chambre, puis ferment la porte pour réaliser les soins ; l'espace de la chambre est librement investi par les résidents (personnalisation de la décoration) ; le respect des correspondances est bien assuré (distribution en main propre par les soignants et aide éventuelle à la lecture).

Deux couples vivent actuellement à l'EHPAD dans des chambres séparées, par choix. Emménager dans une chambre en couple serait possible grâce à la chambre double du rez-de-chaussée. Les équipes témoignent d'une certaine prise en compte du droit à la vie affective et sexuelle.

Toutefois, des règles claires n'ont pas été énoncées et ne sont pas connues des usagers et professionnels (pas de formalisation dans le règlement de fonctionnement/projet d'établissement). Les professionnels n'ont pas

bénéficié de formation sur le sujet et les usagers n'ont pas été destinataires d'une information sur la question (cf. circulaire).

Le droit à la dignité

Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie (pendant les soins individuels, vigilance sur la nudité, porte fermée, nombre maximal de soignants dans la chambre, etc.), et une attention est portée à l'aspect, l'hygiène, et la tenue vestimentaire des usagers.

L'écoute et l'empathie dont font preuve l'ensemble des salariés ont été soulignés par les familles et constatés par la mission d'évaluation lors de sa visite sur site.

Enfin, le droit à l'image est organisé dès la signature du contrat de séjour qui invite le nouvel arrivé à signaler son éventuel refus de diffusion de son image au moment de la signature – sans quoi l'autorisation de prise de vue est supposée acquise.

Droit au respect des liens familiaux et amicaux

Le respect de ce droit est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles : les visites de proches sont possibles à tout moment et peuvent impliquer une invitation à partager le repas de l'EHPAD, éventuellement dans une pièce à part ; les résidents peuvent facilement quitter l'établissement pour passer la journée ou davantage avec les leurs ; les chambres spacieuses et les quelques petits salons ouverts sont propices aux rencontres entre les familles et leurs proches ; de très nombreux moments festifs sont ouverts aux familles tout au long de l'année et salué par celles-ci.

Les familles sont également impliquées dans l'accompagnement, peuvent formuler leurs remarques à l'oral (personnel à l'écoute), par écrit, ou à travers le CVS. Les réunions mensuelles des familles (cf. *supra*) participent aussi de cette dynamique. Elles sont enfin encouragées par la direction à se constituer bénévoles et intervenir au cours des animations.

Pratique religieuse et droits civiques

La vie de la résidence permet la pratique religieuse (très majoritairement de confession catholique, en accord avec les besoins) : des équipes de prière se rendent régulièrement à l'EHPAD, organisent des chants et petites célébrations, et portent la communion aux résidents tous les mardis ; un prêtre se déplace régulièrement pour célébrer la messe dans l'Eglise du Père Favron sur le site de Bois d'Olives (Foyer Barbot) ; un prêtre hindou est venu pour célébrer une fête hindou ; le menu du restaurant est adapté en fonction des fêtes (à commencer par le poisson du vendredi) et des éventuels régimes alimentaires. Les rites mortuaires sont respectés. En revanche, il n'existe pas d'espace dédié au recueillement au sein même de l'EHPAD.

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

3.1.6 La prévention et la gestion des risques

La sécurité des lieux et des personnes

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

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

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

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

La dernière commission de sécurité a donné **un avis favorable** à la poursuite d'exploitation de Bois d'Olives le 26 novembre 2013.

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

- Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible pour les services de secours au rez-de-chaussée ;
- Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations de désenfumage, installations électriques, extincteurs, systèmes d'alarme SSI et éclairage sécurité, issues de secours... ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits de l'établissement ;
- Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité sont réalisées une fois par an (manipulation des extincteurs, transfert horizontal, SSI), EPI, premiers secours... ; de plus le personnel de nuit (6) a été formé au SSIAP 1 et du personnel de jour est formé au SST, au PRAP2S...
- Une fois tous les 3 mois, l'agent de maintenance (en possession d'une formation SIAP) procède à un exercice d'évacuation. Une fois par an, les pompiers sont invités à s'entraîner avec le personnel de l'EHPAD lors d'un exercice ;
- Les procédures relatives aux consignes à suivre en cas d'incendie (conduite à tenir en cas d'évacuation) sont formalisées et diffusées aux équipes ;
- Les normes HACCP et RABC sont bien mises en place et respectées par les professionnels de l'établissement ;
- Un plan bleu a été élaboré qui reprend les référents, les protocoles à suivre (déshydratation, canicule), les bonnes pratiques de prévention, les modalités de gestion de crise... Le PCA existe également, déclinant plusieurs risques encourus par l'établissement ;
- L'établissement dispose depuis peu d'un carnet sanitaire qui sera suivi par l'agent de maintenance (en formation sur la question à date d'évaluation) ;
- L'établissement a élaboré un document d'analyse du risque infectieux (DARI) ;
- L'établissement dispose d'une convention pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Les déchets DASRI sont entreposés dans un local sécurisé et convenablement entretenu ;

Les points d'amélioration identifiés sont:

- Afficher pour les équipes les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence - et procédure d'urgence ;
- Mettre en œuvre les opérations préventives et de contrôle et les tracer dans le carnet sanitaire (ex. relevés de température) ;
- Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions ;
- Finaliser l'actualisation du Plan Bleu et du PCA.
-

La réalisation et le suivi de la maintenance

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le département Plans et Travaux de la Fondation. Il peut par ailleurs solliciter l'aide de ses deux homologues de Bras Long et Ravine Blanche (souvent le cas du fait d'une problématique de poubelles), ou à l'inverse leur venir en appui si besoin.

L'agent accompagne les entreprises extérieures, assure la propreté des espaces extérieurs et de l'accueil, du local DASRI et poubelles, la manutention du magasin, équipe les sanitaires, procède aux petits dépannages électriques et aux petites réparations de l'établissement.

A noter que 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.

Maintenance préventive :

Toutes les opérations de maintenance préventive sont **coordonnées, gérées et suivies** au sein du département Plans et Travaux (contrats cadres de maintenance pour les contrôles périodiques, outils de suivi à l'échelle de la Fondation), en s'appuyant sur l'agent de maintenance sur place.

Une maintenance complémentaire est réalisée en interne : tour quotidien des organes de sécurité, test du groupe électrogène, et bientôt traçabilité des températures d'eau chaude.

Maintenance corrective :

L'ensemble des équipes et les résidents notent les actions à réaliser sur trois cahiers de travaux présents à chaque étage de l'établissement. L'agent de maintenance intervient ou fait appel au département Plans et Travaux. Les cahiers permettent une bonne traçabilité de la demande et réalisation des maintenances correctives.

Etant donné le caractère récent de la construction (2010) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état.

Quelques axes de réflexion à faire aboutir :

- Le temps des 3 agents de maintenance semble insuffisant pour répondre aux besoins du Pôle, principalement du fait d'aller-retours nécessaires à la décharge faute de capacité suffisante des poubelles ;
- La coordination avec le département Plans et Travaux est perfectible. Elle sera améliorée entre autres par la mise en place de l'application mobile smartphone et par l'autonomisation progressive des agents (donc l'allègement des contrôles descendants) qui doivent donc rapidement se déployer - et être complété de communications claires.

La continuité et la sécurité des interventions

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

- **L'organisation du travail qui permet une présence 24h/24** de tous les types de personnels soignants, IDE compris et weekend compris (équipe allégée toutefois). La **veille de nuit est organisée, structurée, est assurée par du personnel soignant et hôtelier** : 3 personnes formées aux gestes de premier secours dont 1 IDE, sont présentes chaque nuit, pour effectuer à minima trois rondes sur l'ensemble des locaux et répondre aux appels des résidents au besoin ; l'ensemble du personnel de nuit a reçu la formation SSIAP 1.
- **Un système d'astreinte administrative** pleinement effectif est assuré par la Directrice de Bois d'Olivés et celle de Bras Long ;
- **La mise en place des procédures d'urgence ;**
- **Le système d'appel malade installé dans toutes les chambres ;**
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament *infra*) ;
- La **gestion effective des remplacements** (pool de remplaçants) ;
- **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.

La sécurisation du circuit du médicament

Une Pharmacie à Usage Interne (PUI) existe sur le site du foyer Barbot (1 pharmacien, 1 préparateur, 1 personnel logistique). Elle approvisionne les 3 EHPAD du pôle gériatrique, la MAS des Pléiades, le CEAP Albert Barbot et le FAM les Cytises, soit **environ 530 personnes**. Elle assure des préparations au quotidien pour **l'approvisionnement hebdomadaire** des structures (en dispensation globalisée : n comprimés pour un résident,

et potentiellement 1 boîte du médicament en question pour plusieurs usagers), et un **réassort possible en réactivité journalière** en cas de modification d'ordonnance. De plus, pour les médicaments dont l'usage est difficile à quantifier (buvables, collyres, antidouleur de niveau 1), les professionnels ont la possibilité de passer commande à part. **L'outil informatique** vient soutenir cette organisation.

Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques de la part du médecin coordonnateur (également médecin traitant de tous les résidents), claires et lisibles sur PSI. Les ordonnances sont transmises instantanément à la PUI par PSI. Après vérification des posologies par la pharmacienne, le stock de réapprovisionnement est calculé, préparé et livré hebdomadairement à l'EHPAD dans un bac scellé. Les « bons de sortie » traçant la livraison sont conservés par l'EHPAD.

Deux armoires à médicaments sont situées en salle de soins fermée à clés au rez-de-chaussée et au deuxième étage. Le stock de stupéfiant est bien stocké, suivi et tracé. L'établissement ne dispose pas d'un stock tampon de médicaments étant donné la proximité de la PUI (même site), et contrairement à Bras Long et Ravine Blanche.

La distribution des médicaments est assurée par les infirmières (après préparation des derniers écrasés et buvables) matin, midi et soir à tous les étages, sauf au deuxième, le soir, du fait du départ de l'infirmière à 17h. Un aide-soignant voire un AMP assure alors la distribution à sa place. Les médicaments donnés la nuit sont distribués par l'IDE de nuit. **La vérification et traçabilité de la prise des médicaments est assurée par les personnels en charge de la distribution sur PSI (sauf le soir au deuxième étage).**

La PUI a procédé en 2014 à une évaluation (GREPHH) du circuit du médicament à l'EHPAD Bois d'Olives (score de 88,6%).

A la date d'évaluation, si la mission souligne la bonne sécurisation du circuit du médicament mis en place au sein de l'établissement, deux points de vigilance sont soulignés :

- La traçabilité de la prise des médicaments n'est pas assurée au deuxième étage pour la distribution du soir ;
- Il est prévu que les médicaments non consommés reviennent à la PUI, mais cela n'est pas effectif sur le Pôle gériatrique (obligeant à procéder à deux inventaires par an) ;
- La quantité de buvables sur l'établissement est importante. Or la préparation de ces buvables, le soir notamment, peut intervenir 1h30 avant la prise, ce qui va au-delà du temps recommandé (1h).

Un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents

La conduite à tenir pour le « **signalement des événements indésirables** » a été formalisée, et des fiches sous enveloppe sont disponibles dans l'établissement. Toutefois, en réalité, **ce dispositif se rapporte au signalement des situations de maltraitances, et non des événements indésirables** tels qu'on l'entend communément : petits, moyens ou gros dysfonctionnements touchant l'utilisateur ou l'organisation générale de l'EHPAD (ex. linge sale laissé dans un couloir, chute de l'utilisateur, épuisement d'un stock de matériel, etc.). **En somme, l'établissement ne possède pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables.**

Néanmoins, les incidents sont identifiés et remontés par les équipes de manière informelle. Si le problème a une dimension médicale (ex. chute), une saisie est réalisée sur le logiciel PSI. Une réponse est systématiquement apportée aux événements remontés (mise en place de mesures curatives).

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

- Construire avec le concours du personnel, une procédure et une fiche de signalement des événements indésirables ;
- Communiquer sur l'utilité, l'importance et les modalités de signalement, auprès des personnels mais aussi des résidents, familles et partenaires - qui devraient tous avoir accès aux fiches de signalement des événements indésirables ;
- Procéder à l'analyse des fiches de signalement compilées, en Groupe qualité, isoler les incidents à hautes récurrences (d'où l'intérêt d'une large utilisation de ces fiches par les parties prenantes de l'EHPAD) et mettre en place des mesures correctives (prévention) ;
- Inscrire ces actions dans le plan d'amélioration continue de la qualité.

La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Un CHSCT commun au Pôle gérontologique Roger André est en place.

Un **document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP) a été actualisé en 2014**. Le CHSCT assure le suivi du plan d'action qui en est issu. Les autres professionnels de l'établissement n'ont toutefois pas été associés à l'élaboration du document, et les fiches sur la pénibilité ne sont pas créées et mises en place.

La prévention des risques psychosociaux et la pénibilité n'ont pas été intégrées au DUERP, à la demande du siège de la Fondation qui souhaite procéder au cadrage et à l'uniformisation de la méthode (sur accord avec les partenaires sociaux) avant lancement de la démarche pour l'ensemble des structures Père Favron.

Plusieurs mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle à l'EHPAD Bois d'Olives :

- L'évocation des thèmes liés aux risques psychosociaux et à la pénibilité lors des rendez-vous mensuels avec les délégués du personnel ;
- La prise en compte des demandes individuelles de **rotation** du personnel ;
- La **mobilité interne** est possible sur l'établissement, le Pôle, voire les autres établissements de la Fondation ;
- La direction a développé **une politique volontariste en matière de formation sur le Pôle** (cf. *infra*). Le plan de formation est défini, soumis aux DP/CE et suivi par la Directrice ;
- Un dispositif de **soutien psychologique aux professionnels** est mis en place depuis mars 2014 : des analyses de pratiques sont organisées mensuellement avec un psychologue extérieur ;
- La disponibilité de la Direction, saluée par les salariés rencontrés par la mission d'évaluation.

Les axes d'amélioration relevés concernent :

- L'association des professionnels à l'élaboration du DUERP ;
- L'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP, conformément à la réglementation ;
- La réactualisation du DUERP annuellement ;
- L'organisation des entretiens d'évaluation professionnels : la mise en place des entretiens annuels d'évaluation ~~son~~ est en cours de négociation avec les syndicats ;
- La pérennisation du dispositif d'analyse des pratiques pour les prochaines années ;
- L'étude d'un dispositif institutionnalisé de rotation du personnel.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

La bientraitance est énoncée en tant que fondement des pratiques et principe d'action de l'EHPAD Bois d'Olives (cf. projet d'établissement).

Plusieurs actions en interne concourent à la promotion de la bientraitance :

- Une attention de qualité de la part des personnels en contact ;
- La formation de l'ensemble du personnel à l'Humanitude ;
- La réalisation de toilettes évaluatives quotidiennes ;
- Les analyses de pratiques mensuelles avec un intervenant extérieur ;
- La mise à disposition des recommandations de l'Anesm aux professionnels.

La bonne dynamique, et plus globalement la culture de la bientraitance, émergent des pratiques professionnelles de l'établissement. Les professionnels s'interrogent régulièrement sur leurs pratiques en réunion d'équipe et ont une conscience effective des risques.

Quelques axes d'amélioration identifiés :

- L'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée et formalisée de repérage des risques de maltraitance à l'aide d'un outil d'évaluation ; le kit mobiquel sera utilisé comme support de formation par le médecin psychiatre. Une sensibilisation par le représentant d'ALMA et prévue sur la matinée du 3 décembre 2014 et est destinée à l'ensemble du personnel.
- Il n'existe pas d'organisation spécifique en place sur l'établissement pour promouvoir la bientraitance ou prévenir les risques de maltraitance (réfèrent, instance, comité de bientraitance, etc.) ;
- Il n'existe pas de dispositif de signalement des événements indésirables (cf. *supra*) ;

La mise en œuvre de l'obligation de signalement

L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement.

La conduite à tenir « signalement des événements indésirables » indique le processus de signalement de la maltraitance par les professionnels à suivre au sein de l'EHPAD (fiches de signalement sous enveloppe disponibles). Les professionnels ont bien pris connaissance de l'obligation et des règles de signalement.

Par ailleurs, le numéro d'appel maltraitance ALMA (3977) est affiché dans l'établissement. L'EHPAD a même signé une convention de partenariat avec ALMA pour la sensibilisation de ses équipes.

Au demeurant, la mission d'évaluation encourage l'établissement à :

- Réactiver le partenariat avec ALMA ;
- Communiquer régulièrement sur les obligations de signalement aux professionnels ;
- Afficher le numéro 3977 (allo maltraitance) plus en vue, à l'accueil de l'établissement ;
- Communiquer davantage sur ce sujet aux résidents et aux familles (ex. diffusion du numéro et de la conduite à tenir dans les documents 2002-2).

3.1.7 L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

L'inscription du service dans le territoire

Implantation territoriale et accessibilité

L'établissement est implanté en périphérie de St Pierre (ce qui lui garantit une bonne attractivité), dans le quartier de Bois d'Olive et sur le site du Foyer Barbot. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat et a mis en place un certain nombre de partenariats avec les infrastructures de St Pierre et du Sud de la Réunion : CHU-GHSR, UCC, école.

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée (de nombreux panneau indiquant le site du Foyer Barbot ou de l'EHPAD) semée dans le tissu urbain environnant. L'EHPAD est bien connu et repéré par son environnement.

Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'établissement est ouvert à son environnement et a mis en place de nombreuses actions facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement d'acteurs très diversifiés, et notamment :

- **les familles sont très régulièrement présentes sur l'établissement**, que ce soit pour rendre visite à leurs proches (possibilité de déjeuner avec les résidents) ou pour participer aux réunions mensuelles des familles, à des animations hebdomadaires ou encore aux événements festifs (extrêmement nombreux) comme la semaine bleue ou la fête du 20 décembre ;
- **l'établissement accueille de très nombreux stagiaires**, de l'EMAP notamment (établissement de formation pour lequel une convention de partenariat va être signée en 2015). Ils sont encadrés par des professionnels de l'EHPAD qui connaissent bien son fonctionnement ;

- **des bénévoles et partenaires interviennent régulièrement sur l'établissement** : visiteurs bénévoles de l'association VMEH, intervenant en zoothérapie (activité en lancement sur l'EHPAD), convention de bénévoles en réflexologie plantaire, relaxation et soins esthétiques, partenaires de l'accompagnement (cf. *infra*), etc.
- **l'établissement accueille aussi ponctuellement des visiteurs.**

L'établissement est ouvert sur l'environnement et met en place des actions visant à développer des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne :

- **sur le volet santé et médico-social**, de nombreux partenariats ont été formalisés : avec le CHU-GHSR (site de St Pierre), l'AURAR (prise en charge de la dialyse), l'ARAR soins et hospitalisation à domicile, l'HAD-ASDR, l'ASP Sud-Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs), l'UMASP (Unité Mobile 'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CHU-GHSR), ALMA maltraitance ;
- **sur le volet socio-culturel, en revanche, l'ouverture sur l'environnement est encore peu développée.** L'établissement n'est pas engagé dans une démarche d'intégration relative des personnes accueillies dans la cité, de sensibilisation de l'environnement social, etc. **La recherche d'une telle ouverture est toutefois à mettre en balance avec la mission de protection des personnes accueillies (handicap et pathologies psychiatriques).**

La perception de l'établissement par son environnement

Les usagers

Les usagers de l'établissement rencontrés par la mission d'évaluation indiquent être très satisfaits de l'accompagnement proposé dans l'EHPAD. Ils précisent que le personnel est très respectueux et considère les usagers. Ceux-ci sont vraiment contents des accompagnements à la vie quotidienne, soins et du suivi médical prodigués. En matière d'animation et vie sociale, ils expriment leur satisfaction quant à l'aménagement du jardin ou encore la possibilité d'avoir une spiritualité au sein de l'EHPAD. Les locaux sont aussi de qualité, et les chambres vastes et lumineuses appréciées. **Enfin, ils ont le sentiment que leurs droits sont respectés et que leur avis est pris en compte par les professionnels.**

Les résultats de l'enquête de satisfaction 2014 (taux de participation de 22%) indiquent un taux de satisfaction de 75% des résidents :

- **Animation** : 44% sont très satisfaits de la fréquence des animations et de leurs souhaits qui sont pris en compte. A noter que 13,75% ne participent pas aux animations ;
- **Hébergement** : 85% expriment leur grande satisfaction en ce qui concerne l'espace de vie, le confort et leur sécurité au sein de l'établissement. Par ailleurs, 46% des 20 résidents interrogés sont très satisfaits de la prestation lingerie et du linge en général fourni par l'établissement. 1 résident a été confronté à des problèmes/disparitions ou linge abîmé. 16% n'émettent pas d'avis car eux-mêmes ou leur famille préfèrent s'occuper du lavage ;
- **Projet de soin** : des avis plus mitigés. En effet, 35% sont très informés sur les soins et les modifications de traitement les concernant et 35% l'ignorent ;
- **Environnement** : 70% des résidents questionnés sont très satisfaits du maintien du lien avec leur famille. Les 30% restants concernent les résidents placés sous tutelle et n'ayant aucun lien familial existant.

Les familles

Les entretiens conduits avec les représentants des familles au cours de la mission d'évaluation, ainsi que la consultation des PV de CVS **témoignent d'une satisfaction élevée** des familles. Elles se disent satisfaites de l'accueil qu'on a réservé à leur proche (et à elles) à l'admission, de la qualité des soins (ex. travail sur la verticalité), de la propreté générale des locaux et du respect dont témoignent les professionnels. Les familles apprécient également les **réunions mensuelles** leur sont dédiées (bien que toutes celles rencontrées ne soient pas au courant de leur existence) et sont ravies d'être désormais **associées aux animations** des résidents. **L'établissement assure ainsi un bon niveau de préservation des liens familiaux et amicaux.**

Les familles interrogées ont indiqué que les droits des usagers étaient particulièrement bien respectés dans cet établissement. Les droits à l'information, à la dignité, à l'intimité et le respect des pratiques religieuses sont

bien assurés. Les agents sont respectueux, à l'écoute des usagers et ont le souci de préserver la dignité et l'autonomie des usagers.

Concernant la qualité globale de l'accompagnement, les familles ont toutefois émis **des réserves quant à :**

- **la qualité de la restauration** : températures, cuisson, variété des plats ;
- **la réactivité très perfectible de l'établissement à s'adapter aux demandes individuelles** d'adaptation du rythme de vie (ex. délai d'un avant de changer l'ordre de passage des douches pour une résidente) ;
- **l'efficacité de la veille de nuit**, notamment pour la surveillance des personnes déambulantes ;
- **et dans certains cas ponctuels, la propreté aléatoire des chambres.**

Les résultats de l'enquête de satisfaction 2014 des familles (taux de participation de 30%) indiquent une satisfaction générale d'environ 86% :

- **Projet de soin** : la moitié (49 %) des familles interrogées est peu satisfaite du projet soin car estime être **insuffisamment informées** des changements de traitements et de soins prodigués, ainsi que de l'évolution de l'état de santé de leur parent. Seul 1/4 des familles est très satisfaite ;
- **Hébergement** : plus de 60% sont **satisfaites** de la gestion lingerie contre 25 % insatisfaites ; 4 % des familles sont insatisfaites par l'hygiène au niveau des chambres ;
- **Animation** : 37 % **apprécie beaucoup** l'animation, 35,3 % moyennement, 10 % peu ;
- **Relation et environnement** : 76,6 % des familles interrogées sont **très satisfaites** des conditions de maintien du lien familial et estiment être reçues dans de bonnes conditions ;
- **Administration** : 31,8 % des familles interrogées sont **très satisfaites de l'accueil** et des services rendus à l'admission. 30 % disent peu connaître le personnel

Les partenaires

L'EHPAD Bois d'Olives a de très bonnes relations avec ses partenaires, dont la plupart sont conventionnés ou en cours de conventionnement. Ils indiquent tous avoir une **collaboration pérenne et bien organisée**. Ils soulignent la disponibilité des professionnels et la convivialité de la structure.

L'EHPAD reçoit régulièrement des **stagiaires** (de l'EMAP notamment, de l'IRTS...) qui sont très bien accueillis et formés. Les relations souhaitent être poursuivies et améliorées : en associant les stagiaires dans la réflexion sur les activités pour les résidents.

Bois d'Olives reçoit également des **visites bénévoles** (de l'association VMEH) pour les résidents, partenariat qui fonctionne très bien et dont les résidents sont très satisfaits. Le personnel se rend disponible très rapidement pour les bénévoles.

Enfin, si l'ensemble des partenaires souligne le professionnalisme, l'investissement et la très bonne formation du personnel, ils signalent toutefois des personnels en tension pour prendre en charge certains patients présentant des pathologies lourdes. Ils indiquent comme piste de travail à envisager, l'ouverture d'un PASS (Pôle d'Activités et de Soins Spécifiques) afin d'avoir une meilleure prise en charge des troubles du comportement par le biais d'activités occupationnelles et d'activités à visée thérapeutique..

3.1.8 Organisation, gestion des ressources humaines et management

La politique de gestion des ressources humaines

Le recrutement

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

Le processus prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation

du candidat retenu. Les entretiens de recrutement ont lieu avec la Direction de l'EHPAD, voire le médecin coordonnateur s'il s'agit d'une fonction soin, et parfois le responsable RH. Ceux-ci forment le Comité de sélection du candidat final. Les postes d'encadrants nécessitent un entretien systématique avec la Direction et des membres du Siège de la Fondation.

Le recrutement des postes en CDD sont gérés en interne au niveau du Pôle gérontologique par l'équipe de Direction et les Cadres de santé.

A date d'évaluation, tous les postes étaient pourvus. Toutefois, l'établissement indique avoir déjà rencontré des difficultés de recrutement de personnels paramédicaux suite à un départ. Le délai de recrutement peut parfois être relativement long.

L'accueil des nouveaux salariés

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

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

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

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

- Le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de **documents** (contrat de travail, fiche de tâches, Plaquette de présentation de la Fondation, règlement intérieur et documents concernant la mutuelle-retraite). Des documents sont également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : Projet d'Etablissement et procédures diverses ;
- A sa prise de poste, le salarié est **accueilli par le Cadre de santé** qui lui présente les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents, etc. Le nouveau professionnel est ensuite **présenté** aux résidents et salariés ;
- Informellement, la personne accueillie est guidée par ses collègues à travers la structure, son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement des soins, ...);
- Une fiche de validation de la période d'essai est remplie et transmise par le cadre et un entretien a lieu avec le salarié 15 jours avant la fin de la période d'essai.

Toutefois, plusieurs axes d'amélioration sont repérés :

- L'établissement n'a pas rédigé de procédure d'accueil interne et ne remet pas le Règlement de fonctionnement, ni le Livret d'accueil, le projet d'établissement, ou encore les procédures utiles à l'accueil du nouveau salarié et un document présentant la Démarche Qualité ;

- Il n'existe pas de système de référent ou parrain qui soit en charge de guider le nouvel arrivé au sein de la structure et de sa prise de poste ;
- De la même manière, l'établissement accueille de nombreux stagiaires et n'a pas formalisé de procédure ni de kit d'accueil pour ces personnes.

La formation et l'adaptation des compétences

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

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

- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), de la politique de la filière, puis des besoins des directions de Pôle ou d'établissement tout en respectant le budget ;
- Le plan de formation annuel est affiné puis validé par la Commission de formation avec les représentants du CE et les DP. Il est ensuite affiché pour information. La Commission évalue également les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme ;

Une 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...).

Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

Une partie des formations concerne la sécurité et l'hygiène (une partie des professionnels a suivi des formations « SST », « Hygiène et entretien des locaux » en 2012, « HACCP » en 2013).

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public (formation « Humanité », formation « Prévention, repérage et gestion de l'agressivité », formation « Prise en charge de la douleur », formation « Accompagnement en Snoezelen », DU « Gérontopsychiatre », formation « ASG »,...). Une formation au management sera également organisée pour l'encadrement intermédiaire.

Quelques axes d'amélioration sont identifiés :

- Former l'ensemble des professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Mettre en place une évaluation des effets des formations en termes d'acquisitions et de changements de pratiques.

La promotion de la mobilité

Tous les postes à pourvoir en CDI sont publiés en interne. D'autre part, les salariés qui souhaitent une mobilité sont invités à se manifester auprès de la DRH. L'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels (entre unités, entre établissements). Pourtant, l'organisation du dispositif reste à améliorer et la mobilité reste dans les faits encore peu développée.

Celle-ci reste **de fait peu développée**. La géographie de l'île est aussi une contrainte (reliefs, circulation).

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

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

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

Organisation et management

La répartition des fonctions est claire et lisible au sein de l'institution. Un organigramme du Pôle précise les liens hiérarchiques. 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 cadre de proximité (ex responsable infirmier), au vu des évolutions récentes de ses missions.**

Un document formalisé précise les délégations entre la Direction Générale de la Fondation, la Directrice du Pôle, les Directeurs Adjointes 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 systématiquement formalisés :

- **La réunion des cadres élargie** se réunit tous les mardis (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions d'équipe soignante par étage** sont organisées tous les lundis (cf. Coordination *supra*).
- **Des réunions institutionnelles** ont lieu mensuellement avec la direction et l'ensemble des professionnels ;
- **Les réunions du Groupe qualité** sont organisées en moyenne 2 fois par an, elles permettent d'assurer le suivi du Plan d'actions de l'évaluation interne et de la Démarche Qualité initiée (cf. Evaluation interne *supra*) ;
- **Les réunions avec les IRP** ;
- **Des temps informels** sont également organisés entre :
 - o L'équipe de maintenance et la direction : échanges sur les maintenances en cours, le suivi prestataire, etc.
 - o Le personnel administratif : point sur un dossier résident, sur la comptabilité, etc.
 - o L'ensemble du personnel et la Directrice qui se rend disponible.

Les **Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE) n'ont pas été organisés jusqu'à présent.** La structuration de la démarche est en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Ces entretiens professionnels doivent être mis en place en 2015.

Trois axes d'amélioration sont ainsi soulevés par la mission d'évaluation :

- Les temps de réunion avec l'équipe de nuit sont peu développés à date d'évaluation ;
- Des temps de coordination entre animatrice et équipe soignante impliquée dans des animations manquent ;
- Les entretiens professionnels ne sont pas réalisés.

3.2 Synthèse de l'évaluation externe

1. Introduction

La démarche d'évaluation interne

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

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

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : un COFIL élargi à toutes les composantes métier de l'établissement a piloté la démarche, puis 5 à 6 groupes de travail associant largement les personnels se sont tenus, et enfin, à chaque personnel de l'établissement a été confié la rédaction d'une « fiche verte » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème).

Par ailleurs, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation et a mené à la création de certaines actions.

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle.

Toutefois, deux axes d'amélioration peuvent être considérés : l'association plus directe des résidents et familles et l'association des partenaires de l'établissement de la même manière que les résidents et familles.

A l'issue du travail d'autodiagnostic, un plan d'action à 1 an a été réalisé. Comportant 33 actions (aujourd'hui 37), son dimensionnement est adapté, maniable. Il est déclinée de façon opérationnelle et une fiche de suivi est associée à chaque action et détaille ses modalités de mise en œuvre et d'évaluation. **L'ensemble des professionnels a bien été informé du déroulement de la démarche, de son avancée et de ses résultats.**

Seule remarque de la mission d'évaluation : le plan d'action élaboré n'est pas pluriannuel, ses échéances les plus lointaines sont fixées à un an, ce qui ne permet pas d'inscrire la démarche qualité dans une temporalité longue, ni de planifier l'avenir.

Afin de mettre en œuvre le PPP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement, un Groupe qualité a été mis en place. A date d'évaluation, 75% des actions du plan à 1 an sont réalisées.

Le pilotage de la démarche qualité revient au Groupe qualité. L'animatrice est référente qualité de l'établissement, si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne, elle ne l'est plus depuis la fin de la démarche. **La dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité est à soutenir au sein de l'EHPAD**

Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif sur l'établissement par le biais des outils suivants : Une enquête de satisfaction annuelle ; le Conseil de Vie Sociale ; une boîte-à-idée ; les réunions mensuelles des familles ; les professionnels sont attentifs à recueillir l'avis des résidents au quotidien.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés de façon principalement informelle.

Sur la gestion documentaire, de nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD Bois d'Olive. Ces éléments sont correctement accessibles dans des classeurs en salles de soin, dans les offices alimentaires et en salle de réunion au rez-de-chaussée – et en lien avec l'outil PSI. Ils sont globalement bien connus des professionnels. Toutefois, la structuration de la gestion documentaire est perfectible.

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 diffusion et d'une exploitation au sein de l'EHPAD, notamment à l'occasion des grandes démarches structurantes de l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne). D'ailleurs, le projet d'établissement dédie un paragraphe à la présentation de l'Anesm et ses RBPP.

Les RBPP sont régulièrement évoquées lors des réunions d'équipe, ou lors des formations (ex. humanitude), et **mises à disposition** dans des classeurs placés en salle PSI et en salle de réunion au rez-de-chaussée.

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

Le projet d'établissement

L'EHPAD de Bois d'Olive dispose d'un Projet d'Etablissement couvrant la période 2014-2018. Il a été réactualisé en juillet 2013

La démarche d'élaboration a été pilotée par la Direction à l'aide d'un prestataire extérieur pour le cadrage de la démarche.

De nombreuses étapes permis de structurer la démarche : réunion de présentation, construction d'une trame, recueil des pratiques professionnelles, élaboration d'un avant-projet, articulations des différentes contributions de la direction, validation finale de la direction.

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux professionnels (réunion d'équipe le 10 septembre 2013 et le 26 novembre 2013), au CE (le 24 septembre 2013) et au CVS le 5 novembre 2013 pour avis.

Si la démarche a été menée dans un cadre participatif, deux points d'amélioration sont identifiés : les représentants des résidents, des familles et les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche et la démarche ne s'est pas appuyée sur l'élaboration de groupes de travail thématiques pluridisciplinaire et la constitution d'un comité de pilotage représentatif des différents métiers.

L'exhaustivité des éléments de contenu au regard de la réglementation en vigueur et de la recommandation de bonne pratique de l'Anesm. Le projet d'établissement intègre pleinement les thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2⁵ et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm.

Le projet est accessible des professionnels aux trois étages dans les offices soin et a fait l'objet d'une présentation aux personnels (réunions d'équipe et IRP). Pour autant, les entretiens conduits sur site auprès des professionnels ont montré le besoin d'en améliorer encore son appropriation.

Il n'existe pas de dispositif spécifique de pilotage et de suivi du projet d'établissement. En revanche, Un comité de suivi, composé d'un membre du Comité de Pilotage qualité, de la référente, de la directrice, doit se réunir deux fois par an pour superviser l'avancée de chaque Plan d'amélioration.

Le projet d'établissement semble cohérent au regard des objectifs et de leur pertinence par rapport aux missions et orientations de politiques publiques. Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des principes énoncés par la loi du 24 janvier 1997.

Les caractéristiques et spécificités du profil des usagers ont fait l'objet d'une évaluation précise dans le cadre du projet d'établissement. Le dispositif en place est en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis. L'EHPAD répond aux besoins du public autant sur la localisation des locaux, des moyens humains que des ressources matérielles.

⁵ Article L.311-8 « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (...) »

La politique de formation est impulsée au niveau de la filière (plus rarement au niveau du siège), puis est fixée par le Pôle ou l'établissement. Le recueil des besoins et l'élaboration du plan de formation sont partiellement structurés. **Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés** (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

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

Les modalités d'accueil des nouveaux salariés sont décrites dans la note sur le recrutement, formalisée en 2012 par le siège. Des modifications dans le processus d'accueil des nouveaux salariés sont récemment entrées en application au niveau du siège, prévoyant : la signature systématique de tous les CDI au siège ; la présentation de la Fondation et du personnel du siège ; une matinée d'accueil ; la remise d'un kit d'accueil (livret d'accueil Fondation, règlement intérieur, convention collective, fiche de poste, informations mutuelles). **Quant au Pôle gérontologique Roger André, bien qu'il n'y ait pas de procédure formalisée d'accueil à ce niveau, le processus d'accueil au sein de l'EHPAD est globalement structuré. Il permet une prise de repères satisfaisante et favorise la bonne intégration de la personne.**

Un CHSCT commun au Pôle gérontologique Roger André est en place. Un document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP) a été actualisé en 2011, 2012 et doit l'être fin 2014. Le CHSCT assure le suivi du plan d'action qui en est issu. Les autres professionnels de l'établissement devront aussi être associés à l'élaboration du document. **La prévention des risques psychosociaux et la pénibilité ne sont pas prévues pour être intégrées au DUERP, à la demande**

L'organisation de l'accompagnement des usagers

L'accompagnement proposé est structuré et de qualité.

Sur l'accompagnement au soin, le projet de soin et la conformité avec les exigences du médecin coordonnateur. Les objectifs du projet de soins sont formalisés dans le projet d'établissement de l'EHPAD élaboré avec le concours du précédent médecin coordonnateur, en associant l'ensemble de l'équipe soignante. Il est réactualisé tous les 5 ans.

Le Médecin Coordonnateur assure une présence quotidienne. Il est aussi le médecin traitant de tous les résidents. Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF sont bien mises en œuvre sur l'établissement.

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin coordonnateur, également médecin traitant de tous les résidents, assure les prescriptions sur PSI. **La coordination des soins est assurée** par le cadre de proximité (ex responsable infirmier) : gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin et les rééducateurs, coordination avec les intervenants extérieurs et bénévoles, coordination avec les familles.

L'intervention des soins est bien assurée et organisée, les professionnels intervenant dans l'EHPAD sont les suivants : une ergothérapeute, un masseur-kinésithérapeute, un psychologue et une art thérapeute.

La formalisation des soins est de qualité (plan de soins, traçabilité des soins, protocoles des soins spécifiques).

La personnalisation de l'accompagnement soignant est effective : plans de soin individualisés par résident, protocoles de soin spécifiques, prescriptions infirmières individualisées, etc.. **Les équipes ont également le souci de prendre en compte les habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents. Les pratiques et les postures professionnelles sont de qualité au sein de l'EHPAD Bois d'Olive, les salariés sont à l'écoute des résidents.**

L'accompagnement prend en compte de manière satisfaisante différentes thématiques de soins gériatriques dont la prévention des chutes, suivi des résidents souffrant de dénutrition, protocole en matière d'hydratation, etc...

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est structuré autant sur l'EHPAD que sur l'Accueil de Jour.

L'équipe animation est composée d'une animatrice en CDI temps-plein et une animatrice en contrat d'avenir en cours de formation BPJEPS présente 3 jours par semaine sur l'établissement. Leur action est complétée des animations théoriquement quotidiennes des **équipes soignantes** à chaque étage. Les supports sont variés : individuel, collectif, intergénérationnel, festifs, etc.... Des intervenants extérieurs viennent appuyer le dispositif

interne, sur les volets animation et vie sociale (coiffeuses, réflexologie, relaxation, bénévoles, etc... et même les familles).

La prestation animation est globalement jugée de qualité par la mission d'évaluation. Les moyens humains et matériels sont satisfaisants même si l'animation pâtit toutefois de l'absence de salle d'animation dédiés.

Sur l'accueil de jour, le projet d'animation structuré. Tous les projet d'activités sont également formalisés et font l'objet d'une réévaluation annuelle par l'équipe.

Les 2 AMP, 2 AS, l'ASL à mi-temps, et la psychologue (0,2ETP) interviennent sur les activités de l'accueil de jour.

Les supports utilisés sont variés et à visée thérapeutique : activités motrices, sensorielles, de socialisation, cognitives; un temps en extérieur est organisé 4 jours sur 5 au jardin, un pique-nique par semaine est programmé, et quelques activités sont réalisées hors de l'EHPAD.

En revanche, concernant les ressources matérielles, il n'existe pas d'espace/ salle d'activité dédié à l'accueil de jour.

La coordination est effective et bien structurée elle est organisée autour de réunions, de diverses transmissions ainsi qu'avec le dossier de l'utilisateur.

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

L'établissement est implanté en périphérie de St Pierre (ce qui lui garantit une bonne attractivité), dans la commune de Bois d'Olive et sur le site du Foyer Barbot. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat et a mis en place un certain nombre de partenariats avec les infrastructures de St Pierre et du Sud de la Réunion : CHU-GHSR, UCC, école.

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée semée dans le tissu urbain environnant. L'EHPAD est bien connu et repéré par son environnement.

L'établissement est ouvert à son environnement et a mis en place de nombreuses actions facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement d'acteurs très diversifiés, et notamment avec l'accueil et la venue régulière des familles, des visiteurs, des stagiaires ainsi que des bénévoles et des partenaires.

L'établissement est ouvert sur l'environnement et met en place des actions visant à développer des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne. Notamment sur le volet santé et médico-social avec de nombreux partenariats ont été formalisés avec le CHU-GHSR ou encore l'AURAR. Toutefois le volet socio-culturel, l'ouverture sur l'environnement est encore peu développée.

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

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 57 projets étaient élaborés et 50 signés et la réactualisation des premiers projets était sur le point de démarrer.

Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure.

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 : recueil des souhaits et des habitudes avec le référent, le co-référent, les familles et les usagers ; une réunion pluridisciplinaire est ensuite organisée, la rédaction du projet est réalisée par la par le psychologue et un rendez-vous de signature est réalisé avec le résident.

La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure. Toutefois, la mission relève un point d'amélioration dans la simplification du processus trop chronophage actuellement.

Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente.

Un CVS existe sur l'établissement, il fonctionne globalement en conformité avec le cadre légal. Il se réunit trois fois par an, il est représenté à 50 % des résidents et des familles, l'ordre du jour est soumis aux participants et

un compte-rendu est affiché. Toutefois la présidente n'est pas une représentante des usagers mais une représentante des familles.

D'autres moyens d'expression des bénéficiaires existent au sein de la structure. Résidents et familles ont été conviés à répondre à une **enquête de satisfaction** en 2013 et en 2014. **La réunion mensuelle des familles** animée par la directrice permet aussi l'expression et la remontée de remarques. A noter aussi qu'un **cahier de suggestion à disposition des familles** est placé à l'accueil mais n'est pas utilisé.

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

Les droits des usagers

L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2. Les différents documents obligatoires sont réalisés et portés à la connaissance des familles et usagers dans la période d'admission.

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Toutefois, Le contrat de séjour pourrait être davantage personnalisé, en fonction notamment du projet de vie du résident - conformément au décret qui prévoit « la définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge » dans ce document.

La recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une ambition des personnels soignants : les salariés veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, et rapportent des cas de recouvrement d'autonomie de certains usagers après une hospitalisation. La libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est permise pour les résidents valides.

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents (sauf deux amis ayant accepté de partager la seule chambre double de l'établissement – salles de bains séparées pour autant).

Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie et une attention est portée à l'aspect, l'hygiène, et la tenue vestimentaire des usagers.

Le droit aux respects des liens et familiaux est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles.

La politique de prévention des risques

La dernière commission de sécurité a donné un avis favorable à la poursuite d'exploitation de Bois d'Olive le 26 novembre 2013. L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le département Plans et Travaux de la Fondation. L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement.

Par ailleurs, le numéro d'appel maltraitance ALMA (3977) est affiché dans l'établissement. L'EHPAD a même signé une convention de partenariat avec ALMA pour la sensibilisation de ses équipes.

La bientraitance est énoncée en tant que fondement des pratiques et principe d'action de l'EHPAD Bois d'Olive. La bonne dynamique, et plus globalement la culture de la bientraitance, émergent des pratiques professionnelles de l'établissement. Les professionnels s'interrogent régulièrement sur leurs pratiques en réunion d'équipe et ont une conscience effective des risques.

3.3 Abrégé du rapport d'évaluation externe

La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évaluation interne réalisée en 2013 avec l'aide d'un intervenant extérieur ▪ La constitution d'un Comité de pilotage pluridisciplinaire afin de lancer et cadrer la démarche ▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm ▪ L'évaluation s'est appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...) ▪ Une démarche menée de façon participative par l'organisation de groupes de travail et des contributions individuelles ▪ Un bon niveau d'information des professionnels tout au long de la démarche ▪ Une association des usagers et familles par questionnaire ▪ La création d'un Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) opérationnel ▪ Une communication et une diffusion du PPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des partenaires qui n'ont pas été directement associés ▪ Le Plan de progrès est élaboré à 1 an 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les partenaires à la démarche, et associer les résidents et familles de manière plus directe si possible (groupe de travail) ▪ Inscrire la démarche qualité dans une temporalité longue grâce à un plan d'action pluriannuel

<p>Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La constitution d'un Groupe qualité réuni 2 fois par an pour suivre la mise en œuvre du PPP ▪ La formalisation de fiches de suivi par action ▪ 75% des actions déjà réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Groupe qualité restreint (4 personnes) par rapport au COPIL d'évaluation interne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elargir le Groupe qualité sur le même modèle que le COPIL d'évaluation interne (représentation des différentes composantes métier de l'établissement, représentation des usagers et familles au sein du Groupe) ▪ 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 Groupe qualité ▪ Poursuivre la communication sur le plan d'actions et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ▪ Veiller à mesurer et analyser les effets des actions engagées comme prévu dans les fiches de suivi des actions. Cette pratique pourra constituer le point d'appui de la démarche qualité ▪ Conformément à la réglementation, mentionner dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du PPP
<p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le pilotage de la démarche qualité revient au Groupe qualité, auquel est associée une référente qualité (animatrice), dans la continuité de l'évaluation interne ▪ Un recueil effectif de la satisfaction des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de valorisation de la fonction Référente qualité en ETP ▪ Une appropriation perfectible de la démarche qualité par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - valoriser la fonction référente qualité en ETP

	<ul style="list-style-type: none"> De nombreuses procédures 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de groupes de travail pour approfondir les thématiques qualité L'absence de procédure de recueil de la satisfaction Un système informel de recueil et le traitement des plaintes et réclamations La faible structuration de la gestion documentaire 	<ul style="list-style-type: none"> continuer à informer/sensibiliser/associer les professionnels pour la bonne appropriation de la démarche organiser la réflexion/travail actif des professionnels sur les thèmes qualité pour prolonger la démarche <ul style="list-style-type: none"> Formaliser une procédure de recueil de la satisfaction, le système de recueil et traitement des plaintes et réclamations, structurer la gestion documentaire
--	--	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les modalités d'appropriation des RBPP	<ul style="list-style-type: none"> Des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm diffusées Les RBPP sont mises à disposition dans un classeur dans l'établissement Une bonne connaissance de l'existence des RBPP par les professionnels 		<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes (ex. organisation de communications dédiées) et leur mise en perspective avec l'ensemble des travaux menés ou en cours, notamment la démarche de projet personnalisé
La mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI) et régulièrement évoquées en réunions d'équipes 		

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
<p>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet datant de 2009, structuré, approuvé par le CVS et le Conseil d'administration de la Fondation ▪ Sa rédaction dans le cadre d'une démarche participative qui a associé les professionnels (COFIL, groupes de travail, ...) ▪ Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm, avec des données et illustrations adaptées ▪ La mise à disposition du projet et sa présentation en réunions institutionnelles et au CVS ▪ L'élaboration et la communication d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet ▪ Un dispositif de suivi des objectifs du Projet organisé durant les premières années de sa mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'association directe des usagers, familles et partenaires à l'élaboration du projet ▪ L'absence de déclinaison des orientations en un plan d'action opérationnel précisant les objectifs sur cinq ans ▪ L'absence de dispositif et de modalités de pilotage et de suivi du projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - Engager une démarche participative avec l'association résidents, familles et partenaires de l'établissement - Intégrer les éléments de contenus manquants sur l'inscription de l'établissement dans les orientations de politiques régionales et départementales et - Elaborer un projet d'établissement plus synthétique (30 pages) ▪ 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. ▪ Organiser le suivi et l'animation du projet et des objectifs retenus, par exemple, dans le cadre du Comité Qualité, en lien avec les équipes et le CVS
<p>Cohérence et pertinence du projet et des moyens</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire, validé par lui ▪ Un projet cohérent avec les missions des EHPAD et les orientations de politique publique ▪ Un dispositif varié d'accueil (hébergement permanent/temporaire, accueil de jour) permettant une réponse aux différents types de besoin et le projet de réaménagement de l'accueil temporaire et de jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hébergement temporaire non effectif (pas de demandes) ▪ Un accueil de jour ne fonctionnant pas encore à plein régime (75%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le taux d'occupation de l'accueil de jour en améliorant la communication auprès des partenaires ▪ Travailler en lien avec les autorités à l'activation et à la bonne marche du dispositif d'hébergement temporaire (communication, articulation entre établissement, ..)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne ▪ La constitution d'une forte expertise sur le volet handicap/troubles psychiques par une politique de formation soutenue et l'apport du personnel médical en place et le développement des prises en charge non médicamenteuses ; ▪ Des partenariats engagés avec l'extérieur. ▪ Des locaux très récents pleinement adaptés et des outils bénéfiques : jardin paysagé à visée thérapeutique, parcours de santé et d'équilibre, salle snoezelen), cuisines thérapeutiques, etc. ▪ Des évolutions en cours ou projets vont venir étoffer le dispositif et améliorer la réponse aux besoins des publics : la création à titre expérimental d'un Pôle d'Activité et de Soins Spécifiques (PASS), etc. ▪ La localisation sur le site de l'EHPAD de la plateforme de répit et de repos de la fondation ▪ La localisation pertinente et combinant les avantages de la proximité de Saint Pierre (accès aux services de santé, infrastructures...) et l'environnement calme de Bois d'Olive ▪ Le taux d'occupation élevé sur l'EHPAD traduisant l'attractivité de l'établissement et la bonne réponse aux besoins du territoire ▪ Un établissement bien repéré et outillé pour l'accueil d'une population handicap psychique/troubles psychiatrique ▪ Le très bon niveau d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque personne accueillie (3 unités avec une organisation adaptée, des professionnels dédiés et formés...) 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse-dépendance) via l'adaptation progressive de la prise en charge La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels 		
Qualité d'accompagnement	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un accueil physique et téléphonique organisé 24h/24 et une continuité assurée le week-end Un cadre de vie agréable, des locaux adaptés et équipés Des locaux permettant une bonne individualisation de la prestation Des locaux propres et bien entretenus Une prestation lingerie de qualité Des normes HACCP bien respectées par la cuisine centrale et les équipes Un plan d'amélioration continue de la qualité à la cuisine centrale <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'existence d'un projet de soins dans le projet d'établissement La mise en œuvre de la plupart des missions du médecin coordonnateur Une coordination et organisation des soins effectives gérées par le Médecin coordonnateur psychiatre et le Cadre/responsable infirmier La continuité des soins permise par la présence des infirmiers en continu (jour et nuit) 	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'agent d'accueil dédié L'absence de diététicienne à la cuisine centrale et des repas peu variés Les résidents ne sont pas associés à la prestation restauration <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une organisation qui ne permet pas encore une pleine adaptation aux habitudes de vie, préférences et rythmes des personnes (passage de chambre en chambre pour la distribution des petits déjeuners ou la réalisation des soins et toilettes) Des ASL positionnées en partie sur des fonctions de soin (toilettes, soins courants.) L'absence des IDE à la réunion des cadres 	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'organisation de l'accueil physique (localisation du personnel d'accueil derrière la banque d'accueil) Travailler avec la cuisine centrale sur l'équilibre alimentaire Mettre en place une commission restauration <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ajuster ou modifier certaines organisations et habitudes de façon à renforcer la personnalisation et l'adaptation aux rythmes et préférences de chaque résident : ex circuit de distribution des petits déjeuner ou de réalisation des toilettes et soins sur la base de plages horaires actées avec les résidents et prise en compte dans les plans de soin Travailler à la différenciation des fonctions soignantes et hôtelières en repositionnant plus nettement les ASL sur les tâches hôtelières

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La sécurisation du circuit du médicament, en lien avec la PUI du site Albert Barbot ▪ Un dossier de soins et une traçabilité des soins informatisée ▪ La formalisation de nombreux protocoles individualisés de soins à poursuivre ▪ Un accompagnement paramédical structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles (ergothérapeute, kiné, art thérapeute, psychologue) permettant une bonne réponse aux besoins ▪ Une personnalisation effective de l'accompagnement, la volonté de prendre en compte des rythmes et habitudes de vie des résidents, et des pratiques et les postures professionnelles de qualité ▪ Des soins au quotidien qui favorisent le maintien ou la stimulation de l'autonomie des résidents ▪ L'approche des thématiques de soins spécifiques (protocoles, partenariats, outils dédiés) ▪ Des partenariats existants avec les structures de soin (établissements, équipes mobiles, bénévoles...) garantissant aux résidents un accès aux soins facilité <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fonction animation bien structurée sur l'EHPAD comme sur l'Accueil de jour ▪ L'intervention d'une art-thérapeute à tiers-temps ▪ L'animation d'activités par les équipes soignantes ▪ Des supports d'activités diversifiés (activités internes / externes, collectives / semi-collectives, sorties, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La création significative d'escaliers au sein de l'institution ▪ La faible effectivité de la convention avec le service de psychiatrie du CHU-GHSR (séjours de rupture) ▪ La désignation de la personne de confiance n'est pas formalisée dans le dossier du résident, et les directives anticipées ne sont pas rédigées dès l'admission <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de salle d'animation dédiée ▪ L'absence de Commission d'animation instituée ▪ Une offre d'animation quasi exclusivement collective ou semi collective 	<p>(préparation et service des repas, ménage, tâches logistiques, aide au lever et coucher)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repositionner les réunions de cadres afin de permettre la présence des IDE ▪ Renforcer la diffusion des bonnes pratiques gériatriques (ex. points réguliers du médecin coordonnateur aux transmissions) ▪ Revoir le processus d'actualisation des plans de soin de sorte à garantir une précision accrue de la réactualisation des soins ▪ Formaliser avec le résident, dès l'admission, la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dédier une salle d'activité aux animations
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des supports d'activité à visée thérapeutique, en particulier à l'Accueil de jour, mais aussi sur l'EHPAD ▪ A l'accueil de jour, l'existence d'outils d'évaluation des résidents (déroulement de la séance, comportement, etc.) ▪ De nombreux intervenants extérieurs, de nombreux bénévoles, et l'association croissante des familles aux animations ▪ Des temps d'animation qui tiennent compte du rythme des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une offre d'animation qui ne touche pas une partie des résidents, notamment les plus dépendants (2^{ème} étage) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une continuité de l'offre d'animation sur l'ensemble des Week-end (1 week-end sur 2 à ce jour) ▪ Développer des animations individualisées ▪ Réfléchir à des contenus et modalités d'animation permettant de toucher les résidents les plus dépendants ▪ Consolider les temps « Alon Kozé » / mettre en place une Commission d'animation permettant d'élaborer en concertation avec les résidents le programme d'animations
--	--	---	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une implantation facilement accessible et bien inscrite dans son environnement ▪ Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, bénévoles, prestataires extérieurs ▪ Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats sur le volet santé et médico-sociales ▪ De nombreuses conventions de partenariat formalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une ouverture sur l'environnement extérieur encore peu développée : intégration dans la cité, sensibilisation de l'environnement social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les actions visant à inscrire les résidents dans la vie de la cité et leur ouverture socio-culturelle. ▪ Améliorer l'articulation avec l'UMASP (préparation en amont des venues trimestrielles des équipes UMASP) ▪ Travailler avec le service de psychiatrie du CHU-GHSR à la réactivation de la convention de partenariat pour les séjours de rupture
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des résidents très satisfaits de l'accompagnement proposé au sein de la structure, notamment des soins quotidiens et des conditions d'hébergement ▪ Des familles satisfaites de la prise en charge proposées, de l'accueil réservé à leur proche et famille, des réunions mensuelles des familles et des pratiques professionnelles ▪ Des partenaires qui sont satisfaits de leur coopération avec l'EHPAD, grâce à des collaborations bien organisées, des professionnels disponibles, des stagiaires et bénévoles bien accueillis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des familles qui soulignent un manque sur la qualité de la restauration, la réactivité de réponse aux demandes individuelles et la surveillance de nuit des personnes déambulantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre en compte les remarques de familles dans le PACQ ▪ Communiquer largement en direction des familles sur les réunions mensuelles qui leur sont dédiées

Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Processus d'admission et fin d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure ▪ Une démarche progressive et pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels ▪ Une évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement ▪ Les documents légaux sont bien remis et explicités ▪ Une attention portée au consentement de la personne au moment de l'admission ▪ Un parcours progressif avec la possibilité d'une journée d'essai et une période de 2 mois d'observation avant admission définitive ▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent) ▪ La grande satisfaction des familles vis-à-vis du temps d'accueil ▪ Des décisions de réorientation travaillées avec l'usager et son représentant légal ▪ Une procédure formalisée en cas de décès et un salon mortuaire ▪ Des personnels formés aux soins palliatifs (dont un DU infirmier sur le sujet) et l'ensemble de l'équipe sensibilisée à la gestion de la douleur ▪ Les interventions de nombreux intervenants : l'UMASP pour des sessions de sensibilisation et 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le consentement de la personne n'est pas formalisé – ni les directives anticipées sur la fin de vie et la personne de confiance ▪ La procédure d'admission n'est pas actualisée sur tous les points (écart entre le théorique et la pratique) ▪ L'absence de temps convivial repéré pour marquer l'accueil d'un nouveau résident 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueillir par écrit le consentement de la personne, ainsi que ses directives anticipées et la personne de confiance ▪ Systématiser le temps formel d'échange sur les candidats à l'admission après les entretiens de préadmission ▪ Mettre à jour la procédure d'admission ▪ Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident ▪ Renforcer le soutien aux familles, aux autres résidents et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression par exemple, groupes de parole dédiés...)

	retour d'expérience tous les trimestres ; les bénévoles d'ASP Sud Réunion		
<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche d'élaboration structurée et effective depuis 2013 avec une forte montée en puissance au cours des derniers mois ▪ Une co-construction du projet avec l'usager ou son représentant légal (recueil des souhaits des résidents et des familles, rendez-vous de de présentation-signature des projets, contractualisation des projets) ▪ Un projet prenant bien en compte les différentes dimensions de l'accompagnement (prendre soin, vie sociale, activités et loisirs) ▪ Une démarche coordonnée par le référent et le co-référent et une méthode d'élaboration pluridisciplinaire (réunion de projet) ▪ Des contenus des projets personnalisés pertinents et une trame commune ▪ L'existence d'un dispositif effectif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet ▪ Une démarche de réactualisation engagée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les résidents ne disposent pas encore d'un projet personnalisé (60% environ) ▪ Des modifications apportées au projet en cours d'année qui ne font pas l'objet d'une traçabilité et une réactualisation formelle ▪ Le temps passé par la psychologue dans la coordination de la démarche projet personnalisé est très élevé (réunions, formalisation des projets, rendez-vous de signature) et cette organisation n'est pas viable dans la durée au regard de la nécessité de réaliser et actualiser l'ensemble des projets chaque année 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation de 100% de projets ainsi que la réactualisation annuelle pour tous les résidents concernés ▪ Assurer une traçabilité formelle des modifications faites au projet et élaborer un avenant contractualisé pour toute modification substantielle avant la réactualisation annuelle ▪ Ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis à la grille de suivi d'objectifs de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets ▪ Repenser les modalités de coordination de la démarche projet personnalisé et réajuster les conditions et l'intensité de mobilisation de la psychologue : <ul style="list-style-type: none"> - Montée en puissance des IDE sur une fonction de coordination de projets - Répartition de la charge entre la psychologue, les IDE, le cadre de proximité, l'assistante sociale (rendez vous de signature par exemple) - Etc.

L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> Un CVS en place, qui fonctionne globalement en conformité avec le cadre légal et présente une assez bonne dynamique 	<ul style="list-style-type: none"> Le président du CVS n'est pas un résident Les comptes-rendus de CVS ne sont pas envoyés à l'ensemble des familles, pas affichés, et ne font pas l'objet d'une présentation orale aux résidents ou d'une autre forme de comptes-rendus adaptée au public La dynamique générale de l'instance est nuancée, les représentants ne s'en étant pas complètement saisis 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'élection d'un résident à la présidence du CVS Adapter la restitution des comptes-rendus aux résidents et transmettre le compte-rendu à l'ensemble des familles Relancer la dynamique de l'instance du CVS : accompagnement des résidents et des familles à l'outil (utilité de l'instance, responsabilités, préparation des séances, etc.), médiatisation de l'instance
La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> L'analyse de l'enquête de satisfaction annuelle (résidents et familles) Les remontées directes à la direction lors des réunions mensuelles des familles La posture d'écoute et adaptation quotidienne des salariés 		<ul style="list-style-type: none"> Systematiser et tracer le recueil de l'expression des résidents Transformer leurs remarques en actions d'amélioration intégrées au PACQ

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des outils formalisés, diffusés, affichés dans l'établissement et remis dans le cadre de la procédure d'admission et à tout nouveau salarié ▪ Des outils conformes ▪ Un livret d'accueil traduit en créole ▪ Un droit à l'information effectif ▪ Un droit la protection pleinement assuré ▪ Un droit à l'autonomie respecté et encouragé dans le cadre de l'accompagnement ▪ Un droit à l'intimité respecté ▪ Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées ▪ Un respect effectif des liens familiaux et amicaux ▪ Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une adaptation encore perfectible des documents à la compréhension des résidents et un règlement de fonctionnement non affiché ▪ La non communication aux usagers et familles des modalités de consultation du dossier ▪ L'absence de réflexion sur la vie affective et sexuelle des résidents ▪ La faiblesse de l'exercice des droits civiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre l'adaptation des outils à la compréhension des usagers (règlement de fonctionnement notamment) et afficher le règlement de fonctionnement ▪ Formaliser les modalités de consultation du dossier usager et les communiquer (livret d'accueil/règlement de fonctionnement, évocation lors de l'admission) ▪ Améliorer la mise en œuvre du droit à la vie affective et sexuelle : <ul style="list-style-type: none"> - Structurer une réflexion en équipe - Mettre en œuvre une action de formation - Formaliser des règles et des dispositions précises sur la vie affective et sexuelle et les communiquer (projet d'établissement, règlement de fonctionnement,..) ▪ Développer l'exercice des droits civiques (accompagnement aux démarches citoyennes et à la mise en œuvre du droit de vote)
Sécurité des lieux et de personnes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, dispositifs de contention en dernier recours ▪ Un avis favorable de la dernière commission de sécurité ▪ Des documents obligatoires à jour et disponibles ▪ Au moins deux exercices d'évacuation par an et des professionnels formés chaque année à la sécurité incendie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des opérations de prévention, de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,..) non encore effectives à date d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer régulièrement les opérations de prévention et de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,..) et alimenter le carnet sanitaire mis en place par l'établissement en septembre 2014

<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le département Pôle et Travaux de la Fondation ▪ Des normes HACCP effectives à la cuisine centrale et sur l'établissement et appropriées par les professionnels ▪ Un circuit du linge propre/sale respectueux des normes RABC ▪ Existence d'une PUI et d'un circuit du médicament globalement sécurisé ▪ Une astreinte de direction assurée en permanence ▪ L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuite, nuit/jour) ▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace avec une présence IDE : consignes et procédures formalisées, professionnels formés ▪ Des locaux DASRI bien entretenus et sécurisés ▪ Une gestion formalisée et effective des remplacements (pool de remplaçants) ▪ L'existence d'un DLU ▪ L'existence d'un DARI, d'un Plan Bleu et d'un PCA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un DARI sans plan d'action ▪ Un Plan bleu et un PCA pas complètement actualisé et adapté à l'établissement (trame d'un autre établissement) ▪ La mise en tension des personnels de maintenance du Pôle gérontologique ▪ La coordination avec le département Plans et Travaux ▪ Une sécurisation du circuit du médicament encore perfectible (problème de la signature de la distribution des médicaments sur un des 3 étages en l'absence d'IDE après 17h) ▪ L'absence de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions ▪ Finaliser l'actualisation du Plan Bleu et du PCA ▪ Améliorer la coordination avec Plans et Travaux et revoir la mobilisation des 3 agents du Pôle ▪ Trouver une organisation permettant d'assurer la sécurisation totale du circuit du médicament ▪ Formaliser un dispositif de signalement des événements indésirables
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif de prévention des risques professionnels mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP intégrant la notion de pénibilité, disponibilité et communication de la direction ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : mobilité interne possible, dispositif de formation, analyses de pratiques, etc. ▪ Des analyses de pratiques organisées régulièrement jusqu'à fin 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUERP ne prenant pas en compte la pénibilité et les risques psychosociaux ▪ L'absence d'entretiens d'évaluation professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer une démarche sur la pénibilité et les risques psycho-sociaux et intégrer ces risques au DUERP ▪ Pérenniser les analyses de pratiques professionnelles au-delà de 2014 ▪ Organiser des entretiens d'évaluation professionnelle (EAE) ▪ Etudier la possibilité d'un dispositif institutionnalisé de rotation du personnel

<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'établissement ▪ Promotion de la bientraitance au cœur du projet (projet d'établissement, ...) et à travers des sensibilisations et formations Humanitude à destination des professionnels de l'établissement ▪ Une organisation permettant l'échange sur les pratiques (temps de réunion et échanges avec l'ensemble des équipes) ▪ Une très bonne connaissance de l'obligation de signalement de la maltraitance et de la procédure à suivre ▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance est affiché ▪ Un partenariat avec ALMA pour la sensibilisation des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ L'absence d'une instance de type Commission bientraitance et/ou référents bientraitance pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer davantage de références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2 ▪ Mener une démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Mettre en place une organisation spécifique en place sur l'établissement pour promouvoir la bientraitance ou prévenir les risques de maltraitance
--	---	---	---

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 très positif : L'EHPAD de Bois d'Olives et son Accueil de jour proposent un accompagnement de qualité aux personnes âgées qu'elle accueille, et propose un haut niveau de personnalisation de la prise en charge, formalisé dans les projets personnalisés et mis en œuvre au quotidien. L'EHPAD a en effet développé une expertise dans l'accueil des personnes atteintes de pathologies présentant des handicaps psychiques ou des troubles psychiatrique, lui permettant de s'ajuster au plus près des besoins des personnes. L'Accueil de jour quant à lui fait progresser les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Les équipes, pluridisciplinaires et régulièrement formées, sont très solidaires, respectueuses des usagers, et soucieuses de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli.

L'établissement est très ouvert à et sur l'environnement, un point fort de l'établissement. Les animations proposées sont adaptées et variées et fréquemment réalisées en partenariat avec des bénévoles, intervenants extérieurs, et même des familles, très associées à l'accompagnement. La formalisation de plusieurs partenariats des plus pertinents sur le volet santé et médico-social est à saluer. Ces partenariats participent de la bonne continuité de l'accompagnement ainsi qu'à la formation et professionnalisation des équipes. Les conditions d'hébergement sont de bonne qualité.

Les enjeux d'amélioration repérés pour l'EHPAD consistent notamment à promouvoir l'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour garantir leur pleine activation, consolider la dynamique de personnalisation de l'accompagnement en ajustant le cadre organisationnel, améliorer a mise en œuvre de certains droits (vie affective et sexualité, droits civiques, expression collective) et consolider la dynamique d'ouverture déjà engagée (partenariats, développement du réseau de bénévoles, inscription dans la vie de la cité). Il existe également un enjeu pour l'établissement de faire aboutir le projet de PASS pour l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques. Une réflexion sur le repositionnement des agents des services logistiques (ASL) doit également être menée de façon à mieux distinguer les fonctions soignantes des fonctions hôtelières.

On note enfin, sur la structure, une démarche émergente et constructive en matière de qualité, qui 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 Groupe Qualité élargi 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'EHPAD de pérenniser la démarche Qualité engagée.

Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner des résidents, temps de transmission, temps d'activités/goûter
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 17 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (5) ▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (2) ▪ 4 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : X mois ▪ 10 septembre 2014 : validation du projet évaluatif ▪ 22-23 septembre 2014 : évaluation sur site ▪ 30/10/2014 : remise du pré-rapport ▪ 30/12/2014 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 jours
Date de début et de fin de mission	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 septembre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 30/12/2014 (envoi du rapport final)

Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe s'est déroulée dans un climat serein, propice aux échanges avec les intervenants et à la réflexion concernant le devenir de cet établissement qui a la particularité d'accueillir un public plus rare de personnes âgées atteintes de handicap psychique chronicisé.</p>	<p>Nous partageons globalement l'analyse qui a été effectuée par les évaluateurs et qui est retranscrite dans ce rapport où apparaissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des points forts : <ul style="list-style-type: none"> ○ bon établissement : attractif, ouvert, bien situé avec des moyens humains et matériels suffisants et un cadre de vie très agréable (chambres individuelles confortables) ; ○ l'accompagnement proposé est positif tant au niveau de la restauration que de la lingerie ; ○ le projet d'établissement (et de services qui en découle) est cohérent, pertinent ; ○ les projets personnalisés sont co-construits en équipe pluridisciplinaire avec une méthodologie intéressante et un suivi des actions réalisées ; ○ le personnel à travers la mise en place de référents (interlocuteur privilégié/aidant principal) pour chaque résident les amenant à une meilleure connaissance des habitudes de vie et souhaits de leur résident et à faire preuve de bienveillance dans le discours et dans les actes ; ○ l'accompagnement fin de vie est bien assurée sur la structure avec une bonne prise en charge de la douleur, mais il y a lieu effectivement de renforcer le partenariat avec l'UMASP (Unité Mobile de Soins Palliatifs). - des points à améliorer : <ul style="list-style-type: none"> ○ COPIL PACQ : à élargir (participation prévue du cadre de santé) ; ○ commission animation et commission menu : en présence des résidents et des familles sous la coordination des animatrices (démarrage janvier 2015) ; ○ citoyenneté et vote : sous la responsabilité de l'animatrice en lien avec le référent ; ○ entretien professionnel du personnel : à prévoir en 2015 (formation prévue à cet effet) ; ○ CVS : expression collective à améliorer. <p>Les points à améliorer précités ne poseront pas de problème de mise en place et seront mis en place dès le début de l'année 2015.</p> <p>Toutefois, les deux points à améliorer évoqués ci-dessous touchent, quant à eux, l'organisation du travail et risquent de susciter des mécontentements tant de la part des salariés que des IRP (Instances Représentatives du Personnel).</p> <p>Ces deux points, jugés comme étant des dysfonctionnement par les évaluateurs avaient déjà été pointés par la Direction du Pôle en 2012, et cela avait abouti à une situation de compromis, (toilette légères peu nombreuses effectuées par les ASL et 1 ou 2 plus lourdes</p>

effectuées en binômes avec les AS/AMP) évoquée avec les évaluateurs qui maintiennent néanmoins leur position et suggèrent d'opérer les changements qui s'imposent au niveau des trois EHPAD du Pôle.

Il s'agit de :

- temps « physique » de transmission entre les équipes, Cela nécessitera des changements d'horaires avec :
 - o Equipe de nuit : 20 h 15 / 6 h 15 (15 mn de transmission entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour entre 6 h 00 et 6 h 15)
 - o IDE soir : 13 h 30 / 20 h 30 (15 mn de transmission entre l'équipe de jour avec l'équipe de nuit entre 20 h 15 et 20 h 30)
- Séparation hôtellerie/soin : qui nécessitera une réorganisation des tâches avec les AS/AMP qui s'occuperont exclusivement du soin et de l'animation et les ASL qui seront dirigés vers les tâches de restauration, de bio-nettoyage et d'animation (si possible).

Une réflexion/proposition est en cours qui sera soumise à l'avis du CE et du CHSCT, et qui nécessitera la mise en place de nouveaux cycles :

- ASI en roulement à la « quatorzaine » (12 h de présence, 10 h de travail)
- AS/AMP : horaires inchangés.

La masse salariale n'étant pas répartie exactement de la même manière sur les trois établissements du Pôle, il y aura nécessité de procéder à un rééquilibrage notamment sur l'EHPAD de Bras Long (avec passage des 2 ASL de nuit en jour).

Une période d'essai sur 1 mois pourra être initialement effectuée sur l'EHPAD de Bois d'Olives et si celle-ci s'avère concluante ce fonctionnement sera mis en place sur Bras Long et Ravine Blanche.

Au niveau de l'EHPAD de Bois d'Olives, nous persévérons dans notre quête de reconnaissance par les autorités de tarification de notre spécificité psychiatrique et notre volonté à faire aboutir notre projet expérimental de création d'un PASS (Pole d'Activités et de Soins Spécifiques) avec le développement de prises en charge non médicamenteuses.

Cette évaluation externe nous a permis de vérifier la pertinence et la conformité de nos pratiques et de faire apparaître les manques ou dysfonctionnements les plus manifestes de notre structure, qui devront être corrigés sans plus attendre (2015).

Toutefois, cette évaluation a été globalement positive, celle-ci a su redonner à l'ensemble du personnel de la satisfaction, une certaine confiance en soi, et de l'estime réciproque entre salariés à travers la reconnaissance du travail « bien fait », ce qui nous encourage tous à aller de l'avant pour le bien-être des résidents et de leur famille.

PARTIE 4 - EVALUATION DE L'EHPAD BRAS LONG

4.1 Résultats de l'analyse détaillée

4.1.1 La stratégie

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

La démarche d'élaboration du projet

L'EHPAD de Bras Long dispose d'un Projet d'Etablissement couvrant la période 2014-2018.

La démarche d'élaboration a été pilotée par la Direction à l'aide d'un prestataire extérieur pour le cadrage de la démarche. Plusieurs étapes ont structuré la démarche :

- Présentation de la démarche en réunion d'équipe ;
- Elaboration d'une trame type coconstruite le formateur ;
- Un premier travail d'élaboration sur les parties communes aux trois EHPAD avec les directrices et les cadres de santé du Pôle.
- Le médecin, la cadre de santé et la directrice adjointe ont travaillé sur des thèmes spécifiques relevant de leurs responsabilité et compétences :
 - o la directrice adjointe sur les aspects réglementaires et les ressources humaines
 - o le médecin sur le projet de soin
 - o la cadre de proximité sur l'organisation des unités
- les projets d'unité ont été élaborés en plusieurs réunions de travail avec les équipes de chaque unité. Ce travail a été piloté par une directrice stagiaire.
- Mise en forme et validation finale par la direction.

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux professionnels ainsi qu'aux IRP et au CVS. A date d'évaluation, la présentation aux instances de la fondation (Commission personnes âgées et CA) restait à réaliser de même que l'envoi aux autorités de contrôle.

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

- les représentants des résidents, des familles et les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche d'élaboration du Projet comme préconisé par la recommandation ANESM relative à l'élaboration du projet d'établissement, seule une présentation en CVS a été réalisée ;
- Si les professionnels ont été associés via des réunions de travail sur les projets d'unité, les autres thématiques du projet n'ont pas fait l'objet de groupes de travail thématiques pluridisciplinaires. De même, la démarche n'a pas donné lieu à la constitution d'un comité de pilotage représentatif des différents métiers.

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

Le projet d'établissement intègre pleinement les thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2⁶ et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm⁷ :

- L'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire ;
- Les missions, cadre juridique,
- Le public accueilli et son entourage ;

⁶ 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. (...) »

⁷ RBPP Anesm « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » (Mai 2010)

- La nature de l'offre de service et son organisation ;
- Les principes d'intervention
- Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, projet social, soutien des professionnels, interdisciplinarité...);
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement ;

Toutefois, le projet d'établissement n'aborde pas son intégration dans les orientations des politiques nationales (plan grand âge, plan Alzheimer,...) **régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012, schéma gérontologique).

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.

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

Conformément à la réglementation, le projet d'établissement est établi pour une **durée de 5 ans** (2014-2018). Le document précise sa période de validité.

Le Plan du projet permet une bonne progressivité dans la lecture. Toutefois, si le Projet d'établissement est rédigé de manière structurée et agrémenté de quelques schémas, illustrations et graphiques, la taille du document (70 pages avec annexes) est au-dessus du standard préconisé par RBPP qui conseillent une trentaine de pages).

Une synthèse du projet a été élaborée pour faciliter son appropriation.

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

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux personnels (réunions d'équipe et IRP). Une fois validé définitivement, le projet sera accessible des professionnels, familles et bénévoles en salle de réunion. L'établissement souhaite par ailleurs remettre une copie du projet à tout nouvel embauché/stagiaire.

Il n'existe pas de dispositif spécifique de pilotage et de suivi du projet d'établissement. Cette fonction semble dévolue au comité de pilotage qualité. Pour autant, le PACQ n'inclut pas l'ensemble des objectifs d'amélioration détaillés dans le projet d'établissement. Enfin, si des objectifs d'amélioration apparaissent à la fin du Projet dans une partie dédiée, le projet ne comporte pas de plan d'actions opérationnel ou de fiches actions déclinant ces grandes orientations et projets de l'établissement sur les 5 prochaines années.

La pertinence et la cohérence de la stratégie

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

Le projet de l'EHPAD Bras Long est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. Il doit prochainement être présenté et validé par la Commission Personnes âgées en décembre 2014 et approuvé par le Conseil d'Administration.

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

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

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan bien vieillir, Plan Alzheimer, etc.). En effet, à titre illustratif, la présence d'une unité protégée, d'un PASA l'attestent.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'établissement s'inscrit dans les orientations régionales du SROSMS du schéma gérontologique.

Enfin, la convention tripartite a été signée en 2009 avec les autorités de tarification. Elle doit être prochainement renouvelée pour la période 2014-2018.

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

Les caractéristiques et spécificités du profil des usagers ont fait l'objet d'une évaluation précise dans le cadre du projet d'établissement.

Au plan de la localisation, l'implantation de l'EHPAD sur la commune de Bras Long présente des avantages en termes de cadre de vie notamment mais aussi des inconvénients importants du fait de son éloignement/isolement : frein au remplissage de l'établissement, difficulté à trouver un médecin en l'absence du médecin coordonnateur, notamment pour des urgences (décès,...).

En termes de réponse aux besoins et d'attractivité, l'établissement rencontre des difficultés de remplissage. Malgré les nombreux efforts entrepris pour attirer des candidats à l'admission, le taux d'occupation s'est élevé à 94% en 2013, laissant ainsi apparaître des marges d'optimisation. Pour 2014, l'objectif a été ramené à 96,5%. La localisation quelque peu excentrée de l'établissement impacte négativement les perceptions des résidents et familles qui peuvent juger l'établissement difficile d'accès.

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

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, d'une unité protégée, d'un PASA.
- Des locaux très récents pleinement adaptés aux besoins des publics avec des espaces et équipements particulièrement utiles et bénéfiques pour les résidents :
 - Malgré les contraintes liées au manque de terrain, des aménagements avec jardins en terrasse, pergola et kiosque ont été réalisés pour la plus grande satisfaction des résidents et leurs familles.
 - une salle d'activités snoezelen
 - un salon de coiffure et d'esthétique.

La délocalisation de l'établissement a permis de répondre pleinement aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur et d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents.

- L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie, permet un accompagnement au plus près des besoins spécifiques de chaque population ;
- Une politique de formation soutenue et l'apport du personnel médical en place et le développement des prises en charge non médicamenteuses ;
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

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

- La création d'un jardin thérapeutique ;
- La reconversion de places de l'unité Bec Rose (résidents les plus valides) en places d'unité semi-protégée pour s'adapter à l'évolution des profils à l'admission (augmentation de la dépendance) ;
- Le recrutement d'une art thérapeute.

En revanche, plusieurs points d'amélioration sont relevés :

- l'hébergement temporaire ne fonctionne pas malgré les demandes. Une réflexion est en cours avec les autorités sur la valorisation budgétaire des places. La concurrence des solutions proposées par les établissements de santé (services gériatriques, services de soins et de réadaptation...) nettement moins onéreuses (voire gratuites) pour les familles constitue également un facteur explicatif.
- l'établissement ne dispose pas d'accueil de jour ; l'éloignement de l'établissement semble être un frein important à la bonne marche d'un tel dispositif.

Au plan des moyens humains, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,59, le ratio soignant de l'ordre de 0,45. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences. Parmi les points forts de l'établissement, notons la présence d'IDE de nuit. En revanche, l'absence de poste d'animateur budgété constitue un manque certain. Le recrutement d'un contrat d'avenir (politique volontariste de la fondation) positionnée sur des fonctions d'animation ne permet qu'en partie de pallier le manque.

A date d'évaluation, tous les postes budgétés sont pourvus. Tous les AS et AMP sont diplômés.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'adaptation en continue des compétences des professionnels. La politique de formation a accompagné nombre de démarches de qualification ces dernières années et de formation professionnelle continue (bientraitance/humanitude, douleur et soins palliatifs, etc.).

Néanmoins, la mission d'évaluation met en évidence un point d'attention : les agents des services logistiques, en vertu des fiches de poste et de tâches sont mobilisés sur des tâches hôtelières mais aussi sur des tâches de soin. Si leur rôle et les attendus diffèrent en partie des AS et AMP, un pan de leur activité est commun. Les ASL ont par exemple la charge de toilettes simples ou en binôme avec un personnel diplômé. Si ce positionnement s'inscrit dans une logique de parcours de qualification et de management (développer les compétences, polyvalence, stimulation de l'intérêt du travail) et bien qu'il ait fait l'objet de limitations (ex : réalisation uniquement de toilettes simples en moins grande quantité, intervention en doublon sur des toilettes plus lourdes), elle recèle également un certain nombre de risques en terme de qualité de prise en charge (toilette mal réalisée, ..), de glissement de fonction et de responsabilités de tâches.

Au plan des moyens matériels, l'EHPAD apparaît bien pourvu. Les locaux sont fonctionnels, adaptés aux besoins (chambre et salles de bains individuelles, ..), les équipements et matériels (verticalisateurs, lèves malades) sont en nombre suffisant. L'établissement dispose également d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite.

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

Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne⁸

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2012-2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

Le référentiel créé par les référents qualité des 5 EHPAD, intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm. L'évaluation s'est bien appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...).

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : un COPIL (le Groupe Qualité) élargi à toutes les composantes métier de l'établissement a piloté la démarche ; s'appuyant sur 2 référents qualité formés en amont et 4 sous-référents, une dizaine de groupes de travail associant largement les personnels se

⁸ 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)

sont tenus ; enfin, à chaque personnel de l'établissement a été confié la rédaction de trois à quatre « fiches vertes » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème) ; les « fiches jaunes » (fiche d'évaluation avec indicateurs), puis « fiches rouges » (propositions d'actions d'amélioration) ont été complétées par le Groupe Qualité.

Par ailleurs, comme sur Bois d'Olive, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation (« fiches vertes »).

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle. Pour chaque sous-thème du référentiel, les idées clés sont renseignées et les points forts et les points d'amélioration de l'établissement sont clairement mis en évidence.

Toutefois, les mêmes axes d'amélioration que sur Bois d'Olive peuvent être considérés :

- L'association plus directe des résidents et familles (ex. au sein des groupes de travail, au sein du COPIL d'évaluation) ;
- L'association des partenaires de l'établissement de la même manière que les résidents et familles.

Priorisation et communication des propositions d'amélioration

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action sur 5 ans a été réalisé.** Comportant 236 actions, son dimensionnement est adapté, maniable. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'objectif, l'action, l'effet attendu, les moyens, le niveau de priorité et la difficulté de mise en œuvre, le délai et la date de réalisation.

Compte-tenu de la méthodologie participative employée, **l'ensemble des professionnels a bien été informé** du déroulement de la démarche, de son avancée et de ses résultats (diffusion d'un diaporama des résultats de la démarche aux équipes, reprise en réunion d'équipe et affichage en salle de réunion). Ceux-ci se sont bien approprié la démarche d'évaluation interne. Par ailleurs, la démarche a été régulièrement mise à **l'ordre du jour du CVS.**

Seule remarque de la mission d'évaluation : le plan d'action élaboré n'indique pas le responsable de l'action, ni les indicateurs de réalisation et les modalités d'évaluation. La bonne pratique des fiches de suivi par action rencontrée sur Bois d'Olive pourrait être reprise.

Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

Le Groupe Qualité a pour mission de mettre en œuvre le PPP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement. Ce dernier se réunit tous les 2 mois et est composé de la directrice, de 2 référents qualité, 2 AMP, 2 ASL, 2 aides-soignants, d'une IDE, de la cadre de proximité et de la secrétaire de direction.

A date d'évaluation, 76% des actions du plan pluriannuel sont réalisées. Parmi les plus notables : la mise en place de réunions Bientraitance tous les 2 mois avec les équipes ; l'amélioration de la démarche de projets personnalisés ; la mise en place d'une analyse de pratiques toutes les 3 semaines avec les volontaires ; etc.

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

- **Etudier la possibilité d'associer des usagers et familles** au sein du Groupe Qualité ;
- 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 Groupe qualité ;
- **Poursuivre la communication sur le plan d'actions** et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ;
- **Veiller à mesurer et analyser 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.

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 revient au Groupe qualité, pérennisé et mentionné *supra*. Deux nouveaux référents qualité ont été nommés début 2014 suite au départ des précédents.

Toutefois, si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne, elle ne l'est plus depuis la fin de la démarche ; par ailleurs, le rôle du référent qualité, ses missions et prérogatives, gagneraient à être mieux définies et formalisées ; de même une réflexion sur le portage des idées/initiatives des référents qualité et modalités de mise en œuvre serait bénéfique. Enfin, si les réunions Bientraitance prévues avec les professionnels sont productives (définition de conduites à tenir), l'appropriation de la démarche qualité plus générale par les professionnels (comme mise en mouvement perpétuel) est perfectible. **Ainsi, la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité peut encore progresser** : cadrage et pouvoir d'agir de la fonction référent qualité ; réflexion/travail actif de l'ensemble des professionnels sur les thèmes qualité ; etc.

Le recueil de la satisfaction des usagers

Le recueil de la satisfaction des usagers dispose de 2 outils sur l'établissement :

- Le Conseil de Vie Sociale ;
- Le recueil de demandes individuelles, signées des résidents et remontées par les professionnels attentifs.

Une piste de progrès importante existe néanmoins : il n'existe pas de procédure de recueil de la satisfaction ni d'enquête annuelle de satisfaction. La seule enquête réalisée est celle utilisée pour l'évaluation interne en 2012 (les résultats n'avaient pas été diffusés aux usagers et familles). En outre, la bonne pratique des réunions mensuelles des familles sur Bois d'Olive peut être adaptée à l'établissement. Cependant, l'éloignement géographique de l'établissement peut porter préjudice au bon fonctionnement de ces réunions.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés via la mise à disposition d'un registre des réclamations – cependant, celui est inutilisé. En effet, les familles préfèrent en discuter directement avec la cadre ou la direction plutôt que s'engager dans une procédure qu'ils considèrent trop lourde au regard de leurs demandes.

Par contre, ce document permet de garantir une bonne traçabilité, puis une analyse consolidée et enfin la définition d'actions correctives.

La gestion documentaire

De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD de Bras Long. Ces éléments sont correctement accessibles dans des classeurs en salles de soin, dans les offices alimentaires et au rez-de-chaussée – et en lien avec l'outil PSI. **Ils sont globalement bien connus des professionnels.**

Toutefois, la gestion documentaire est peu structurée. Il n'existe pas de réelle pyramide documentaire, procédure des procédures au sommet, liste des procédures et suivi des mises à jour nécessaires, homogénéité de contenu des points de mise à disposition des procédures, etc.

Les grands enjeux se dessinant quant à la gestion documentaire sont les suivants :

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

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 mise à disposition (classeurs placés en salle de réunion sur l'étage administratif **et d'une exploitation au sein de l'EHPAD**, notamment à l'occasion des grandes démarches structurantes de l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne). **Par ailleurs, les RBPP sont implicitement mobilisées** lors des réunions d'équipe, lors des réunions Bienveillance tous les 2 mois, ou lors des formations.

Toutefois, lors de la visite sur site, les professionnels ne savaient pas à quoi correspondaient les « recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm ». L'établissement devra ainsi prévoir la présentation des RBPP et revoir leur mode de mise à disposition au sein de l'établissement. Le travail d'appropriation du contenu doit également être poursuivi. Comme sur Bois d'Olive, le projet d'établissement pourra dédier un paragraphe à la présentation de l'Anesm et ses RBPP.

4.1.3 Le parcours de l'utilisateur

Le processus d'admission et d'accueil

Accueil physique et téléphonique

L'accueil téléphonique de l'EHPAD de Bras Long est géré par le secrétariat de Direction du lundi au vendredi (et un contrat d'avenir le mercredi), de 8h30 à 15h30 en journée continue. En dehors de ces horaires, les appels sont transférés vers les portables des infirmières, de sorte que l'accueil téléphonique soit effectif 24h/24. La continuité est aussi assurée le week-end et jours fériés.

L'accueil physique est également assuré par la secrétaire de direction depuis son bureau qui ne se trouve pas dans le hall d'entrée. Ce dernier est large, pourvu de sièges poutre et d'une table basse d'un côté et d'une table ronde de l'autre côté. Il donne sur deux bureaux : un bureau d'accueil ~~totallement inutilisé~~ utilisé par l'animatrice en contrat d'avenir, trois jours par semaine et un deuxième occupé par l'assistante sociale les jeudis et vendredis. Les conditions matérielles d'accueil physique ne sont donc pas satisfaisantes (pas de personnel dédié ni de zone d'accueil bien repérée, lieu froid, difficulté à comprendre où se trouve le bureau de la secrétaire de direction, etc.). De surcroît, le week-end, la continuité n'est pas assurée. Il n'y a aucun professionnel présent sur toute la partie du bâtiment par lequel l'entrée dans l'établissement se fait.

Processus d'admission

Le processus d'admission est identique à celui de Bois d'Olive, 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 livret d'accueil de la structure. **Une liste d'attente existe**, groupée sur les trois EHPAD du pôle. Elle est tenue à jour par les deux assistantes sociales du pôle, premier interlocuteur des postulants (rôle d'information et de déclenchement du processus d'admission).

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 :

- Renseignement des dossiers social et médical de pré-admission ;
- Visites de pré-admission avec le médecin coordonnateur et la cadre, l'assistante sociale, et la directrice ;
- Inscription sur liste d'attente ;
- Préparation de l'entrée dès qu'une place se libère.

Les documents légaux sont bien remis et explicités au cours du processus d'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie, synthèse du projet d'établissement). Le contrat de séjour est remis et signé dans les 48h suivant l'admission.

Toutefois, un axe d'amélioration est repéré : si le consentement de l'utilisateur/son représentant légal est recherché (obligation réglementaire), il n'est pas formalisé (support spécifique, etc.) - de même que les directives anticipées de la personne ne sont pas recueillies dès l'admission.

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 ou d'une description détaillée dans les documents 2002-2.

L'accueil de nouveaux résidents est bien organisé. Les équipes encadrantes sont **informées** d'une entrée par l'assistante sociale, puis les équipes opérationnelles par la cadre de santé. Un **réfèrent** du nouvel arrivant est désigné parmi les professionnels. Grâce aux différents contacts pris en amont avec l'établissement (visites, rencontres), les équipes peuvent s'appuyer sur le recueil de l'histoire et des habitudes de vie réalisé en pré-admission.

Comme sur Bois d'Olive, une quadruple préparation de l'intégration est prévue : administrative (collecte des documents, établissement du dossier), médicale (derniers liens à établir avec les précédents acteurs de la prise en charge médicale, transmission du traitement à la PUI), du cadre de vie (préparation de la chambre, explicitation du quotidien de l'EHPAD, temps d'appropriation des lieux privés), psychologique (visites rapprochées de la psychologue au début du séjour). Le jour de l'accueil effectif, l'usager est accueilli d'abord par l'assistante sociale ou la cadre puis par l'IDE de son unité de vie et son réfèrent. **Les nombreux temps d'échanges offrent à l'usager une bonne prise de repères dès l'entrée.**

L'établissement pourra néanmoins prendre en compte les pistes de progrès suivantes :

- Les résidents ne sont pas informés de manière formelle de l'arrivée d'un nouvel usager ;
- Il n'existe pas de temps symbolique (pot d'accueil, goûter de présentation, etc.) ni attention particulière (mot d'accueil, bouquet de fleur, etc.) pour marquer l'entrée à l'EHPAD et favoriser les liens et relations avec les autres usagers.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé

L'effectivité des projets personnalisés

Taux de PP élaborés *	Taux de PP signés*	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
36% (29 projets) en 2013	36% (29 projets signés) en 2013	0%
56% (45 projets) en 2014	0 % à date d'évaluation	

*Chiffre transmis par l'établissement

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 29 projets en 2013 et 45 projets ont été élaborés.

La réactualisation des premiers projets était sur le point de démarrer.

Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure. Elles sont également détaillées dans le projet d'établissement. La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure.

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

- Le réfèrent recueille les attentes du résident et de la famille et les retranscrit dans la trame de projet. Depuis peu, un outil complémentaire a été mis en œuvre permettant un recueil pour les attentes de tous les jours. Le formulaire de recueil des attentes est signé par le résident ou sa famille et scanné dans PSI.

Une réunion de travail pluridisciplinaire (« réunion de projet ») est ensuite organisée. Elle réunit le référent, le la cadre de santé proximité, le médecin, la psychologue, les paramédicaux (ergo et kiné), les IDE. Lors de cette réunion, les professionnels échangent leurs observations et bilans écrits sur la personne, prennent en compte ses souhaits et définissent des objectifs de prise en charge.

Les réunions de projets personnalisés font l'objet d'une planification définie et régulière (2 réunions de 2H par mois).

- A l'issue de cette réunion, le référent met en forme le projet (document type word) et le la cadre de proximité valide.
- Un rendez-vous est ensuite organisé avec le résident/et sa famille pour validation et signature. Ce rendez-vous associe la Direction, la cadre de santé proximité, le référent et/ou l'infirmière co-référente, le résident et sa famille/représentant légal. Le pré-projet est revu, discuté, modifié ou complété en fonction des éléments apportés par le résident et/ou sa famille/représentant légal puis signé par toutes les personnes présentes.

Le contenu du projet personnalisé

Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente contenant les éléments suivants :

- Histoire de vie :
 - familiale,
 - professionnelle,
 - sociale
- les habitudes de vie en termes de loisirs, rythme
- le recueil des attentes et souhaits du résident.
- Le recueil des attentes et souhaits de la famille/représentant légal
- Projet :
 - Prendre soin : objectifs et moyens
 - Vie sociale : objectifs et moyens
 - Activités et loisirs : objectifs et moyens

La consultation d'un échantillon de projets lors de la visite sur site met en perspective la qualité du contenu et l'homogénéité d'un projet à un autre. Les grilles de recueil des souhaits étaient remplies (souhait du résident, souhait de sa famille, souhaits de son représentant légal).

Les projets élaborés sont communiqués via le logiciel PSI et font l'objet d'échanges entre professionnels. Conformément à la procédure élaborée, le projet est aussi transmis à la personne accueillie, son représentant légal, et sa famille.

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.

Suivi et évaluation du projet personnalisé

Le projet d'établissement fait mention d'une réunion d'évaluation annuelle sauf si l'évolution de l'état du résident ne permet plus la réalisation des objectifs validés. Une réunion d'avenant au projet est alors nécessaire pour revoir les objectifs d'accompagnement.

Une grille de suivi et d'évaluation est remplie pour chaque résident. Elle décline pour chaque action du projet, la fréquence, le nombre d'actions prévues/réalisées, les motifs d'actions non réalisées, les conduites à tenir.

A date d'évaluation, la réactualisation des premiers projets élaborés en 2013 était sur le point d'être engagée conformément à l'obligation légale.

La fin d'accompagnement

L'accompagnement de la fin de vie

La gestion des fins de vie fait l'objet d'un paragraphe dans le projet d'établissement, mentionnant la philosophie de l'établissement et ses partenariats en matière d'accompagnement de la fin de vie. **Une procédure a aussi été rédigée dans le cadre des fiches vertes de l'évaluation interne, et une conduite à tenir en cas de décès existe** (17 décès en 2013).

En 2013, 4 personnels ont été formés aux soins palliatifs et tous sont sensibilisés à la gestion de la douleur par l'IDE référente. Ils peuvent également s'appuyer sur :

- L'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement aux Soins Palliatifs du Groupe hospitalier Sud Réunion) qui intervient une fois par trimestre auprès des équipes de l'EHPAD pour des sessions de sensibilisation et retour d'expérience ;
- ASP Sud Réunion, réseau de bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs ;
- La psychologue de l'établissement (soutien psychologique potentiel aux usagers, familles et équipes).

Par ailleurs, **l'établissement procède au recueil des souhaits** des usagers et des familles concernant la fin de vie de même que les souhaits **post-mortem** (obsèques, veille mortuaire souhaitée, cérémonies religieuses à respecter, personnes à prévenir...). Les professionnels ont également pris l'habitude après un décès de se retrouver en réunion avec la psychologue pour parler de la disparition de la personne et revenir sur le dispositif de fin de vie mis en place.

L'EHPAD sera encouragé à poursuivre cette dynamique. Pourra également être mis en place : Un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression programmés de manière réactive et en présence des personnes les plus concernées).

Les réorientations

Les réorientations sont moins plus fréquentes qu'à Bois d'Olive (13 en 2012, 3 en 2013). Il s'agit souvent à Bras Long d'une demande d'orientation vers un autre EHPAD du Pôle ou la Fondation Père Favron, plus accessible – ou bien d'un retour à domicile. L'assistante sociale peut éventuellement aider à la recherche d'un nouveau lieu, ainsi qu'aux démarches administratives. **L'EHPAD communique bien à la structure d'accueil les documents utiles à la continuité de l'accompagnement.**

4.1.4 La qualité de l'accompagnement proposé

Qualité du cadre de vie

Les locaux

Le site de Bras Long est des plus agréables. Situé dans le très charmant village d'Entre-Deux, avec la double vue sur le massif du Dimitile et la mer, son cadre est apaisant. L'EHPAD en lui-même est un bâtiment coloré à l'extérieur et bien décoré et lumineux à l'intérieur. Son jardin aménagé d'espaces verts, d'un bassin, et d'un kiosque est un atout. Un projet d'aménagement d'une terrasse de l'unité Pétrel de Barau (jardin des 5 sens) doit venir encore améliorer le site.

Les locaux datant de 2011 sont adaptés. Ils garantissent **l'accessibilité** et permettent une bonne **individualisation** de la prise en charge grâce à des chambres quasi exclusivement individuelles (une seule chambre double, accueillant deux sœurs) et dotées de salles de bain privées. Les jardins et certains petits salons aménagés dans les étages permettent aussi des **liens et rencontres** entre les résidents. L'établissement est aussi doté d'une salle **Snoezelen**. **En somme, espaces privatifs et collectifs sont de qualité.**

L'entretien des locaux

Comme sur Bois d'Olive, l'entretien des locaux est effectué indifféremment par les ASL, aide-soignants et AMP. Il s'agit là d'un choix de la Fondation Père Favron. En effet, l'ensemble de ces personnels effectue à la fois

toilettes et ménage des chambres. Couloirs, offices alimentaires et bureaux sont entretenus par un prestataire extérieur.

Le ménage des chambres est effectué quotidiennement, en fin de matinée après les toilettes des résidents.

Une traçabilité effective du ménage est en place : dans chaque chambre se trouve une fiche de traçabilité dûment remplie après chaque opération ; PSI est également utilisé pour tracer les passages. Cette traçabilité est vérifiée toutes les semaines par la cadre, qui passe également régulièrement sur les unités pour en vérifier la propreté.

La prestation ménage est également en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité : un classeur de protocole et fiches produit à chaque étage, la formation des professionnels au bio-nettoyage, des contrôles bactériologiques mensuels (lave-vaisselle, assiettes, charriot, sol), les chariots et produits d'entretiens sont stockés dans des locaux sécurisés.

Enfin, la mission d'évaluation a pu constater la propreté des chambres et autres locaux lors de la visite d'évaluation.

L'entretien du linge

L'entretien du linge plat, du linge des résidents et des tenues professionnelles est entièrement externalisé, pris en charge par le prestataire Tounet en livraison sous 24h 48h du lundi au samedi. La lingère à mi-temps de l'EHPAD est en charge de réceptionner le linge propre chaque matin, le pointer, trier et livrer dans chaque étage (sans dispatch), s'assurer du chargement du linge sale par Tout Net depuis le local dédié où les équipes soignantes le déposent. **Les normes d'hygiène et sécurité sont respectées (circuit du linge propre et sale).**

Depuis début 2014, du fait de **pertes importantes de linge qui perdurent, la lingère suit les quantités de linge** envoyées et reçues par le prestataire, par le biais de fiches de comptage du linge sale renseignées pour chaque résident par l'équipe soignante. **Sur Bras Long, la qualité de la prestation pâtit durablement des dysfonctionnements liés au prestataire** : les familles rencontrées ont relayé que beaucoup de linge personnel était perdu, abîmé ou sentait mauvais ; les derniers PV du CVS mentionnent la problématique depuis 2012 et évoquent également une détérioration progressive de la prestation (ex. à ce jour, le linge hôtelier est aussi égaré).

La restauration

La confection des repas de l'EHPAD est effectuée par la cuisine centrale du Foyer Barbot (même site que l'EHPAD de Bois d'Olive), qui livre les trois EHPAD du Pôle gérontologique Roger André (ainsi qu'une quinzaine d'autres établissements de la Fondation du Sud de la Réunion). La cuisine centrale prépare ainsi 1800 repas par jour, allotis pour 57 points de restauration différents, en s'appuyant sur ses 26ETP dont un chef de cuisine, 3 sous-chefs, des ouvriers qualifiés et ASL, 1 secrétaire et 1 magasinier.

Les livraisons des déjeuners et dîners de l'EHPAD s'effectuent 2 fois par jour (11h30 et 17h) en liaison chaude. Les repas sont pris en salon-salles à manger collectifs situés à chaque étage ou bien en chambre. Servis à 12h et 18h, le déjeuner et le dîner durent environ 45 minutes. Le petit-déjeuner est servi entre 8h et 9h : bien que bornée dans le temps, la mission d'évaluation considère que la distribution du petit déjeuner est respectueuse du rythme des résidents compte-tenu des habitudes culturelles à la Réunion (lever très tôt, toilette impérative avant le petit-déjeuner pour ceux qui le souhaitent) et de la flexibilité que sont prêts à déployer les personnels si nécessaire. Une collation à 10h00, un goûter vers 15h00 et une collation de nuit sont prévus. Une **aide au repas** est en place pour les personnes qui le nécessitent (aide humaine), ainsi que de la vaisselle ergonomique.

Les règles liées à la démarche HACCP (contrôles, prises de température, prélèvements) sont bien respectées, tant au niveau de la cuisine centrale qu'au niveau des points de restauration et offices alimentaires. Le respect de la marche en avant est assuré en cuisine centrale et dans les offices alimentaires de l'EHPAD de Bras Long. La cuisine centrale effectue tous les relevés de température nécessaires ainsi que l'échantillonnage de chaque denrée et ses versions en texture modifiée (conservés et détruits tous les sept jours) ; les consignes transmises aux établissements pour faire de même (températures et échantillons) sont rigoureusement respectées à Bras Long, et les classeurs de traçabilité afférents sont dûment remplis. Les professionnels de l'EHPAD disposent

également des procédures d'hygiène et sécurité adéquates dans les offices alimentaires et sont régulièrement sensibilisés/formés aux normes HACCP. Enfin, la cuisine centrale fait l'objet de prélèvements et analyses hebdomadaires aléatoire par un prestataire, ainsi que d'un audit externe 3 fois par an. Le plan d'action qui en découle est suivi lors de réunions régulières.

Les menus, affichés dans l'établissement, sont élaborés par la cuisine centrale sur un cycle de 5 semaines, mais ne sont pas validés par une commission de restauration et une diététicienne. Les repas sont confectionnés dans le **respect des régimes individuels** avec des préparations et textures particulières adaptées le cas échéant (normale, hachée, mixée). Les habitudes alimentaires culturelles et cultuelles sont également respectées (ex. sans porc) et des plats de substitution sont disponibles. Enfin, de plus en plus **d'événements particuliers et festifs** sont marqués par un menu spécial : une grille de menus complémentaires a été mise en place (ex. repas à thème « Chine »). Le gâteau d'anniversaire est en revanche prévu par l'établissement.

Les questions relatives à la restauration sont abordées en CVS : les représentants des usagers et familles y ont souligné leur satisfaction quant au bon goût des repas. Ceux-ci ainsi que les résidents et familles rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation ont néanmoins fait part d'une satisfaction plus relative quant à l'équilibre alimentaire et la variété des repas proposées, l'assaisonnement et la cuisson des mets.

Les éléments de réflexion/pistes d'amélioration à considérer sont les mêmes que sur Bois d'Olive. Pour rappel :

- **La cuisine centrale ne dispose pas de diététicienne.** Si la cuisine centrale dispose d'un logiciel permettant le suivi des apports alimentaires, l'équilibre des repas reste un point de questionnement de la mission d'évaluation. Tenant compte des habitudes alimentaires très fortes à la Réunion (le riz à la base de l'alimentation, le « grain » et un « cari » à chaque repas), la mission souhaite cependant encourager la cuisine centrale à poursuivre ses efforts sur la variété des denrées et l'équilibre des repas. A noter qu'un audit sur le public des personnes âgées avait déjà entraîné la modification des plans alimentaires (apport en laitage, légumes crus, fruits...);
- **Les résidents ne sont pas associés à la prestation** par le biais d'une commission restauration ou menu (la mise en place de telles commissions est toutefois prévue par la cuisine centrale pour 2015);
- **L'horaire du dîner (18h) et du petit-déjeuner (8h)** ne permettent pas de respecter le temps de jeûne nocturne recommandé par la HAS (inférieur à 12h)
- **La cuisine centrale a émis des doutes sur l'actualisation effective de la liste des régimes spécifiques** par les établissements qu'elle livre (50% des résidents déclarés comme nécessitant un régime spécifique). La mission d'évaluation l'encourage à déployer son plan d'action pour y remédier (mise en place du logiciel Salamandre dans chacun des établissements).

L'observation d'un temps de repas à l'EHPAD et un autre au PASA a permis de noter le bon déroulement de ce moment de la journée des résidents. Il existe une salle à manger par étage et une salle à manger utilisée spécifiquement par le PASA. Ces repas sont pris en petit collectif sous la responsabilité d'un personnel soignant en charge de la prise des températures, du service, de l'aide éventuelle au repas voire du suivi des ingestats en cas de dénutrition, puis du nettoyage du point de restauration.

Les résidents disposent d'une place habituelle sur des tables de 2, 4 ou 6 – une dizaine au PASA. L'ambiance des repas est relativement animée et agréable. Les rythmes de chacun sont respectés et un accompagnement est proposé aux personnes qui le nécessitent, tandis que d'autres sont stimulées. Les quantités de nourriture distribuées sont suffisantes.

L'accompagnement proposé

Les soins

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

Le projet de soins est formalisé dans le projet d'établissement de l'EHPAD élaboré par le médecin coordonnateur, en associant l'ensemble de l'équipe soignante. Il est réactualisé tous les 5 ans.

Le Médecin Coordonnateur assure une présence à hauteur de 0,7ETP. En possession d'un DU de gérontopsychiatre, elle est aussi le médecin traitant de tous les résidents sauf un. **Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF sont bien mises en œuvre sur l'établissement :**

- un avis médical est donné sur les **admissions** : le médecin coordonnateur participe à toutes les admissions, et donne son avis sur les demandes à l'étude (catégorisation sous 4 profils : en perte d'autonomie, très dépendant, troubles psychiatrique, troubles cognitifs déambulants). Elle veille notamment à la compatibilité de l'état de santé du candidat avec les capacités d'accompagnement de l'institution – mais dans l'absolu l'établissement fait preuve d'une certaine polyvalence : unité Bec Rose pour les personnes **en** perte d'autonomie, unité Pétrel de Barau pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles associés, unité Paille-en-Queue pour les personnes très dépendantes ;
- une **Commission gériatrique** est organisée 2 fois par an. Elle réunit les intervenants internes et externes de l'EHPAD : médecins de l'HAD, UMASP, médecin traitant libéral, rééducateurs, IDE et le médecin coordonnateur qui l'anime. Ces réunions de la Commission gériatrique permettent de faire le bilan de l'année précédente et d'évoquer les projets en cours, difficultés, problématiques et thématiques, etc. ;
- **l'évaluation de la dépendance et des besoins en soins requis est réalisée.** Une évaluation du GIR est réalisée par le MEDEC et avec le concours de l'équipe soignante dès l'admission, puis réévaluée annuellement et en cas d'hospitalisation ou dégradation. Le GMP est synthétisé annuellement : il est stable depuis 2013 (aux alentours de 800). Quant au PMP, il est évalué tous les 2 ans par le MEDEC. On note une légère progression de cet indicateur, de 200 en 2011 à 212 validé en 2013 ;
- **le médecin travaille au partage des bonnes pratiques gériatriques** essentiellement sous forme de rappels lors des revues de cas mensuelles avec l'encadrement soignant (cadre de proximité, IDE, rééducateurs) ou des réunions de projet personnalisées bimensuelles. Par ailleurs, de multiples référents ont été nommés au sein de l'établissement sur des thématiques de soins (ex. déglutition, plaies et cicatrisation, douleur, etc.) ;
- **le médecin contribue à la définition et à la mise en œuvre du plan de formation** en coordination avec la Directrice (cf. Politique de formation *infra*) ;
- **une veille sanitaire est assurée** : par la formalisation et mise en place de procédures, et les signalements ad hoc à l'ARS en cas d'épidémie conjoncturelle. Le DARI a aussi été réalisé mais ne comporte pas de plan d'action ;
- **le médecin coordonnateur veille à renforcer la continuité des soins** : des procédures d'urgence ont été complétées (fugue, hospitalisation, décès...) ; une convention de partenariat est établie avec l'UMASP, l'UCC du Tampon, l'UHR de la Possession, une autre en cours de signature avec le CHU-GHSR de St Pierre (pour les hospitalisations d'urgence et une aide sur le versant psychiatrique), etc. ; et des liens fluides existent avec les intervenants libéraux (podologue, orthophoniste, médecin traitant, kinésithérapeute, etc.). D'autres partenaires interviennent au bénéfice de la continuité de l'accompagnement à Bras Long : l'ARAR-HAD, l'HAD-ASDR, les bénévoles de VMEH, etc. **Ce dispositif permet de répondre adéquatement aux besoins sanitaires du public de l'EHPAD.** A noter qu'une Equipe mobile Psychogériatrique va prochainement être créée au CHU ;
- **le médecin coordonnateur a collaboré à la mise en œuvre du réseau gérontologique** Sud Réunion. Or, le projet a été stoppé récemment ;
- le médecin coordonnateur établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale ;
- le médecin coordonnateur veille à la constitution d'un dossier de soin pour chaque résident ;
- en tant que médecin traitant et médecin coordonnateur, il établit évidemment des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement et pas seulement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux.

Toutefois, certains aspects de la réalisation des missions du médecin coordonnateur sont perfectibles :

- le **projet de soins** n'a pas de dimension programmatique, il n'énonce pas d'objectifs à mettre en œuvre et évaluer ;

- le DARI n'a pas donné lieu à un plan d'action suivi dans le cadre de la **veille sanitaire**.

L'organisation et la coordination des soins

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin coordonnateur, également médecin traitant de tous les résidents, qui assure les prescriptions sur PSI. IL en est de même pour le seul médecin traitant libéral, qui a accès à distance à PSI et se déplace si besoin sur l'établissement.

La coordination des soins est assurée par la cadre de proximité: gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin, les rééducateurs, les soignants et la direction, coordination avec les intervenants extérieurs (et bénévoles), coordination avec les familles.

L'organisation mise en place permet d'assurer une bonne continuité de l'accompagnement. L'organisation horaire et la présence des professionnels se présentent comme suit :

- L'équipe infirmière : 2 IDE simultanément présentes le matin et l'après-midi de 7h à 17h (3 postes) et 1 IDE de nuit de 20h à 6h ;
- Les personnels soignants (AS/AMP/ASL) :
 - o Bec rose : 2 à 3 personnels matin et après-midi, un de moins l'après-midi ;
 - o Paille-en-Queue : 4 à 5 personnels le matin, un de moins l'après-midi ;
 - o Péterelle de Barau : 3 personnels le matin, un de moins l'après-midi ;
 - o 2 personnels de nuit (binôme AS-ASL) de 20h à 6h.

L'intervention des autres professionnels associés aux soins est bien organisée :

- **L'ergothérapeute** est présente du lundi au vendredi sauf lundi et vendredi après-midi (0,8ETP). A l'accueil d'un nouveau résident, elle s'entretient avec la personne pour dresser l'état des lieux de ses besoins, attentes, niveau d'apathie. L'ergothérapeute propose une activité par demi-journée sur l'EHPAD (activité cuisine, activité cognitive, gym douce,...), dont 2h de gym douce par semaine sur le PASA et un temps d'atelier cognitif plus court. Cette rééducatrice est mobilisée sur le projet de jardin thérapeutique. Elle gère également la mise à disposition du matériel adapté, le parc de fauteuil roulant à la sortie d'un résident, le matériel de positionnement (ex. coussins de positionnement anti-escarre), le matériel spécifique (vaisselle adapté), leur entretien, le lien avec les fournisseurs, etc. ;
- **La masseur-kinésithérapeute** vient d'intégrer l'établissement à date d'évaluation. Elle est présente à hauteur de 0,7ETP, du lundi au vendredi en début de journée. Elle reprend actuellement toutes les ordonnances des résidents. Elle établira à l'avenir des bilans d'entrée pour tout nouveau résident et intervient déjà sur du suivi individuel (kiné de marche, kiné respiratoire, massages pour douleurs chroniques). Pour ce faire elle dispose d'une grande salle de kinésithérapie équipée. L'ancien kinésithérapeute intervenait aussi au PASA 2h par semaine pour un atelier équilibre et parcours (12 à 15 personnes) – activité qui pourra certainement être réorganisée en lien avec la psychomotricienne ;
- **La psychomotricienne** est présente à hauteur de 0,6ETP uniquement sur le PASA (présente lundi, jeudi, vendredi), dont elle est référente. La psychomotricienne effectue en théorie un bilan psychomoteur des résidents à leur entrée à l'EHPAD – le retard sur cette démarche est en train d'être comblé. Au PASA, elle propose des ateliers de gym douce, chant et danse, mémoire (avec l'ASG), et repas. Elle est accompagnée au Pôle de 3 ASG qui se relaient dans la journée. Le rythme du Pôle d'Accompagnement Spécialisé est différent le matin et l'après-midi : la psychomotricienne a impulsé des activités motrices en début de journée, et plus apaisantes en fin de journée ;
- **La psychologue** est présente jeudi et vendredi sur la structure (0,4ETP) pour : des entretiens individuels dans le cadre de la pré-admission, une semaine après l'entrée, puis en fonction des demandes de l'équipe ; quelques suivis sur le long-terme ; des entretiens avec les familles ; la participation aux projets personnalisés, la conduite des réunions de deuil avec les équipes, l'animation de l'atelier réminiscences le vendredi matin sur le PASA.

La formalisation des soins est de qualité :

- Les **plans de soin** sont formalisés par les IDE au début de la prise en charge, sur PSI, puis ajustés par les IDE mais aussi les AS/AMP sur certaines dimensions ;
- Des **protocoles de soins individualisés et prescriptions infirmières** (bonnes pratiques individuelles de réalisation des soins et Humanitude) sont formalisés et disponibles sur PSI ;
- L'ensemble de l'équipe soignante effectue une **traçabilité des soins** alimentant ainsi directement le dossier du résident (dossiers patients informatisés, ordinateur disponible à chaque étage).

La traçabilité de la distribution des médicaments sur le logiciel métier PSI est toutefois plus partielle : les AS/AMP suppléants aux IDE sur cette tâche ne souhaitent pas tous signer leur distribution.

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

La personnalisation de l'accompagnement soignant est effective : plans de soin individualisés par résident, protocoles de soin spécifiques, prescriptions infirmières individualisées, etc. Un système de référent pour chaque résident a également été mis en place. Celui-ci est nommé dès l'admission et participe à l'élaboration du projet personnalisé. C'est généralement lui qui effectue les soins et le ménage de la chambre de ses référés, même si d'autres membres de l'équipe interviennent aussi auprès de ces derniers (principe de non exclusivité).

Les équipes ont également le souci de prendre en compte les habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents (ex. adaptation aux heures de lever et coucher des résidents, possibilité de prendre ses repas en chambre ou en salle à manger, de ne pas prendre sa douche, de laisser dormir un résident plus tard, de prendre une collation plus tard, etc.). **Pour autant, cette prise en compte est encore partielle, l'organisation n'est pas encore entièrement tournée vers la personnalisation des prestations.** A titre illustratif, la distribution des petits déjeuners est effectuée sur un mode chronologique, le chariot passe de chambre en chambre à heure fixe. De la même façon, même s'il est possible ponctuellement de laisser un résident dormir, de décaler un soin ou une toilette, le passage en chambre a également tendance à se faire sur un mode chronologique ; **les plans de soins n'intègrent pas des heures auxquelles distribuer le petit déjeuner, réaliser la toilette ou le soin,...**

Les pratiques et les postures professionnelles sont de qualité au sein de l'EHPAD Bras Long, les salariés sont à l'écoute des résidents. Tous ont bénéficié de la formation Humanitude. Les différents temps d'observation et les entretiens menés durant l'évaluation mettent en avant la qualité et l'éthique des équipes de l'établissement. **La réalisation des soins au quotidien favorise le maintien ou la stimulation de l'autonomie** des résidents (verticalisation quotidienne, toilette debout, habillage...).

La prise en compte des thématiques de soin spécifiques

L'accompagnement prend en compte de manière satisfaisante les thématiques de soins gériatriques suivantes :

- **Concernant la prévention des chutes**, un protocole spécifique a été rédigé. Le signalement des chutes est systématique, effectué par l'équipe infirmière sur le logiciel PSI, imprimé et signé du MEDEC puis consigné dans un classeur de chutes. Une analyse est réalisée annuellement par le MEDEC (causes, cas particuliers, liens avec les thérapeutiques), différentes actions préventives et correctives sont mises en place (vigilance sur l'iatrogénie éventuelle du traitement, vue et chaussage, éclairage, etc. Le syndrome post-chute (peur de tomber à nouveau, évitement de la marche, marche en rétropulsion) est systématiquement pris en charge par le kinésithérapeute ;
- **Un protocole formalisé de prévention et de suivi des résidents souffrant de dénutrition est bien en place au sein de l'établissement.** Un suivi mensuel du poids est assuré pour tous les résidents, ainsi qu'un bilan tous les 6 mois (IMC, albumines, etc.), et un suivi plus intense en cas de dénutrition. La mise en place d'un régime alimentaire adapté est alors déclenchée (compléments alimentaires, textures adaptées, ...). Une liste des régimes est établie par le médecin coordonnateur. **Un suivi quantifié des ingestats est prévu dans les transmissions PSI (en % du repas).** A noter également la bonne pratique d'organiser un COPIL nutrition une à deux fois par an au sein de l'EHPAD ;
- **Un protocole en matière d'hydratation** est effectif sur l'établissement (bien qu'informel), des solutions telles que l'eau gélifiée sont essayées en cas de difficulté. **Un suivi quantifié de la consommation d'eau est prévu dans les transmissions PSI ;**

- **Un bilan incontinence** est réalisé au cours des deux mois d'observation suivant l'admission, puis réévalué régulièrement. La pose de protection fait l'objet d'un suivi (sur PSI : couches souillées ou pas, présence de sang, etc.). Par ailleurs, préserver la continence des résidents fait l'objet de l'attention des équipes. La prévention de l'incontinence est assurée par une mise aux toilettes régulière (plusieurs fois par jour pour chaque résident) et **prescrite dans les plans de soins** (« accompagnements WC ») ;
- Le public accueilli à l'EHPAD est concerné par la problématique de la **désorientation, maladie d'Alzheimer** et troubles apparentés. Les troubles sont évalués à l'entrée dans l'institution puis pendant la période d'observation de 2 mois. Les équipes sont formées, et des projets spécifiques d'accompagnement sont mis en œuvre. Enfin, les locaux permettent une bonne déambulation ;
- **Un protocole a été rédigé pour encadrer la mise en place de contentions**. Toutes ces mesures sont consignées dans un classeur. Les contentions sont mises en place à la suite d'une réflexion commune de l'équipe, seulement s'il y a un risque de chute trop important (rapport bénéfice-risque défavorable) ou à la demande d'un résident (et en l'absence de contre-indication). Les contentions chimiques en particulier ne sont pas multipliées. Les prescriptions médicales de ces mesures sont systématiques, mais **valables sans date d'arrêt** (contrairement à la réglementation) ;
- **Une procédure existe sur le thème de la douleur**. Les équipes ont été sensibilisées par une **IDE référente douleur**, à l'utilisation des échelles Algoplus et Doloplus, et des trois paliers de l'OMS. Des prescriptions anticipées existent, notamment pour les cas de fin de vie. La présence de douleur est tracée sur PSI, remontée en transmission par les équipes, de sorte que **les délais de prise en charge de la douleur n'excèdent jamais 24h**. De plus, l'intervention de la psychologue, l'usage de la salle Snoezelen peuvent aider à surmonter les douleurs chroniques ;
- **La procédure sur l'accompagnement de la fin de vie est en cours d'écriture** et précisera les différentes modalités d'intervention et les différentes étapes de l'accompagnement avec le rôle de chacun. Une conduite à tenir en cas de décès existe au niveau du pôle. **La gestion des fins de vie fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire** au cas par cas lors d'une réunion médicale exceptionnelle venant établir un projet de fin de vie (formalisé dans le compte-rendu de réunion). Un **accompagnement adapté** (évaluation de la douleur, prévention des escarres, passage en doublon...) est mis en place par l'équipe soignante. Les partenariats avec l'UMASP, l'ARAR-HAD, et l'ASP Sud Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs) sont en place : à noter que l'UMASP vient sensibiliser les équipes une fois par trimestre sur cette thématique. L'accompagnement des résidents, en fonction des croyances et des souhaits (ex. extrême onction), est effectif. L'établissement dispose d'un salon mortuaire et une aide psychologique est proposée aux résidents, familles et salariés (réunions de deuil avec les équipes).

Toutefois, quelques axes de progrès sont identifiés :

- En 2013, **294 chutes pour 46 résidents** (sur 100 personnes accueillies) sont recensées. Le chiffre est certes à mettre en lien avec la politique de promotion de l'autonomie de l'établissement (verticalisation et liberté d'aller et venir) et avec le fait que tout résident retrouvé au sol est considéré comme chuteur. Au demeurant, le nombre de chutes reste extrêmement élevé au sein de l'établissement (6,4 chutes par chuteur en moyenne) et **questionne la mission d'évaluation sur la gestion du paradoxe entre promotion de l'autonomie et droit à la protection** ;
- **La prévention et le traitement des escarres**. Bien que l'établissement dispose de matelas à mémoire de forme et autres aides techniques, en 2013, **20 escarres ont été acquises au sein de l'établissement** (sur 10 résidents). Des pistes d'actions peuvent être envisagées : rédiger une procédure, mettre en place l'échelle de Norton (pour l'évaluation du risque d'escarre), veiller à ce que les personnels effectuent les gestes de prévention (massages, changements de position, etc.) ;
- Les **contentions** sont établies pour une durée indéterminée.

La vie sociale et culturelle

La fonction animation (hors PASA – cf. supra) ne bénéficie pas d'un poste budgété d'animatrice (Ce poste est prévu, mais les difficultés rencontrées suite aux désaccords avec le C.G. ont provoqué le gel du poste, faute de financement. **Pour compenser, l'EHPAD a recruté une animatrice en CAE, solution non pérenne**. En cours de formation BPJEPS, elle est présente 3 jours par semaine sur l'établissement (du mercredi au vendredi) ; elle passera à 5 jours de présence par semaine début 2015 (fin de sa formation en décembre 2014). Son action est

complétée des animations ponctuelles des **équipes soignantes** dans chaque unité (postes de 8h à 15h, ou 9h à 16h) en fonction du temps restant disponible dans leur journée.

La fonction animation est cadrée par un paragraphe dédié au sein du projet d'établissement. Les projets d'activité sont écrits et comprennent une partie décrivant l'activité, une partie sur l'objectif recherché, les moyens humains et matériels et financiers nécessaires et enfin une partie sur le déroulé de l'activité et l'évaluation qui en sera faite une fois l'activité réalisée. Tous les projets sont regroupés dans un classeur gardé par l'animatrice. L'animatrice dispose d'une salle dédiée et budget animation.

L'animatrice propose quelques **animations récurrentes** (réitérées de semaine en semaine) : Jeux de société, atelier cuisine/pâtisserie, mise en beauté, lecture du journal, activités manuelles, ballade avec une personne et goûter dansant tous les vendredis après-midi. Chaque animation est effectuée en **petit collectif** de 4 à 8 personnes, indiquées à l'animatrice par la cadre de service proximité (en fonction de leur projet personnalisé et selon leurs envies)

Tous les mois, l'animatrice fait parvenir à la cadre un récapitulatif des activités réalisées et pour chaque résident un compte rendu de comment s'est déroulée l'activité. Ces mêmes informations sont également saisies dans le PSI dans le dossier de chaque résident concerné.

Des **intervenants extérieurs** viennent appuyer le dispositif interne, sur les volets animation et vie sociale : venue des bénévoles de l'association de visiteurs VMEH, d'un coiffeur, d'un musicien bénévole, d'une association de danse country une à deux fois par an, de l'association Cris de joie une à deux fois par an, etc.

Les temps d'animation tiennent compte du **rythme des résidents** : respect de la sieste, participation aux activités stimulées, mais restant optionnelle et livrée au choix du résident, etc.

La prestation animation est jugée insuffisante par la mission d'évaluation. Plusieurs points sont à améliorer :

- Une offre encore insuffisante au plan quantitatif et qualitatif (diversité des supports) ;
- L'absence d'articulation entre les temps assurés par l'animatrice et ceux assurés les soignants (2 offres distinctes non coordonnées et articulées) ;
- L'association des résidents à la définition des animations par la mise en place d'une commission d'animation avec la participation de résidents ;
- L'association des familles à la fonction animation (en soutien de l'animatrice), ~~comme sur Bois d'Olive~~ ;
- La mise en œuvre de la continuité de la prestation le weekend ;
- La poursuite de l'effort de mobilisation des résidents qui ne viennent pas au PASA ;
- La communication sur les animations réalisées (affichage de comptes-rendus d'animation) ;
- La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation de l'animation (au plan quantitatif et qualitatif).

La coordination de l'accompagnement

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

Les réunions

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

- Les réunions d'unité bimestrielles : elles ont lieu en présence du MEDEC, de la cadre de santé, des rééducateurs, de la psychologue, des IDE et des soignants. Ces réunions permettent la passation d'informations tant sur le fonctionnement que sur l'institution, la remontée des besoins des équipes à l'encadrement et de leurs remarques sur le fonctionnement ;
- Les réunions mensuelles de l'encadrement soignant : elles réunissent le MEDEC, la Cadre de santé, les rééducateurs et les IDE. Elles permettent de passer en revue les cas d'accompagnement les plus complexes éprouvés pendant la semaine, des sujets de fonctionnement généraux (ex. organisation de la traçabilité), les bonnes pratiques gériatriques ;
- La réunion de projet personnalisé un jeudi sur deux : en présence du MEDEC, de la Cadre de santé, des rééducateurs, des deux IDE référentes de la démarche, des référents PP (cf. Projet Personnalisé *supra*) ;

- Les réunions de PASA : en présence du MEDEC tous les 3 mois et tous les 6 mois avec la directrice ;
- Les réunions Snoezelen : tous les 3 mois se réunit l'équipe des 10 personnes formées, et tous les 6 mois la cadre de proximité se joint à eux (échange de pratiques, évocation des difficultés, fonctionnement...).

La dynamique de fonctionnement des réunions apparaît relativement satisfaisante : si les ordres du jour ne sont pas transmis à l'avance, la fréquence des réunions est constante, des comptes-rendus et relevés de décision sont édités (sur PSI).

Les transmissions

Les transmissions orales surviennent à plusieurs moments de la journée :

- A 5h50 entre veilleurs et équipe de jour (10 min) ;
- A 13h entre les équipes du matin et de l'après-midi d'une part, et entre les infirmières d'autre part (15 min) ;
- A 19h50 entre personnel de jour et veilleur (10 min).

Les IDE, aides-soignants, AMP et ASL y participent.

La mission d'évaluation relève que les temps de transmission ne sont pas institués et inscrits dans le planning - l'organisation horaire théorique ne prévoit pas de temps de chevauchement. Cette situation résulte de l'absence d'accord lors de négociations avec les représentants des IRP. **La mission relève l'incongruité de la situation** dans la mesure où, dans la pratique, ces temps de transmissions sont réalisés par les professionnels : ceux-ci arrivent avant leur horaire de démarrage théorique ou restent un peu au-delà, pour assurer les transmissions jugées par tous indispensables à la continuité et la coordination de la prise en charge.

Les transmissions écrites sont effectuées dans le logiciel PSI dont l'ensemble du personnel maîtrise l'utilisation : les 3 transmissions orales y sont systématiquement reportées. Les lieux de saisie des transmissions dans le logiciel garantissent la confidentialité des informations.

L'observation du temps de transmission de 13h au cours de la visite sur site met en évidence des pratiques globalement de qualité sur le cadrage du temps, les prises de parole, le contenu. Deux transmissions séparées ont lieu pour les IDE (dans un bureau) et les AS/AMP/ASL (dans un autre bureau) :

- *La transmission des IDE se déroule listings à l'appui et les infirmières sont assises ;*
- *La transmission des AS/AMP/ASL a lieu pour tous en un lieu unique de rassemblement, permettant à tous de se tenir au courant de la vie des autres unités. Certains professionnels prennent des notes.*

Toutefois, plusieurs considérations posent question à la mission d'évaluation :

- *Le principe même de séparation des IDE et des AS/AMP/ASL est préjudiciable à la bonne coordination pluridisciplinaire des unités ;*
- *Les arrivées en transmission des AS/AMP/ASL se sont faites de manière très échelonnée. Ce manque de ponctualité des professionnels annule le bénéfice de procéder à une transmission commune à toutes les unités ;*
- *La transmission des AS/AMP/ASL ne se déroule pas dans de bonnes conditions : les agents ne sont pas assis, ne prennent pas de notes, n'ont pas le listing complet des usagers sous les yeux.*

Le dossier de l'usager

Un dossier individuel est créé pour chaque résident. Le dossier de soin est informatisé sur le logiciel PSI selon une trame homogène : et le dossier papier est mis à jour progressivement. En effet, bien que la majorité des informations soient saisies ou retranscrites sur PSI, l'établissement a besoin de conserver une version papier pour stocker l'ancien dossier médical du patient (aussi sur PSI) et toutes les évaluations ou déclarations de chutes (impossible à consulter sur PSI après un certain temps), de même que les documents afférents au dossier social ;

Les modalités de conservation et de gestion des dossiers permettent d'assurer le respect de la confidentialité :

- le dossier de soin informatisé fait l'objet de droits d'accès différenciés selon les professionnels ;

- le dossier ~~médical~~ papier est conservé sous clé dans le bureau ~~du médecin coordonnateur~~ médical de Bec Rose (pour les résidents des unités Bec Rose et Paille en Queue) et dans le bureau du responsable infirmier de Pétrél de Barau. Il n'est accessible que du personnel habilité ;

La mission d'évaluation pointe une bonne utilisation au quotidien du logiciel PSI par les équipes soignantes, permettant ainsi une bonne coordination et continuité des interventions. Le logiciel est aussi directement connecté à l'ordinateur du médecin traitant libéral avec qui la communication est optimale.

Le droit de consultation du dossier par le résident fait l'objet d'une sous-partie dans le règlement de fonctionnement, aucune demande n'a à ce jour été formulée par les usagers.

Deux points d'amélioration sont néanmoins identifiés :

- formaliser la composition précise des différentes parties du dossier de l'utilisateur : documents et données précises structurant le contenu ;
- préciser les modalités de consultation du dossier par l'utilisateur et les communiquer (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).

4.1.5 L'effectivité des droits des usagers

Le respect des droits fondamentaux

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

L'établissement **est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2**. Les différents documents obligatoires sont réalisés et portés à la connaissance des familles et usagers dans la période d'admission.

Le livret d'accueil de l'EHPAD remplit correctement sa vocation d'information de l'utilisateur et des familles. Il reprend les éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004⁹ : locaux, équipes, prestations, vie de l'établissement, participation des usagers, formalités d'admission... Des précisions pourraient y être ajoutées comme la liste des personnes qualifiées et les modalités pratiques de leur saisine. Le livret est illustré de quelques photographies. Toutefois, une meilleure adaptation à la compréhension des personnes accueillies est possible.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie (dans sa version « personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ») est affichée dans les locaux et annexée au livret d'accueil (arrêté du 8 septembre 2003 – loi du 2 janvier 2002).

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Le contrat de séjour est signé le plus souvent par le résident ou par son représentant et la Directrice dans les 48h suivant l'admission. Il est classé dans le dossier administratif de l'utilisateur. **Le contrat de séjour pourrait être davantage personnalisé**, en fonction notamment du projet de vie du résident - conformément au décret qui prévoit « la définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge » dans ce document.

Le règlement de fonctionnement est remis à chaque usager et son représentant avec le livret d'accueil. Il correspond bien aux éléments contenus dans **le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003** relatif au règlement de fonctionnement. Il précise notamment les obligations et droits réciproques de l'utilisateur et de l'institution. Il décrit aussi le fonctionnement de la résidence et des règles de vie collectives, les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement quand elles ont été interrompues, etc. L'utilisation d'un support plus ludique (plaquette, images...) et la présence de pictogrammes est cependant à étudier. **Il doit également être affiché** dans l'établissement et mis à disposition du personnel.

⁹Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

Les modalités concrètes d'exercice des droits

Le droit d'expression et de participation

Le Conseil de vie sociale (CVS)

Un CVS existe sur l'établissement, il fonctionne globalement en conformité avec le cadre légal :

- il s'est réuni 3 fois par an en 2012 et 2013 ;
- il est composé à plus de 50% de représentants des résidents et familles ;
- ses membres sont élus ;
- la présidente est une résidente ;
- l'ordre du jour est soumis à la présidente du CVS. Des convocations sont envoyées aux participants avec l'ordre du jour et des comptes-rendus sont élaborés, envoyés aux participants, et affichés dans l'établissement.

La dynamique de l'instance est assez bonne : les sujets abordés sont variés (informations et questions des représentants sur la vie de l'institution, organisation, etc.) ; les représentants d'usagers et familles sont impliqués. Ils bénéficient d'un accompagnement à la compréhension de l'outil et de leur fonction au sein de l'instance ; des réponses et améliorations sont apportées. Les familles rencontrées ne participant pas au CVS ont eu connaissance de son existence et de sa fonction, à travers l'affichage des comptes rendus, lors de réunions d'information, de courriers (envoi des comptes-rendus).

Les administrateurs de la Fondation sont très attachés au fonctionnement des CVS. Ils organisent chaque année une rencontre entre le Conseil d'Administration, les directeurs et tous les présidents des CVS de la Fondation

Les comptes-rendus de CVS pourraient toutefois faire l'objet d'une présentation orale aux résidents ou d'une autre forme de comptes-rendus adaptée au public.

Autres formes de participation

Les résidents et familles rencontrés ont témoigné de la possibilité de faire remonter facilement leurs remarques et demandes. Ils ont salué l'écoute de la direction et du personnel. Des groupes de parole avaient aussi lieu les années précédentes mais ont cessé.

Toutefois, la mission souligne que dans ce domaine des pistes de progrès existent :

- Il n'existe pas d'**enquête de satisfaction** des résidents et familles. La mission d'évaluation encouragera l'établissement à annualiser cette enquête de satisfaction (et à transformer ses axes en action d'amélioration) ;
- **Il n'existe pas, en dehors du CVS, d'autres formes d'expression collective (ex. commission animation, commission restauration) associant des représentants des résidents ;**
- A noter que la réunion mensuelle des familles instaurée à Bois d'Olive est une bonne pratique qui pourrait être reprise à Bras Long ;
- Il existe un recueil des plaintes et réclamations mais celui-ci n'est pas utilisé par les familles et résidents qui n'en voient pas l'utilité. Les fiches de **signalement des événements indésirables** ne sont pas mises à la disposition des résidents et familles.

Le droit à l'information

L'usager et son représentant légal sont bien informés des décisions qui le concernent (temps d'échange, disponibilité du personnel encadrant et de direction), ses droits à la santé, ainsi que de la vie de l'établissement (outils de la loi 200262, affichages, etc.). La possibilité d'accéder au dossier est également mentionnée dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

Toutefois, la consultation du dossier usager (dont le dossier médical) ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée (cf. *supra*).

Le droit à la protection

Les pratiques des professionnels permettent d'assurer un bon respect de la confidentialité : lieu de transmission fermé, discrétion des professionnels sur l'évocation des situations ou au moment de proposer un soin ou un acte du quotidien à un résident, etc.

Le cadre de vie est contenant et sécurisant. L'enceinte est entièrement clôturée. Par ailleurs, la vulnérabilité des usagers est prise en compte dans l'accompagnement et certains dispositifs concourant à la protection des usagers sont utilisés : des contentions peuvent être prescrites en dernier recours (cf. *supra*). **Toutefois, le taux de chute élevé laisse à penser que la gestion du paradoxe entre promotion de l'autonomie et droit à la protection est déséquilibrée en faveur de la promotion de l'autonomie.**

Le droit à l'autonomie

La libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est permise pour les résidents valides. Toutefois, vue la situation en forte pente de l'établissement, les sorties extérieures sont pour beaucoup conditionnées par l'accompagnement d'un tiers (notamment pour les personnes en fauteuil roulant).

La jouissance des effets personnels est effective au sein de l'établissement : il y a par exemple possibilité d'investir sa chambre avec des meubles personnels.

Enfin, la recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une forte ambition et habitude des personnels soignants : les salariés mettent en œuvre les principes de l'Humanité au quotidien, veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, et rapportent des cas de recouvrement d'autonomie de certains usagers.

Le droit à l'intimité

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents (sauf deux sœurs ayant accepté de partager la seule chambre double de l'établissement). L'espace privatif est bien respecté : les personnels frappent et attendent autorisation avant d'entrer dans une chambre, puis ferment la porte pour réaliser les soins ; l'espace de la chambre est librement investi par les résidents (personnalisation de la décoration) ; le respect des correspondances est bien assuré (distribution en main propre par les soignants et aide éventuelle à la lecture).

Un couple vit actuellement à l'EHPAD dans des chambres et unités séparées, par choix mais également à cause de la pathologie de chacun. Emménager dans une chambre en couple serait possible grâce à la chambre double de l'établissement. Les équipes témoignent d'une certaine prise en compte du droit à la vie affective et sexuelle.

Toutefois, des règles claires n'ont pas été énoncées et ne sont pas connues des usagers et professionnels (pas de formalisation dans le règlement de fonctionnement/projet d'établissement). Les professionnels n'ont pas bénéficié de formation sur le sujet et les usagers n'ont pas été destinataires d'une information sur la question (cf. circulaire).

Le droit à la dignité

Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie (pendant les soins individuels, vigilance sur la nudité, porte fermée, nombre maximal de soignants dans la chambre, etc.), et une attention est portée à l'aspect, l'hygiène, et la tenue vestimentaire des usagers.

L'écoute et l'empathie dont fait preuve l'ensemble des salariés ont été soulignés par les familles et constatés par la mission d'évaluation lors de sa visite sur site.

Enfin, le droit à l'image est organisé dès la signature du contrat de séjour qui invite le nouvel arrivé à signaler son éventuel refus de diffusion de son image au moment de la signature – sans quoi l'autorisation de prise de vue est supposée acquise.

Droit au respect des liens familiaux et amicaux

Le respect de ce droit est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles : les visites de proches sont possibles à tout moment et peuvent impliquer une invitation à partager le repas de l'EHPAD, éventuellement dans une pièce à part ; les résidents peuvent facilement quitter l'établissement pour passer la journée ou davantage avec les leurs ; les chambres spacieuses, les quelques petits salons ouverts et les jardins sont propices aux rencontres entre les familles et leurs proches ; de très nombreux moments festifs sont ouverts aux familles tout au long de l'année.

Les familles sont également impliquées dans l'accompagnement, peuvent formuler leurs remarques à l'oral (personnel à l'écoute), par écrit (feuilles de demande), ou à travers le CVS. La bonne pratique qui a cours à l'EHPAD de Bois d'Olive d'encourager les familles à se constituer bénévoles et intervenir au cours des animations, pourrait être adaptée à Bras Long. Cependant, là encore, l'éloignement géographique de l'établissement peut constituer un frein à l'investissement des familles qui habitent majoritairement sur le littoral.

Pratique religieuse et droits civiques

La vie de la résidence permet la pratique religieuse (très majoritairement de confession catholique, en accord avec les besoins) : un prêtre se déplace une fois par mois pour célébrer la messe ; il est aussi possible de recevoir un ministre du culte en individuel ; le menu du restaurant est adapté en fonction des fêtes (à commencer par le poisson du vendredi) et des éventuels régimes alimentaires. Les rites mortuaires sont respectés. En revanche, il n'existe pas d'espace dédié au recueillement au sein même de l'EHPAD.

L'exercice des droits civiques est aussi une préoccupation de l'établissement : la direction a recensé auprès des familles les résidents inscrits sur liste électorale et a fait venir un officier d'état civil pour enregistrer les inscriptions ; lors des dernières élections municipales, un accompagnement au bureau de vote a été réalisé.

4.1.6 La prévention et la gestion des risques

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. Cette coordination nécessite encore d'être cadrée, affinée, rendue effective et efficace.

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

La dernière commission de sécurité a donné **un avis favorable** à la poursuite d'exploitation de l'EHPAD de Bras Long, le 21 novembre 2013.

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

- Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible pour les services de secours à l'étage administratif ;
- Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations de désenfumage, installations électriques, extincteurs, systèmes d'alarme SSI et éclairage sécurité, issues de secours... ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits de l'établissement ;

- Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité sont réalisées une fois par an (manipulation des extincteurs, SSI, EPI, premiers secours...);
- Une fois tous les 3 mois, l'agent de maintenance (en possession d'une formation SIAP) procède à un exercice d'évacuation;
- Les procédures relatives aux consignes à suivre en cas d'incendie (conduite à tenir en cas d'évacuation) sont formalisées et diffusées aux équipes;
- Les normes HACCP et RABC sont bien mises en place et respectées par les professionnels de l'établissement;
- Un plan bleu est en cours d'élaboration sur le même modèle que celui de Bois d'Olive (référents, protocoles à suivre (déshydratation, canicule), bonnes pratiques de prévention, modalités de gestion de crise...);
- L'établissement dispose depuis peu d'un carnet sanitaire qui sera suivi par l'agent de maintenance (en formation sur la question à date d'évaluation);
- L'établissement a élaboré un document d'analyse du risque infectieux (DARI);
- L'établissement dispose d'une convention pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Les déchets DASRI sont entreposés dans un local sécurisé et convenablement entretenu.

Les points d'amélioration identifiés sont:

- Afficher pour les équipes les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence - et procédure d'urgence;
- Mettre en œuvre les opérations préventives et de contrôle et les tracer dans le carnet sanitaire (ex. relevés de température);
- Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions;
- Finaliser le Plan Bleu et le PCA.

La réalisation et le suivi de la maintenance

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le Service Plans et Travaux de la Fondation. Il peut par ailleurs solliciter l'aide de ses deux homologues de Bois d'Olive et Ravine Blanche, ou à l'inverse leur venir en appui si besoin (souvent le cas du fait d'une problématique de poubelles).

L'agent accompagne les entreprises extérieures, assure la propreté des espaces extérieurs et de l'accueil, du local DASRI et poubelles, la manutention du magasin, équipe les sanitaires, procède aux petits dépannages électriques et aux petites réparations de l'établissement.

A noter que 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.

Maintenance préventive :

Toutes les opérations de maintenance préventive sont **coordonnées, gérées et suivies** au sein du Service Plans et Travaux (contrats cadres de maintenance pour les contrôles périodiques, outils de suivi à l'échelle de la Fondation), en s'appuyant sur l'agent de maintenance sur place.

Une maintenance complémentaire est réalisée en interne : tour quotidien des organes de sécurité, test du groupe électrogène, et bientôt traçabilité des températures d'eau chaude.

Maintenance corrective :

L'ensemble des équipes ~~ten~~ les actions à réaliser sur trois cahiers de travaux présents à chaque unité. L'agent de maintenance intervient ou fait appel au Service Plans et Travaux. Les cahiers permettent une bonne traçabilité de la demande et effectuation des maintenances correctives.

Etant donné le caractère récent de la construction (2010-2011) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état. Cependant, la direction déplore une dégradation importante des peintures

due aux infiltrations à chaque grosse pluie et qui s'aggrave au fil du temps par manque d'intervention d'une entreprise spécialisée dans l'étanchéité.

Quelques axes de réflexion à faire aboutir au niveau du Pôle gérontologique et de la Fondation :

- Le temps des 3 agents de maintenance semble insuffisant pour répondre aux besoins du Pôle (et notamment de Bras Long), principalement du fait d'aller-retours nécessaires à la décharge faute de capacité suffisante des poubelles ;
- La coordination avec le département Plans et Travaux est perfectible. Elle sera améliorée entre autres par la mise en place de l'application mobile smartphone et par l'autonomisation progressive des agents (donc l'allègement des contrôles descendants) qui doivent donc rapidement se déployer - et être complété de communications claires.

La continuité et la sécurité des interventions

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

- **L'organisation du travail qui permet une présence 24h/24** de tous les types de personnels soignants, IDE compris et weekend compris (équipe allégée toutefois). La **veille de nuit est organisée, structurée, est assurée par du personnel soignant et hôtelier** : 3 personnes formées aux gestes de premier secours dont 1 IDE, sont présentes chaque nuit, pour effectuer à minima trois rondes sur l'ensemble des locaux et répondre aux appels des résidents au besoin. Une rotation de tous les personnels sur les postes de nuit est instaurée, faute de volontaires en nombre suffisants ;
- **Un système d'astreinte administrative** pleinement effectif est assuré par la Directrice de Bois d'Olive et celle de Bras Long ;
- **La mise en place des procédures d'urgence** ;
- **Le système d'appel malade installé dans toutes les chambres** ;
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament *infra*) ;
- La **gestion effective des remplacements** (pool de remplaçants) ;
- **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.

La sécurisation du circuit du médicament

Une Pharmacie à Usage Interne (PUI) existe sur le site du foyer Barbot (1 pharmacien, 1 préparateur, 1 personnel logistique). Elle approvisionne les 3 EHPAD du pôle gérontologique, la MAS des Pléiades, le CEAP Albert Barbot et le FAM les Cytises, soit **environ 530 personnes**. Elle assure des préparations au quotidien pour **l'approvisionnement hebdomadaire** des structures (en dispensation globalisée : n comprimés pour un résident, et potentiellement 1 boîte du médicament en question pour plusieurs usagers), et un **réassort possible en réactivité journalière** en cas de modification d'ordonnance. De plus, pour les médicaments dont l'usage est difficile à quantifier (buvables, collyres, antidouleur de niveau 1), les professionnels ont la possibilité de passer commande à part. **L'outil informatique** vient soutenir cette organisation.

Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques de la part du médecin coordonnateur (également médecin traitant de tous les résidents), claires et lisibles sur PSI. Les ordonnances sont transmises instantanément à la PUI par PSI. Après vérification des posologies par la pharmacienne, le stock de réapprovisionnement est calculé, préparé et livré hebdomadairement à l'EHPAD dans un bac scellé. Les « bons de sortie » traçant la livraison sont conservés par l'EHPAD.

Deux armoires à pharmacie sont situées en salle de soins sur les unités Pétrel de Barau et Bec Rose, fermées à clés. Le stock de stupéfiant est bien stocké, suivi et tracé. L'établissement dispose d'un stock tampon de médicaments.

La distribution des médicaments est assurée par les infirmières (après préparation des derniers écrasés et buvables), mais également par les aides-soignants et AMP. Les médicaments donnés la nuit sont distribués par l'IDE de nuit.

La PUI a procédé en 2014 à un diagnostic sur la prise en charge médicamenteuse à l'EHPAD Bras Long. Score de maîtrise des risques : politique de sécurisation du circuit du médicament de l'établissement 75% ; sécurisation de la prise en charge médicamenteuse 89% ; sécurisation du stockage 83%.

A date d'évaluation, si la mission souligne la bonne sécurisation du circuit du médicament mis en place au sein de l'établissement, deux points de vigilance sont soulignés :

- **La traçabilité de la prise des médicaments n'est assurée sur PSI que lorsque ce sont les IDE qui assurent la distribution** – les aides-soignants et AMP refusant d'endosser la responsabilité de l'administration ;
- Il est prévu que les médicaments non consommés reviennent à la PUI, mais cela n'est pas effectif sur le Pôle gérontologique (obligeant à procéder à deux inventaires par an).

Un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents

La conduite à tenir pour le « **signalement des événements indésirables** » a été formalisée, et des fiches sous enveloppe sont disponibles dans l'établissement. Toutefois, en réalité, **ce dispositif se rapporte au signalement des situations de maltraitements, et non des événements indésirables** tels qu'on l'entend communément : petits, moyens ou gros dysfonctionnements touchant l'usager ou l'organisation générale de l'EHPAD (ex. linge sale laissé dans un couloir, chute de l'usager, épuisement d'un stock de matériel, etc.). **En somme, l'établissement ne possède pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables.**

Néanmoins, les incidents sont identifiés et remontés par les équipes de manière informelle. Si le problème a une dimension médicale (ex. chute), une saisie est réalisée sur le logiciel PSI. Une réponse est systématiquement apportée aux événements remontés (mise en place de mesures curatives).

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

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

La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Un CHSCT commun au Pôle gérontologique Roger André est en place.

Un document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP) a été actualisé en 2011, 2012 et doit l'être fin 2014. Le CHSCT assure le suivi du plan d'action qui en est issu. Les autres professionnels de l'établissement devront aussi être associés à l'élaboration du document.

La prévention des risques psychosociaux et la pénibilité ne sont pas prévues pour être intégrées au DUERP, à la demande du siège de la Fondation qui souhaite procéder au cadrage et à l'uniformisation de la méthode (sur accord avec les partenaires sociaux) avant lancement de la démarche pour l'ensemble des structures Père Favron.

Plusieurs mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle à l'EHPAD Bras Long :

- La mise en place il y a deux ans d'un dispositif **d'analyse des pratiques** d'abord piloté par la psychologue de Ravine Blanche, sur une base mensuelle, puis depuis un an et toutes les 3 semaines par un intervenant extérieur ;

- L'effectivité de la **rotation** du personnel entre les étages, bien que non institutionnalisée (évaluée en fonction du besoin de l'étage ou des difficultés des personnels ou leurs desideratas). Concernant les postes de nuit, une rotation plus officielle est organisée sur des périodes de 3 à 6 mois;
- La **mobilité interne** est possible sur l'établissement, le Pôle, voire les autres établissements de la Fondation ;
- La direction a développé **une politique volontariste en matière de formation** (cf. *infra*). Le plan de formation est défini, soumis aux DP/CE et suivi par la Directrice ;
- La disponibilité de la Direction, saluée par les salariés rencontrés par la mission d'évaluation.

Les axes d'amélioration relevés concernent :

- L'association des professionnels à l'élaboration du DUERP ;
- L'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP, conformément à la réglementation ;
- La réactualisation du DUERP annuellement ;
- L'organisation des entretiens d'évaluation professionnelle.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

La bientraitance est au cœur des pratiques de l'EHPAD Bras Long. **Plusieurs actions en interne concourent à la promotion de la bientraitance :**

- La formation de l'ensemble du personnel à l'Humanitude ;
- Des réunions sur la Bientraitance tous les 2 mois avec tous les professionnels disponibles ;
- Un référent Humanitude a été désigné ;
- Une attention de qualité de la part des personnels en contact ;
- L'usage de la Malette MobiQual ;
- La réalisation de toilettes évaluatives ;
- Les analyses de pratiques toutes les 3 semaines avec un intervenant extérieur ;
- La mise à disposition des recommandations de l'Anesm aux professionnels.

La bonne dynamique, et plus globalement la culture de la bientraitance, émergent des pratiques professionnelles de l'établissement. Les professionnels s'interrogent régulièrement sur leurs pratiques en réunion d'équipe et ont une conscience effective des risques.

Quelques axes d'amélioration identifiés :

- L'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée et formalisée de repérage des risques de maltraitance à l'aide d'un outil d'évaluation ;
- Le rôle du référent Humanitude et ses possibilités d'actions sont flous et peu ancrés ;
- Il n'existe pas de dispositif de signalement des événements indésirables (cf. *supra*).

La mise en œuvre de l'obligation de signalement

L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement.

La conduite à tenir « signalement des événements indésirables » indique le processus de signalement de la maltraitance par les professionnels à suivre au sein de l'EHPAD (fiches de signalement sous enveloppe disponibles). Les professionnels ont bien pris connaissance de l'obligation et des règles de signalement.

Toutefois, le numéro d'appel maltraitance ALMA (3977) n'est pas affiché dans l'établissement.

Au demeurant, la mission d'évaluation encourage l'établissement à :

- Communiquer régulièrement sur les obligations de signalement aux professionnels ;
- Afficher le numéro 3977 (allo maltraitance) bien en vue dans l'établissement ;

- Communiquer davantage sur ce sujet aux résidents et aux familles (ex. diffusion du numéro et de la conduite à tenir dans les documents 2002-2)
- Réactiver le partenariat avec ALMA

4.1.7 L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

L'inscription du service dans le territoire

Implantation territoriale et accessibilité

L'établissement est implanté dans la commune d'Entre-Deux (6 300 habitants), situé entre deux cours d'eau, le Bras de Cilaos à l'ouest et le Bras de la Plaine à l'est. Les communes limitrophes sont Cilaos, Saint-Benoît, Saint-Louis, Saint-Pierre et Le Tampon. L'établissement est accessible en 30 minutes en voiture depuis Saint Pierre, par une route départementale de plus en plus tortueuse à l'approche d'Entre-Deux, compte-tenu du relief. Son accès est ainsi moins aisé que l'accès aux deux autres EHPAD du Pôle gérontologique Roger André.

A Entre-Deux, le chemin de l'EHPAD est facilement identifiable du fait d'une signalétique adaptée (de nombreux panneaux) implantée dans le tissu urbain environnant. L'EHPAD est très bien connu et repéré par son environnement. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat et a mis en place un certain nombre de partenariats avec les infrastructures de St Pierre et du Sud de la Réunion : CCAS d'Entre-Deux, CHU-GHSR, ARRAR-HAD,...

Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'établissement est ouvert à son environnement et a mis en place de nombreuses actions facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement d'acteurs très diversifiés, et notamment :

- **les familles sont assez régulièrement présentes sur l'établissement**, que ce soit pour rendre visite à leurs proches (possibilité de déjeuner avec les résidents) ou pour participer aux événements festifs comme la semaine bleue ou les 3 journées festives annuelles à destination des familles ;
- **l'établissement accueille de très nombreux stagiaires (31 en 2013 dont 11 AVS, 8 IDE, 5 AMP)** – Ils sont reçus en entretien par la directrice et la cadre de proximité puis sont encadrés par ~~des~~ un tuteur de stage désigné parmi les équipes. Des points réguliers ont lieu avec le professeur référent et une évaluation finale est complétée ;
- **des bénévoles et partenaires interviennent régulièrement sur l'établissement** : visiteurs bénévoles de l'association VMEH, musicien bénévole, une association danse country une à deux fois par an, des troupes de danses et de chants, un troupe de théâtre, des partenaires podologues ou orthophonistes, etc.
- **l'établissement accueille aussi ponctuellement des visiteurs.**

L'établissement est ouvert sur l'environnement et met en place des actions visant à développer des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne :

- **sur le volet santé et médico-social**, de nombreux partenariats ont été formalisés : avec le CHU-GHSR (site de St Pierre), l'ARRAR soins et hospitalisation à domicile, l'HAD-ASDR, l'ASP Sud-Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs), l'UMASP (Unité Mobile 'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CHU-GHSR), l'association Psychomot'île (étudiants psychomotriciens), professionnels libéraux rééducateurs, laboratoire d'analyse, etc. ;
- **sur le volet socio-culturel également est nourri par les partenariats** : avec plusieurs associations ou bénévoles de chant et danse, l'association Cris de Joie (ateliers, animation, présence), ~~un professeur de yoga~~, un coiffeur à domicile, etc.

L'établissement n'est toutefois pas engagé dans une démarche d'intégration relative des personnes accueillies dans la cité (sauf participation à la semaine bleue), de sensibilisation de l'environnement social, etc. Par ailleurs, la localisation excentrée du centre-ville et sa situation en forte pente freinent les interactions avec l'extérieur.

La perception de l'établissement par son environnement

Les usagers

Les usagers de l'établissement rencontrés par la mission d'évaluation indiquent être extrêmement satisfaits de l'accompagnement proposé à l'EHPAD. La qualité du personnel est particulièrement mise en exergue. Ils se rappellent également du très bon accueil qui leur a été réservé à leur arrivée, se disent des plus satisfaits de leur chambre et du cadre de vie en général, et reconnaissent bénéficier d'un bon suivi médical. **Enfin, ils ont le sentiment que leurs droits sont respectés et que leur avis est pris en compte par les professionnels.** Ils apprécient particulièrement le système de recueil de demande signée. Par ce biais, ils ont déjà vu la direction accéder à leurs souhaits.

Toutefois, quelques axes d'amélioration sont pointés :

- permettre aux résidents de sortir accompagnés à la demande (achat de véhicules adaptés permettant de faire sortir plus de résidents à la fois, disponibilité des personnels...);
- soutenir encore davantage la vie spirituelle (il n'y a pas de radio religieuse à Entre-Deux);
- être mieux informés des fin de vie et décès pour pouvoir rendre visite au malade, prier, puis participer à la veillée mortuaire;
- augmenter le nombre d'animations.

L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction récente.

Les familles

Les entretiens conduits avec les représentants des familles au cours de la mission d'évaluation, ainsi que la consultation des PV de CVS **témoignent d'une satisfaction élevée** des familles. Elles se disent satisfaites de l'accueil qu'on a réservé à leur proche (et à elles) à l'admission, de la qualité des soins en vue de rendre de l'autonomie au résident et de la prestation restauration. Elles estiment aussi que l'établissement **assure un bon niveau de préservation des liens familiaux et amicaux.**

Les familles interrogées ont indiqué que les droits des usagers étaient très bien respectés dans cet établissement. Les agents sont respectueux, à l'écoute des usagers et ont le souci de préserver la dignité et l'autonomie des usagers.

Concernant la qualité globale de l'accompagnement, **les familles ont toutefois émis des réserves quant à :**

- L'accueil de l'établissement **le weekend** et les équipes restreintes;
- La préparation de leur parent lorsqu'ils doivent venir les chercher pour une sortie familiale;
- La qualité de la **prestation lingerie**;
- Le non traitement des **petits travaux dans les chambres** : barres de douches désolidarisées, problème d'étagères qui ne tiennent pas dans les armoires, etc.;
- Et dans certains cas, **la propreté des chambres**, notamment sur l'unité Pétrel de Barau.

L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction récente.

Les partenaires

L'EHPAD Bras Long a également de très bonnes relations avec ses partenaires, avec lesquels l'établissement a pris l'habitude de conventionner. Ils indiquent tous avoir une **collaboration pérenne et bien organisée** et soulignent le caractère très accueillant de l'équipe qui fait le nécessaire pour que le partenariat se déroule au mieux. Ils saluent aussi la bonne communication instaurée par l'EHPAD. Des réunions de satisfactions sont même organisées avec certains partenaires afin d'améliorer, à terme, les collaborations.

4.1.8 Organisation, gestion des ressources humaines et management

La politique de gestion des ressources humaines

Le recrutement

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

Le process prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation du candidat retenu. Les entretiens de recrutement ont lieu avec la Direction de l'EHPAD, voire le médecin coordonnateur s'il s'agit d'une fonction soin, et parfois le responsable RH. Ceux-ci forment le Comité de sélection du candidat final. Les postes d'encadrants nécessitent un entretien systématique avec la Direction et des membres du Siège de la Fondation.

Le recrutement des postes en CDD sont gérés en interne au niveau du Pôle gérontologique par l'équipe de Direction et les Cadres de santé.

A date d'évaluation, tous les postes financés étaient pourvus. Toutefois, l'établissement indique avoir une problématique de remplacement du médecin coordonnateur lors de ses congés, de même que pour les postes de rééducateurs. **Enfin, le poste d'animatrice a été gelé par le financeur. L'absence d'animatrice pénalise l'EHPAD et ses résidents, en dépit de l'intervention d'un CAE (cf. Animation supra).**

L'accueil des nouveaux salariés

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

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

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

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

- Le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de **documents** (contrat de travail, Projet d'établissement, livret d'accueil, rôle du référent, fonctionnement du métier, fonctionnement de PSI). Des documents sont également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : procédures diverses, etc. ;

- A sa prise de poste, le salarié est **accueilli par la Cadre de santé** proximité qui lui présente les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents, etc. Le nouveau professionnel est ensuite **présenté** aux résidents et salariés ;
- Les nouveaux rééducateurs se voient attribuer **un référent**, et les nouveaux personnels de proximité sont suivis par une IDE. La personne accueillie est guidée par ses collègues à travers la structure, son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement des soins, ...) ;
- Une fiche de validation de la période d'essai est remplie et transmise par le la cadre et un entretien a lieu avec le salarié 15 jours avant la fin de la période d'essai.
- L'établissement accueille de nombreux stagiaires qui sont reçus par la directrice et la cadre en réunion avant le début du stage. Il leur est remis le projet d'établissement, une plaquette présentant la Fondation et les différents établissements regroupés en filière de même qu'une copie de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- Une fois par semestre, la directrice et la cadre reçoivent ensemble les nouveaux salariés (CDI et longs CDD) afin de leur expliquer les valeurs et comportements attendus d'eux dans le cadre de leur travail.

Toutefois, plusieurs axes d'amélioration sont repérés :

- L'établissement ne remet pas le Règlement de fonctionnement, les procédures utiles à l'accueil du nouveau salarié, voire un document présentant la Démarche Qualité ;
- **Il n'existe pas de système de doublon les premiers jours pour la réalisation des soins** et une prise de poste facilitée ;

La formation et l'adaptation des compétences

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

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

- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), de la politique de la filière, puis des besoins des directions de Pôle ou d'établissement tout en respectant le budget ;
- Le plan de formation annuel est affiné puis validé par la Commission de formation avec les représentants du CE et les DP. Il est ensuite affiché pour information. La Commission évalue également les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme ;

Une 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...).

Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

Une partie des formations concerne la sécurité et l'hygiène (une partie des professionnels a suivi des formations « SST », « Hygiène et entretien des locaux » en 2012, « HACCP » en 2013). Les personnels sont également formés à la sécurité incendie chaque année comme l'exige la réglementation.

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public (formation « Humanitude », formation « Prévention, repérage et gestion de l'agressivité »,

formation « Prise en charge de la douleur », formation « Accompagnement en Snoezelen », DU « Gérotopsychiatre », formation « ASG »,...).

Un point d'amélioration est identifié :

- Mettre en place une évaluation des effets des formations en termes d'acquisitions et de changements de pratiques.

La promotion de la mobilité

Tous les postes à pourvoir en CDI sont publiés en interne. D'autre part, les salariés qui souhaitent une mobilité sont invités à se manifester auprès de la DRH. L'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels (entre unités, entre établissements). Pourtant, l'organisation du dispositif reste à améliorer et la mobilité reste dans les faits encore peu développée

Celle-ci reste **de fait peu développée**. La géographie de l'île est aussi une contrainte (reliefs, circulation).

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

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

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

Organisation et management

La répartition des fonctions est claire et lisible au sein de l'institution. Un organigramme du Pôle précise les liens hiérarchiques. 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. Des fiches de tâches créées par l'établissement sont utilisées (dans l'attente des fiches de poste de la Fondation).

Un document formalisé précise les délégations entre la Direction Générale de la Fondation, la Directrice du Pôle, les Directeurs Adjointes et les cadres de proximité.

Les temps managériaux sont nombreux, effectifs et efficaces. Si les ordres du jour ne sont pas formalisés à l'avance, des comptes-rendus sont systématiquement édités sur PSI :

- **Les réunions bimensuelles de projet personnalisé** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions mensuelles de l'équipe d'encadrement** (directrice, médecin, cadre) ;
- **Les réunions d'unité mensuelles** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions trimestrielles de PASA** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions trimestrielles Snoezelen** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions Bienêtre tous les 2 mois** (cf. Promotion de la bien-être *supra*) ;
- **Les réunions du Groupe qualité tous les 2 mois** (cf. Evaluation interne *supra*) ;
- **Les réunions trimestrielles d'informations générales** avec l'équipe présente, la direction, la cadre de proximité ;
- **Les réunions de direction hebdomadaires** à Bois d'Olive (Pôle) ;

- **Les réunions avec les IRP ;**
- **Des temps informels** sont également organisés entre :
 - o L'équipe de maintenance et la direction : échanges sur les maintenances en cours, le suivi prestataire, etc.
 - o Le personnel administratif : point sur un dossier résident, sur la comptabilité, etc.
 - o L'ensemble du personnel et la Directrice qui se rend disponible.

Les **Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE) n'ont pas été organisés jusqu'à présent**. L'organisation et définition des entretiens professionnels sont en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Ces entretiens professionnels doivent être mis en place en 2015.

4.2 Synthèse de l'évaluation externe

1. Introduction

La démarche d'évaluation interne

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

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

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : un COPIL (le Groupe Qualité) élargi à toutes les composantes métier de l'établissement a piloté la démarche ; s'appuyant sur 2 référents qualité formés en amont et 4 sous-référents, une dizaine de groupes de travail associant largement les personnels se sont tenus ; enfin, à chaque personnel de l'établissement a été confié la rédaction de trois à quatre « fiches vertes » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème) ; les « fiches jaunes » (fiche d'évaluation avec indicateurs), puis « fiches rouges » (propositions d'actions d'amélioration) ont été complétées par le Groupe Qualité.

Par ailleurs, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation et a mené à la création de certaines actions.

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle.

Toutefois, deux axes d'amélioration peuvent être considérés : l'association plus directe des résidents et familles et l'association des partenaires de l'établissement de la même manière que les résidents et familles.

A l'issue du travail d'autodiagnostic, un plan d'action sur 5 ans a été réalisé. Comportant 236 actions, son dimensionnement est adapté, maniable. Il est décliné de façon opérationnelle en mentionnant l'objectif, l'action, l'effet attendu, les moyens, le niveau de priorité et la difficulté de mise en œuvre, le délai et la date de réalisation. **L'ensemble des professionnels a bien été informé du déroulement de la démarche, de son avancée et de ses résultats.**

Seule remarque de la mission d'évaluation : le plan d'action élaboré n'indique pas le responsable de l'action, ni les indicateurs de réalisation et les modalités d'évaluation.

Le Groupe Qualité a pour mission de mettre en œuvre le PPP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement. A date d'évaluation, 76% des actions du plan pluriannuel sont réalisées

Le pilotage de la démarche qualité revient au Groupe qualité, pérennisé. Deux nouveaux référents qualité ont été nommés début 2014 suite au départ des précédents. Toutefois, si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne, elle ne l'est plus depuis la fin de la démarche.

Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif sur l'établissement par le biais des outils suivants : le CVS et le recueil de demandes individuelles, signées des résidents et remontées par les professionnels attentifs. Toutefois, un axe d'amélioration est identifié sur la poursuite d'une réflexion relative à une enquête de satisfaction.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés via la mise à disposition d'un registre des réclamations – cependant, celui est inutilisé.

Sur la gestion documentaire, de nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD de Bras Long. Ces éléments sont correctement accessibles dans des classeurs en salles de soin, dans les offices alimentaires et au rez-de-chaussée – et en lien avec l'outil PSI. **Ils sont globalement bien connus des professionnels. Toutefois, la gestion documentaire est peu structurée.**

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 mise à disposition au sein d'un classeur. Par ailleurs, les RBPP sont implicitement mobilisées lors des réunions d'équipe, lors des réunions Bienveillance tous les 2 mois, ou lors des formations.

Toutefois, lors de la visite sur site, les professionnels ne savaient pas à quoi correspondaient les « recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm ». L'établissement devra ainsi prévoir la présentation des RBPP et revoir leur mode de mise à disposition au sein de l'établissement.

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

Le projet d'établissement

L'EHPAD de Bras Long dispose d'un Projet d'Etablissement couvrant la période 2014-2018.

La démarche d'élaboration a été pilotée par la Direction à l'aide d'un prestataire extérieur pour le cadrage de la démarche.

De nombreuses étapes permis de structurer la démarche : réunion de présentation ; construction d'une trame ; recueil des pratiques professionnelles ; travail commun avec les trois EHPAD, le médecin, la cadre de santé et la directrice adjointe ont travaillé sur des thèmes spécifiques relevant de leurs responsabilité et compétences ; les projets d'unité ont été élaborés en plusieurs réunions de travail avec les équipes de chaque unité ; validation finale.

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux professionnels ainsi qu'aux IRP et au CVS. A date d'évaluation, la présentation aux instances de la fondation (Commission personnes âgées et CA) restait à réaliser de même que l'envoi aux autorités de contrôle.

Si la démarche a été menée dans un cadre participatif, deux points d'amélioration sont identifiés : les représentants des résidents, des familles et les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche et les professionnels n'ont pas été associés aux autres thématiques du projet qui n'ont pas fait l'objet de groupes de travail thématiques pluridisciplinaires. De même, la démarche n'a pas donné lieu à la constitution d'un comité de pilotage représentatif des différents métiers.

Le projet d'établissement intègre pleinement les thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-2 et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm

Conformément à la réglementation, le projet d'établissement est établi pour une durée de 5 ans (2014-2018).

Le document précise sa période de validité. Le Plan du projet permet une bonne progressivité dans la lecture.

Le projet a fait l'objet d'une présentation aux personnels (réunions d'équipe et IRP). Une fois validé définitivement, le projet sera accessible des professionnels, familles et bénévoles en salle de réunion. L'établissement souhaite par ailleurs remettre une copie du projet à tout nouvel embauché/stagiaire.

Il n'existe pas de dispositif spécifique de pilotage et de suivi du projet d'établissement.

Le projet d'établissement semble cohérent au regard des objectifs et de leur pertinence par rapport aux missions et orientations de politiques publiques. Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des principes énoncés par la loi du 24 janvier 1997.

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan bien vieillir, Plan Alzheimer, etc.). En effet, à titre illustratif, la présence d'une unité protégée, d'un PASA l'attestent.

Les caractéristiques et spécificités du profil des usagers ont fait l'objet d'une évaluation précise dans le cadre du projet d'établissement. Le dispositif en place est en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis. L'EHPAD répond aux besoins du public autant sur la localisation des locaux, des moyens humains que des ressources matérielles.

La politique de formation est impulsée au niveau de la filière (plus rarement au niveau du siège), puis est fixée par le Pôle ou l'établissement. Le recueil des besoins et l'élaboration du plan de formation sont partiellement structurés. **Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés** (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

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

Les modalités d'accueil des nouveaux salariés sont décrites dans la note sur le recrutement, formalisée en 2012 par le siège. Des modifications dans le processus d'accueil des nouveaux salariés sont récemment entrées en application au niveau du siège, prévoyant : la signature systématique de tous les CDI au siège ; la présentation de la Fondation et du personnel du siège ; une matinée d'accueil ; la remise d'un kit d'accueil (livret d'accueil Fondation, règlement intérieur, convention collective, fiche de poste, informations mutuelles). **Quant au Pôle gériatrique Roger André, bien qu'il n'y ait pas de procédure formalisée d'accueil à ce niveau, le processus d'accueil au sein de l'EHPAD est globalement structuré. Il permet une prise de repères satisfaisante et favorise la bonne intégration de la personne.**

Un CHSCT commun au Pôle gériatrique Roger André est en place. Un document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP) a été actualisé en 2011, 2012 et doit l'être fin 2014. Le CHSCT assure le suivi du plan d'action qui en est issu. Les autres professionnels de l'établissement devront aussi être associés à l'élaboration du document. **La prévention des risques psychosociaux et la pénibilité ne sont pas prévues pour être intégrées au DUERP**, à la demande du siège de la Fondation qui souhaite procéder au cadrage et à l'uniformisation de la méthode

L'organisation de l'accompagnement des usagers

L'accompagnement proposé est structuré et de qualité.

Sur l'accompagnement au soin, le projet de soin et la conformité avec les exigences du médecin coordonnateur. **Les objectifs du projet de soins sont formalisés dans le projet d'établissement de l'EHPAD** élaboré avec le concours du précédent médecin coordonnateur, en associant l'ensemble de l'équipe soignante. Il est réactualisé tous les 5 ans.

Le Médecin Coordonnateur assure une présence à hauteur de 0,7ETP. En possession d'un DU de gériopsychiatrie, elle est aussi le médecin traitant de tous les résidents sauf un. **Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF sont bien mises en œuvre sur l'établissement.**

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin coordonnateur, également médecin traitant de tous les résidents, assure les prescriptions sur PSI. **La coordination des soins est assurée** par le cadre de proximité (ex responsable infirmier) : gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin et les rééducateurs, coordination avec les intervenants extérieurs et bénévoles, coordination avec les familles.

L'intervention des soins est bien assuré et organisé, l'EHPAD : une ergothérapeute, un masseur-kinésithérapeute, un psychologue et une psychomotricienne.

La formalisation des soins est de qualité (plan de soins, traçabilité des soins, protocoles des soins individualisés et infirmiers).

La personnalisation de l'accompagnement soignant est effective: plans de soin individualisés par résident, protocoles de soin spécifiques, prescriptions infirmières individualisées, etc..

Les pratiques et les postures professionnelles sont de qualité au sein de l'EHPAD Bras Long, les salariés sont à l'écoute des résidents Les équipes ont également le souci de prendre en compte les habitudes de vie,

préférences et rythmes des résidents. La réalisation des soins au quotidien favorise le maintien ou la stimulation de l'autonomie des résidents (verticalisation quotidienne, toilette debout, habillage...).

L'accompagnement prend en compte de manière satisfaisante différentes thématiques de soins gériatriques dont la prévention des chutes, suivi des résidents souffrant de dénutrition, protocole en matière d'hydratation, ect...

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est structuré de la manière suivante :

La fonction animation ne bénéficie pas d'un poste budgété d'animatrice en raison de certaine difficulté avec le CG, toutefois, l'EHPAD a recruté une animatrice en CAE, mais ça reste une solution non pérenne.

Son action est complétée des animations ponctuelles des équipes soignantes dans chaque unité en fonction du temps restant disponible dans leur journée.

La fonction animation est cadrée par un paragraphe dédié au sein du projet d'établissement. Les

L'animatrice propose quelques animations récurrentes (réitérées de semaine en semaine). Chaque animation est effectuée en petit collectif de 4 à 8 personnes, indiquées à l'animatrice par la cadre de proximité. Les temps d'animation tiennent compte du rythme des résidents. Des intervenants extérieurs viennent appuyer le dispositif interne, sur les volets animation et vie sociale : venue des bénévoles de l'association de visiteurs VMEH, d'un coiffeur, d'un musicien bénévole, etc...

La prestation animation est jugée insuffisante par la mission d'évaluation. Plusieurs points sont à améliorer : offre encore insuffisante au plan quantitatif et qualitatif; absence d'articulation entre les temps assurés par l'animatrice et ceux assurés les soignants ; absence de mise en place d'une commission d'animation avec la participation de résidents ; proposer une mise en œuvre de la continuité de la prestation le weekend ; poursuite de l'effort de mobilisation des résidents qui ne viennent pas au PASA ; la mise en œuvre une communication sur les animations réalisées; la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation de l'animation.

La coordination est effective et bien structurée elle est organisée autour de réunions, de diverses transmissions ainsi qu'avec le dossier de l'usager.

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

L'établissement est implanté dans la commune d'Entre-Deux (6 300 habitants), situé entre deux cours d'eau, le Bras de Cilaos à l'ouest et le Bras de la Plaine à l'est. Les communes limitrophes sont Cilaos, Saint-Benoît, Saint-Louis, Saint-Pierre et Le Tampon. L'établissement est accessible en 30 minutes en voiture depuis Saint Pierre, par une route départementale de plus en plus tortueuse à l'approche d'Entre-Deux, compte-tenu du relief. Son accès est ainsi moins aisé que l'accès aux deux autres EHPAD du Pôle gérontologique Roger André.

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée.

L'établissement est ouvert à son environnement et a mis en place de nombreuses actions facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement d'acteurs très diversifiés, et notamment avec l'accueil et la venue régulière des familles, des visiteurs, des stagiaires ainsi que des bénévoles et des partenaires.

L'établissement est ouvert sur l'environnement, d'une part, sur le volet santé et médico-social, de nombreux partenariats ont été formalisés (CHU-GHSR (site de St Pierre), l'ARAR soins et hospitalisation à domicile, l'HAD-ASDR, l'ASP Sud-Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs), l'UMASP (Unité Mobile 'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CHU-GHSR), l'association Psychomot'île (étudiants psychomotriciens), professionnels libéraux rééducateurs, laboratoire d'analyse), d'autre part sur le volet socio-culturel (plusieurs associations ou bénévoles de chant et danse, l'association Cris de Joie (ateliers, animation, présence), un coiffeur à domicile, etc.)

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

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 29 projets en 2013 et 45 projets ont été élaborés.

La réactualisation des premiers projets était sur le point de démarrer.

Les modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure. Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente. La démarche mise en place est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, qui sont par ailleurs rappelées dans la procédure.

La démarche mise en place inclut ainsi une co-construction du projet avec l'utilisateur ou son représentant légal et est pluridisciplinaire.

Les projets élaborés sont communiqués via le logiciel PSI et font l'objet d'échanges entre professionnels.

Conformément à la procédure élaborée, le projet est aussi transmis à la personne accueillie, son représentant légal, et sa famille.

Un CVS existe sur l'établissement, il fonctionne globalement en conformité avec le cadre légal. La dynamique de l'instance est assez bonne.

Les comptes-rendus de CVS pourraient toutefois faire l'objet d'une présentation orale aux résidents ou d'une autre forme de comptes-rendus adaptée au public.

Les résidents et familles rencontrés ont témoigné de la possibilité de faire remonter facilement leurs remarques et demandes. Ils ont salué l'écoute de la direction et du personnel. Des groupes de parole avait aussi lieu les années précédentes mais ont cessé.

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

Les droits des usagers

L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2. Les différents documents obligatoires sont réalisés et portés à la connaissance des familles et usagers dans la période d'admission.

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Toutefois, Le contrat de séjour pourrait être davantage personnalisé, en fonction notamment du projet de vie du résident - conformément au décret qui prévoit « la définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge » dans ce document.

La recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une forte ambition et habitude des personnels soignants : les salariés mettent en œuvre les principes de l'Humanitude au quotidien, veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, et rapportent des cas de recouvrement d'autonomie de certains usagers. La libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est permise pour les résidents valides.

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents (sauf deux sœurs ayant accepté de partager la seule chambre double de l'établissement).

Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie et une attention est portée à l'aspect, l'hygiène, et la tenue vestimentaire des usagers. **L'écoute et l'empathie dont fait preuve l'ensemble des salariés ont été soulignés par les familles et constatés par la mission d'évaluation lors de sa visite sur site.**

Le droit aux respects des liens et familiaux est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles.

La politique de prévention des risques

La dernière commission de sécurité a donné un avis favorable à la poursuite d'exploitation de l'EHPAD de Bras Long, le 21 novembre 2013. L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le Service Plans et Travaux de la Fondation.

Etant donné le caractère récent de la construction (2010-2011) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état. Cependant, la direction déplore une dégradation importante des peintures due aux infiltrations à chaque grosse pluie et qui s'aggrave au fil du temps par manque d'intervention d'une entreprise spécialisée dans l'étanchéité.

L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. La bientraitance est au cœur des pratiques de l'EHPAD Bras Long. Plusieurs actions en interne concourent à la promotion de la bientraitance. La bonne dynamique, et plus globalement la culture de la bientraitance, émergent des pratiques professionnelles de l'établissement. Les professionnels s'interrogent régulièrement sur leurs pratiques en réunion d'équipe et ont une conscience effective des risques.

4.3 Abrégé du rapport d'évaluation externe

4.3.1 La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évaluation interne réalisée en 2012-2013 avec l'aide d'un intervenant extérieur ▪ La constitution d'un Comité de pilotage pluridisciplinaire afin de lancer et cadrer la démarche ▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm ▪ L'évaluation s'est appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...) ▪ Une démarche menée de façon participative par l'organisation de groupes de travail et des contributions individuelles ▪ Un bon niveau d'information des professionnels tout au long de la démarche ▪ Une association des usagers et familles par questionnaire ▪ La création d'un Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) opérationnel ▪ Une communication et une diffusion du PPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des partenaires qui n'ont pas été directement associés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les partenaires à la démarche, et associer les résidents et familles de manière plus directe si possible (groupe de travail)

<p>Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La constitution d'un Groupe Qualité pluridisciplinaires réuni tous les 4 mois pour suivre la mise en œuvre du PPP ▪ 76% des actions déjà réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le plan d'action élaboré n'indique pas le responsable de l'action, ni les indicateurs de réalisation et les modalités d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Groupe qualité ▪ Poursuivre la communication sur le plan d'actions et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ▪ Veiller intégrer au plan d'action responsable de l'action, indicateurs de réalisation et modalités d'évaluation ; et à mesurer et analyser les effets des actions engagées. Cette pratique pourra constituer le point d'appui de la démarche qualité ▪ Conformément à la réglementation, mentionner dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du PPP
<p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le pilotage de la démarche qualité revient au Groupe qualité, auquel sont associés deux référents qualité, dans la continuité de l'évaluation interne ▪ Un recueil effectif de demandes individuelles des résidents à l'institution ▪ De nombreuses procédures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de portage suffisant de la fonction Référent qualité ▪ Une appropriation perfectible de la démarche qualité par les professionnels ne participant pas au COFIL ▪ L'absence de groupes de travail pour approfondir les thématiques qualité ▪ L'absence de procédure de recueil de la satisfaction et d'enquête de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - soutenir la fonction référent qualité (moyens d'action, prise en compte des propositions, accompagnement au poste, etc.) - continuer à informer/sensibiliser/associer les professionnels pour la bonne appropriation de la démarche

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un système informel de recueil et le traitement des plaintes et réclamations ▪ La faible structuration de la gestion documentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - organiser la réflexion/travail actif des professionnels sur les thèmes qualité pour prolonger la démarche ▪ Formaliser une procédure de recueil de la satisfaction, le système de recueil et traitement des plaintes et réclamations, structurer la gestion documentaire
--	--	--	---

1 La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les modalités d'appropriation des RBPP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm diffusées ▪ Les RBPP sont mises à disposition dans un classeur dans l'établissement ▪ Une certaine appropriation du contenu théorique des RBPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une méconnaissance de l'Anesm et de l'existence des RBPP par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes
La mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI) et régulièrement évoquées en réunions d'équipes 		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Un projet réactualisé valable pour la période 2014-2018 Une démarche d'élaboration participative sur les projets d'unités Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm, avec des données et illustrations adaptées La bonne diffusion du projet aux équipes (réunions) et la mise à disposition du document en accès libre La définition d'axes d'évolution et d'amélioration à court et moyen terme L'élaboration et la communication d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet 	<ul style="list-style-type: none"> Des professionnels impliqués sur les projets d'unités mais pas sur l'ensemble des thématiques du projet L'absence d'association directe des usagers, familles et partenaires à l'élaboration du projet L'absence de déclinaison des orientations en un plan d'action opérationnel précisant les objectifs sur cinq ans L'absence de dispositif et de modalités de pilotage et de suivi du projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> Engager une démarche participative avec l'association résidents, familles et partenaires de l'établissement Intégrer les éléments de contenu manquants sur l'inscription de l'établissement dans les orientations de politiques régionales et départementales et Elaborer un projet d'établissement plus synthétique (30 pages) 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. Organiser le suivi et l'animation du projet et des objectifs retenus, par exemple, dans le cadre du Comité Qualité, en lien avec les équipes et le CVS
Cohérence et pertinence du projet et des moyens	<ul style="list-style-type: none"> Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire, validé par lui Un projet cohérent avec les missions des EHPAD et les orientations de politique publique L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne Des partenariats engagés avec l'extérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> Un hébergement temporaire non effectif malgré les demandes et l'absence de places d'accueil de jour Des inconvénients liés à la localisation : <ul style="list-style-type: none"> difficulté de remplissage de l'établissement (taux d'occupation de 94%) 	<ul style="list-style-type: none"> Travailler en lien avec les autorités à la valorisation financière de l'hébergement temporaire Développer les actions de communication visant à faire connaître l'établissement et développer les relations partenariales pour renforcer l'attractivité de l'établissement Engager un dialogue avec l'ARS sur les solutions de remédiation à la discontinuité médicale sur

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux très récents pleinement adaptés et des outils bénéfiques ▪ Des évolutions en cours ou projets vont venir étoffer le dispositif et améliorer la réponse aux besoins des publics : <ul style="list-style-type: none"> - création d'un jardin thérapeutique ; - reconversion de places de l'unité Bec Rose (résidents les plus valides) en places d'unité semi-protégée pour s'adapter à l'évolution des profils à l'admission (augmentation de la dépendance) ; - recrutement d'une art thérapeute. ▪ Le très bon niveau d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque personne accueillie (3 unités avec une organisation adaptée, des professionnels dédiés et formés...) ▪ La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse-dépendance) via l'adaptation progressive de la prise en charge ▪ La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels 	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté à trouver un médecin dans des situations d'urgence en l'absence du médecin coordonnateur (certificat de décès,...) ▪ Un dispositif ARS de continuité des soins activé (appel du 15) mais qui ne fonctionne pas (refus de se déplacer en raison de la localisation de l'établissement) 	<p>l'établissement et formaliser une convention en ce sens</p>
<p>Qualité d'accompagnement</p>	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accueil téléphonique organisé 24h/24 et une continuité assurée le week-end ▪ Un cadre de vie des plus agréables, des locaux adaptés et équipés ▪ Des locaux permettant une bonne individualisation de la prestation ▪ Des locaux propres et bien entretenus ▪ Des normes HACCP bien respectées par la cuisine centrale et les équipes 	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accueil physique insatisfaisant : absence d'agent d'accueil dédié, pas de permanence le week-end, pas de véritable zone d'accueil aménagée ▪ Un prestataire lingerie à l'origine de nombreuses pertes et détériorations ▪ L'absence de diététicienne à la cuisine centrale et des repas peu variés ▪ Les résidents ne sont pas associés à la prestation restauration 	<p><u>Cadre de vie, hébergement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'organisation de l'accueil physique : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier un personnel d'accueil dédié - Assurer une continuité de l'accueil le week-end - Aménager une zone d'accueil et le parcours d'accueil ▪ Travailler avec la cuisine centrale sur l'équilibre alimentaire ▪ Mettre en place une commission restauration

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un plan d'amélioration continue de la qualité à la cuisine centrale <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un projet de soins dans le projet d'établissement ▪ La mise en œuvre de la plupart des missions du médecin coordonnateur ▪ Une coordination et organisation des soins effectives gérées par le Médecin coordonnateur psychiatre et la Cadre de santé ▪ La continuité des soins permise par la présence des infirmiers en continu (jour et nuit) ▪ La sécurisation du circuit du médicament, en lien avec la PUI du site Albert Barbot ▪ Un dossier de soins et une traçabilité des soins informatisée ▪ La formalisation de nombreux protocoles individualisés de soins à poursuivre ▪ Un accompagnement paramédical structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles (ergothérapeute, kiné, psychomotricienne, psychologue) permettant une bonne réponse aux besoins ▪ L'existence d'un PASA ▪ Une personnalisation effective de l'accompagnement, la volonté de prendre en compte des rythmes et habitudes de vie des résidents, et des pratiques et les postures professionnelles de qualité ▪ Des soins au quotidien qui favorisent le maintien ou la stimulation de l'autonomie des résidents ▪ L'approche des thématiques de soins spécifiques (protocoles, partenariats, outils dédiés) 	<p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une organisation qui ne permet pas encore une pleine adaptation aux habitudes de vie, préférences et rythmes des personnes (passage de chambre en chambre pour la distribution des petits déjeuners ou la réalisation des soins et toilettes) ▪ Des ASL positionnées en partie sur des fonctions de soin (toilettes, soins courants.) ▪ Un taux important de chutes au sein de l'institution et la création d'escarres au sein de l'institution ▪ Des temps de transmission séparés IDE/équipe soignante, et aux pratiques perfectibles (arrivées échelonnées, condition de restitution et d'appropriation de l'information) ▪ La désignation de la personne de confiance n'est pas formalisée dans le dossier du résident, et les directives anticipées ne sont pas rédigées dès l'admission 	<p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajuster ou modifier certaines organisations et habitudes de façon à renforcer la personnalisation et l'adaptation aux rythmes et préférences de chaque résident : ex circuit de distribution des petits déjeuner ou de réalisation des toilettes et soins sur la base de plages horaires actées avec les résidents et prise en compte dans les plans de soin ▪ Travailler à la différenciation des fonctions soignantes et hôtelières en repositionnant plus nettement les ASL sur les tâches hôtelières (préparation et service des repas, ménage, tâches logistiques, aide au lever et coucher) ▪ Renforcer la diffusion des bonnes pratiques gériatriques (ex. points réguliers du médecin coordonnateur aux transmissions) : notamment prévention des escarres ▪ Revoir la politique de prévention des chutes (rééquilibrage du paradoxe autonomie/protection en faveur de la protection) ▪ Réajuster l'organisation des temps transmissions ▪ Formaliser avec le résident, dès l'admission, la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des partenariats existants avec les structures de soin (établissements, équipes mobiles, bénévoles...) garantissant aux résidents un accès aux soins facilité ▪ De nombreux temps de réunion assurant une coordination soignante de qualité <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fonction animation globalement structurée sur l'EHPAD ▪ L'animation d'activités par les équipes soignantes ▪ Des moyens matériels satisfaisants ▪ Des intervenants extérieurs et bénévoles ▪ Des temps d'animation qui tiennent compte du rythme des résidents 	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de poste d'animation budgété ▪ L'absence de projet d'animation global une formalisation partielle des projets d'activité ▪ Un manque de liant entre les temps assurés par l'animatrice et les temps assurés par les soignants ▪ Des supports d'activités peu diversifiés (activités internes / externes, collectives / semi-collectives / individuelles, sorties, ...) et renouvelés ▪ Une offre quantitativement insuffisante, de nombreux résidents ne bénéficiant pas de la fonction animation ▪ La non continuité de la fonction animation le week-end ▪ L'absence de Commission d'animation instituée 	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Négocier avec l'autorité compétente un temps budgété d'animation, dans une optique de pérennisation de la fonction dans le temps ▪ Formaliser un projet d'animation global définissant et mettant en cohérence l'ensemble des animations proposées aux résidents (par l'animatrice mais également les professionnels soignants) ▪ Formaliser les projets d'activités et en assurer le suivi et l'évaluation ▪ Varier les supports et intensifier l'offre quantitativement de manière à toucher tous les résidents ▪ Assurer une continuité de l'offre d'animation sur l'ensemble des Week-end ▪ Mettre en place une Commission d'animation permettant d'élaborer en concertation avec les résidents le programme d'animations
--	---	---	--

4.3.2 L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une implantation relativement accessible et bien inscrite dans son environnement ▪ Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, bénévoles, prestataires extérieurs ▪ Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats sur le volet santé et médico-social, et le volet socio-culturel ▪ De nombreuses conventions de partenariat formalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une ouverture sur l'environnement extérieur encore peu développée : intégration dans la cité, sensibilisation de l'environnement social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les actions visant à inscrire les résidents dans la vie de la cité et leur ouverture socio-culturelle ▪ Développer encore les partenariats pouvant soutenir la fonction animation de l'établissement
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des résidents extrêmement satisfaits de l'accompagnement proposé au sein de la structure, notamment de l'accueil à l'admission, du suivi médical et des conditions d'hébergement ▪ Des familles satisfaites de la prise en charge proposées, de l'accueil réservé à leur proche et famille, du travail sur l'autonomie et des pratiques professionnelles ▪ Des partenaires qui sont très satisfaits de leur coopération avec l'EHPAD, grâce à des collaborations bien organisées, des professionnels disponibles et accueillants, une communication de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des familles qui soulignent un manque sur la qualité de la lingerie, l'accueil physique le weekend, le non traitement des petits travaux dans les chambres, et parfois la propreté des chambres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre en compte les remarques de familles dans le PACQ ▪ Etudier la possibilité d'organiser des réunions des familles comme à Bois d'Olive

4.3.3 Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Processus d'admission et fin d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure ▪ Une démarche progressive et pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels ▪ Une évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement ▪ Les documents légaux sont bien remis et explicités ▪ Une attention portée au consentement de la personne au moment de l'admission ▪ Un parcours progressif avec une période de 2 mois d'observation avant admission définitive ▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent) ▪ La grande satisfaction des résidents et familles vis-à-vis du temps d'accueil ▪ Des décisions de réorientation travaillées avec l'utilisateur et son représentant légal ▪ Une procédure formalisée en cas de décès et un salon mortuaire ▪ Des personnels formés aux soins palliatifs et l'ensemble de l'équipe sensibilisée à la gestion de la douleur par l'IDE référente ▪ Les interventions de nombreux intervenants : l'UMASP pour des sessions de sensibilisation et 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le consentement de la personne n'est pas formalisé – ni les directives anticipées sur la fin de vie et la personne de confiance ▪ L'absence de temps convivial repéré pour marquer l'accueil d'un nouveau résident, et d'une information suffisante des autres résidents en amont 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueillir par écrit le consentement de la personne, ainsi que ses directives anticipées et la personne de confiance ▪ Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident et améliorer l'information des usagers en amont d'une nouvelle arrivée

	retour d'expérience tous les trimestres ; les bénévoles d'ASP Sud Réunion		
<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche d'élaboration structurée et effective depuis 2013 avec une forte montée en puissance au cours des derniers mois (29 projets élaborés en 2013, 45 en 2014) ▪ Une co-construction du projet avec l'usager ou son représentant légal (recueil des souhaits des résidents et des familles, rendez-vous de de présentation-signature des projets, contractualisation des projets) ▪ Un projet prenant bien en compte les différentes dimensions de l'accompagnement (prendre soin, vie sociale, activités et loisirs) ▪ Une démarche bien coordonnée par le référent et le co-référent et une méthode d'élaboration pluridisciplinaire (réunion de projet) avec ▪ Des contenus des projets personnalisés pertinents et une trame commune ▪ L'existence d'un dispositif effectif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les résidents ne disposent pas encore d'un projet personnalisé (55% environ) ▪ Une démarche de réactualisation non encore effective 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation de 100% de projets ainsi que la réactualisation annuelle pour tous les résidents concernés ▪ Ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis à la grille de suivi d'objectifs de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un CVS en place, qui fonctionne en conformité avec le cadre légal et présente une assez bonne dynamique ▪ La présidente du CVS est une résidente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les comptes-rendus de CVS ne font pas l'objet d'une présentation orale aux résidents ou d'une autre forme de comptes-rendus adaptée au public 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapter la restitution des comptes-rendus aux résidents ▪ Diffuser les coordonnées de leurs représentants aux familles
La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les feuilles de demande, signées des résidents et remontées à la direction ▪ La posture d'écoute et adaptation quotidienne des salariés 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systématiser et tracer le recueil de l'expression des résidents ▪ Transformer leurs remarques en actions d'amélioration intégrées au PACQ

4.3.5 La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des outils formalisés, diffusés, affichés dans l'établissement et remis dans le cadre de la procédure d'admission et à tout nouveau salarié ▪ Des outils conformes ▪ Un règlement de fonctionnement traduit en créole ▪ Un droit à l'information effectif ▪ Un droit à l'autonomie respecté et encouragé dans le cadre de l'accompagnement ▪ Un droit à l'intimité respecté ▪ Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées ▪ Un respect effectif des liens familiaux et amicaux ▪ Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté, de même que l'exercice des droits civique est soutenu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une adaptation encore perfectible des documents à la compréhension des résidents et un règlement de fonctionnement non affiché ▪ La non communication aux usagers et familles des modalités de consultation du dossier ▪ Un équilibre droit à l'autonomie/droit à la protection en la défaveur de la protection ▪ L'absence de réflexion sur la vie affective et sexuelle des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre l'adaptation des outils à la compréhension des usagers (règlement de fonctionnement notamment) et afficher le règlement de fonctionnement ▪ Formaliser les modalités de consultation du dossier usager et les communiquer (livret d'accueil/règlement de fonctionnement, évocation lors de l'admission) ▪ Valoriser le droit à la protection notamment chez les chuteurs ou personnes à risque de chute (en bon équilibre avec la promotion de l'autonomie) ▪ Améliorer la mise en œuvre du droit à la vie affective et sexuelle : <ul style="list-style-type: none"> - Structurer une réflexion en équipe - Mettre en œuvre une action de formation - Formaliser des règles et des dispositions précises sur la vie affective et sexuelle et les communiquer (projet d'établissement, règlement de fonctionnement,...)
Sécurité des lieux et de personnes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, dispositifs de contention en dernier recours ▪ Un avis favorable de la dernière commission de sécurité ▪ Des documents obligatoires à jour et disponibles ▪ Au moins deux exercices d'évacuation par an et des professionnels formés chaque année à la sécurité incendie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des opérations de prévention, de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,...) non encore effectives à date d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer régulièrement les opérations de prévention et de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,...) et alimenter le carnet sanitaire mis en place par l'établissement en septembre 2014

<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le département Pôle et Travaux de la Fondation ▪ Des normes HACCP effectives à la cuisine centrale et sur l'établissement et appropriées par les professionnels ▪ Un circuit du linge propre/sale respectueux des normes RABC ▪ Existence d'une PUI et d'un circuit du médicament globalement sécurisé ▪ Une astreinte de direction assurée en permanence ▪ L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuite, nuit/jour) ▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace avec une présence IDE : consignes et procédures formalisées, professionnels formés ▪ Des locaux DASRI bien entretenus et sécurisés ▪ Une gestion formalisée et effective des remplacements (pool de remplaçants) ▪ L'existence d'un DLU ▪ L'existence d'un DARI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un DARI sans plan d'action ▪ Un Plan bleu et un PCA pas complètement finalisés sur l'établissement ▪ La mise en tension des personnels de maintenance du Pôle gérontologique et le non traitement de petits travaux de maintenance dans les chambres ▪ La coordination avec le Service Plans et Travaux ▪ Une sécurisation du circuit du médicament encore perfectible : problème de la signature de la distribution des médicaments par les AS/AMP ▪ L'absence de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions ▪ Finaliser les Plan Bleu et PCA ▪ Améliorer la coordination avec Plans et Travaux, revoir la mobilisation des 3 agents du Pôle et prévenir à l'avenir le non traitement durable des petits travaux de maintenance dans les chambres pour ne pas abaisser la qualité des conditions d'hébergement ▪ Trouver une organisation permettant d'assurer la sécurisation totale du circuit du médicament ▪ Formaliser un dispositif de signalement des événements indésirables
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif de prévention des risques professionnels mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP, disponibilité et communication de la direction ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : mobilité interne possible, dispositif de formation, analyses de pratiques, etc. ▪ Des analyses de pratiques organisées régulièrement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUERP ne prenant pas en compte la pénibilité et les risques psychosociaux ▪ L'absence d'entretiens d'évaluation professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer une démarche sur la pénibilité et les risques psycho-sociaux et intégrer ces risques au DUERP ▪ Organiser des entretiens d'évaluation professionnelle (EAE)

<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'établissement ▪ Promotion de la bientraitance au cœur du projet (projet d'établissement, ...) et à travers des sensibilisations et formations Humanitude à destination des professionnels de l'établissement ▪ Un référent Humanitude ▪ Une organisation permettant l'échange sur les pratiques (temps de réunion et échanges avec l'ensemble des équipes) ▪ Une très bonne connaissance de l'obligation de signalement de la maltraitance et de la procédure à suivre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Le rôle du référent Humanitude et ses possibilités d'actions sont flous et peu ancrés ▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance n'est pas affiché 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener une démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Etayer le rôle du référent Humanitude ▪ Afficher le 3977
--	---	--	---

4.3.6 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 très positif : L'EHPAD de Bras Long propose un accompagnement de qualité aux personnes âgées qu'il accueille, et propose un bon niveau de personnalisation de la prise en charge, formalisé dans les projets personnalisés et mis en œuvre au quotidien. L'EHPAD a développé une certaine polyvalence de l'accompagnement, lui permettant de s'ajuster au plus des près des besoins des personnes qu'elles soient en perte d'autonomie, fortement dépendantes ou atteintes de troubles de type Alzheimer. L'existence d'un PASA au sein de la structure est un atout. Les équipes, pluridisciplinaires et régulièrement formées, sont très matures, solidaires, respectueuses des usagers, et soucieuses de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli. Par ailleurs, la mission souhaite souligner la cohésion de l'équipe d'encadrement perceptible à la fois par les équipes et les familles.

L'établissement est ouvert à et sur l'environnement. La venue de bénévoles, nombreux stagiaires et d'intervenants extérieurs est encouragée. La formalisation de plusieurs partenariats des plus pertinents sur le volet santé et médico-social est à saluer. Ces partenariats participent de la bonne continuité de l'accompagnement ainsi qu'à la formation et professionnalisation des équipes. Les conditions d'hébergement sont de bonne qualité.

Les enjeux d'amélioration repérés pour l'EHPAD consistent notamment à repenser et intensifier la fonction animation au sein de l'établissement, consolider l'attractivité de l'établissement et donc le taux d'occupation (communication externe, partenariats,...), consolider la dynamique de personnalisation de l'accompagnement en ajustant le cadre organisationnel, améliorer la mise en œuvre de certains droits (protection, vie affective et sexualité, expression collective) et consolider la dynamique d'ouverture déjà engagée (partenariats, développement du réseau de bénévoles, inscription dans la vie de la cité). De plus, une négociation avec les autorités doit être menée sur deux plans : valorisation de l'hébergement temporaire et effectivité du dispositif de continuité des soins. Une réflexion sur le repositionnement des agents des services logistiques (ASL) doit également être menée de façon à mieux distinguer les fonctions soignantes des fonctions hôtelières.

On note enfin, sur la structure, **une démarche émergente et constructive en matière de qualité**, qui est à asseoir. Cette démarche et les actions d'amélioration en découlant sont à regrouper dans un Plan d'action unique centralisant l'ensemble des objectifs d'amélioration de l'établissement. La dynamique du Groupe 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'EHPAD de pérenniser la démarche Qualité engagée.

4.3.7 Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner des résidents, temps de transmission, temps d'activités/goûter
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 13 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (3) ▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (4) ▪ 5 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : X mois ▪ 10 septembre 2014 : validation du projet évaluatif ▪ 24-25 septembre 2014 : évaluation sur site ▪ 12/11/2014 : remise du pré-rapport ▪ 30/12/2014 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 jours
Date de début et de fin de mission	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 septembre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 30/12/2014 (envoi du rapport final)

PARTIE 5 - EVALUATION DE L'EHPAD RAVINE BLANCHE

5.1 Résultats de l'analyse détaillée

5.1.1 La stratégie du service

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

L'EHPAD de Ravine Blanche ne dispose pas de Projet d'Etablissement à jour, l'établissement fonctionne avec le projet d'ouverture (mai 2012).

Une trame commune aux établissements du pôle gériatrique Roger André existe. Elle intègre les éléments de contenu au regard de la réglementation en vigueur et de la recommandation de bonne pratique de l'Anesm :

- L'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire ;
- Les missions, cadre juridique,
- Le public accueilli et son entourage ;
- La nature de l'offre de service et son organisation ;
- Les principes d'intervention Les professionnels et les compétences mobilisées (organigramme, projet social, soutien des professionnels, interdisciplinarité...);
- Les partenariats et l'ouverture sur l'environnement ;
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement ;

Toutefois, la trame n'intègre pas les orientations des politiques nationales (plan grand âge, plan Alzheimer,..) **régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012, schéma gériatrique).

La pertinence et la cohérence de la stratégie

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

Compte tenu de l'absence de projet abouti, la mission ne peut émettre de jugement. Toutefois, la trame intègre une partie dédiée à la fondation et ses orientations et la procédure prévoit une étape de présentation et de validation par la Commission Personnes âgées de la fondation et une approbation par le Conseil d'Administration.

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

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

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan bien vieillir, Plan Alzheimer, etc..). En effet, à titre illustratif, la présence d'un PASA, d'un accueil de jour, d'une unité Alzheimer l'atteste.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'établissement s'inscrit dans les orientations régionales du SROSMS du schéma gériatrique.

Enfin, une convention tripartite CPOM a été signée en 2009 avec les autorités de tarification. La deuxième sera signée pour la période 2014-2018. Les EHPAD ne sont pas inclus dans ce CPOM. Toutefois, il est fortement envisagé d'élaborer un CPOM spécifique aux EHPAD en 2015.

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

Au plan de la localisation, l'implantation de l'EHPAD dans le centre de Saint Pierre, en bord de mer, présente de nombreux avantages : cadre de vie, proximité avec un grand nombre d'équipements et de services notamment médicaux (centres hospitaliers) ou d'autres acteurs qui pourraient être mobilisés dans le cadre de la prise en charge (établissements et services médico-sociaux, services mobiles, associations de bénévoles,..).

L'établissement s'inscrit dans la réponse aux besoins du territoire. Avec un taux d'occupation de 96.71% en 2013 (taux légèrement supérieur au taux d'occupation alloué au niveau du Pôle Gérontologique (96.49%), l'établissement bénéficie d'une bonne attractivité et s'inscrit dans une réponse aux besoins des populations du territoire.

Le GMP de l'établissement est très élevé (805) et l'établissement est confronté à un manque de candidats à l'admission présentant un niveau de dépendance moins élevé (GIR 3 et 4).

Par ailleurs, l'hébergement temporaire ne fonctionne pas. Si l'établissement dispose en théorie d'une place attitrée (4 initialement) comme les autres EHPAD de la fondation, le dispositif ne fonctionne pas. Une réflexion est en cours avec les autorités sur les réponses à apporter.

Certaines composantes de l'offre de service et de la prise en charge proposée permettent une bonne prise en compte des besoins du public accueilli :

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, un accueil de jour et un PASA.
- Des locaux très récents offrant un certain nombre d'attraits (chambres et salles de bains individuelles, salle snoezelen, salle d'animation, etc..) répondant aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur tout en assurant un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents.
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

Des projets en cours ou à venir (aménagement des espaces extérieurs et notamment du jardin, réagencement de l'accueil, reconfiguration envisagée des étages) participent de l'adaptation de l'offre aux besoins.

Au plan des moyens humains, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,64, le ratio soignant de l'ordre de 0,43. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences. Parmi les points forts de l'établissement, notons la présence d'IDE de nuit et un plateau paramédical diversifié (**kinésithérapeute, ergothérapeute, art thérapeute**) ainsi qu'un encadrement intermédiaire renforcé.

A date d'évaluation, tous les postes sont pourvus à l'exception d'un poste de psychomotricien (sur l'accueil de la PASA) et de 2 ASL, postes gelés afin de recruter 7 contrats d'avenir

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'adaptation en continue des compétences des professionnels. La politique de formation a accompagné nombre de démarches de qualification ces dernières années et de formation professionnelle continue (bientraitance/humanitude, douleur et soins palliatifs, etc.).

Néanmoins, la mission d'évaluation met en évidence un point d'attention : les agents des services logistiques, en vertu des fiches de poste et de tâches sont mobilisés sur des tâches hôtelières mais aussi sur des tâches de soin. Si leur rôle et les attendus diffèrent en partie des AS et AMP, un pan de leur activité est commun. Les ASL ont par exemple la charge de toilettes légères ou en binômes avec un personnel diplômé. Si ce positionnement s'inscrit dans une logique de parcours de qualification et de management (développer les compétences, polyvalence, stimulation de l'intérêt du travail) et bien qu'il ait fait l'objet de limitations (ex : réalisation uniquement de toilettes légères en moins grande quantité, intervention en binômes sur des toilettes plus

lourdes), elle recèle également un certain nombre de risques en terme de qualité de prise en charge (toilette mal réalisée, ..), de glissement de fonction et de responsabilités de tâches.

Au plan des moyens matériels, si l'établissement dispose des équipements nécessaires (lits, verticalisateurs, véhicules,..), la conception et la configuration des locaux, pourtant récents ne sont pas optimales (cf partie qualité du cadre de vie) et impactent négativement la qualité de la prise en charge.

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

Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne¹⁰

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

Le référentiel créé par les référents qualité des 5 EHPAD de la Fondation, intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm. L'évaluation s'est bien appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...).

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : à chaque personnel de l'établissement a été confiée la rédaction d'une « fiche verte » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème).

Par ailleurs, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation et a mené à la création de certaines actions.

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle. Pour chaque sous-thème du référentiel, les idées clés sont renseignées et les points forts et les points d'amélioration de l'établissement sont clairement mis en évidence.

Toutefois, des axes d'amélioration peuvent être considérés :

- L'organisation de la démarche d'évaluation interne **ne s'est pas appuyée sur un COFIL** élargi à toutes les composantes métier de l'établissement. La référente qualité était seule pour piloter la démarche ;
- Il n'y a pas eu de **groupes de travail** associant les personnels mais seulement des contributions individuelles. L'évaluation interne n'a donc pas été l'occasion d'un vaste échange entre les personnes et, pour la mission d'évaluation, n'est pas pleinement participative ;
- **L'association plus directe des résidents et familles** (ex. au sein des groupes de travail, au sein du COFIL d'évaluation) ;
- **L'association des partenaires** de l'établissement de la même manière que les résidents et familles.

Priorisation et communication des propositions d'amélioration

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action pluriannuel (PAP) a été réalisé**. Comportant 52 actions, son dimensionnement est adapté, maniable. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'action, les effets attendus, les moyens à mettre en œuvre, le niveau de priorité et de difficulté, le délai de réalisation et l'échéance. Une **fiche de suivi est associée à chaque action** et détaille les modalités de mise en œuvre (dont responsables de l'action et effecteurs) et d'évaluation (indicateurs).

En revanche, la communication de la démarche aux parties prenantes est un axe d'amélioration important :

- **L'information** sur le déroulement de la démarche, son avancée et ses résultats (présentation du plan d'action final en réunion, affichage, etc.) a été notablement insuffisante. Les professionnels ne se sont pas approprié la démarche d'évaluation interne ;

¹⁰ 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, le plan d'action n'a pas fait l'objet **d'échanges en CVS**.

Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

Il n'a pas été constitué de Groupe qualité afin de mettre en œuvre le PAP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement. La référente Qualité seule est en charge du pilotage de la mise en œuvre et du suivi. **Au moment de la visite sur site, un projet est en cours de conception, prévoyant la désignation de référents adjoints en charge de suivre la mise en œuvre des 5 parties du rapport d'évaluation interne. Ceux-ci viendraient constituer le COPIL, avec la référente Qualité principale et le nouveau directeur.**

A date d'évaluation, 70% des actions du plan sont néanmoins réalisées. Parmi les plus notables : le démarrage de la démarche de projets personnalisés ; la mise en place de l'analyse de pratiques ; le recrutement d'un animateur ; etc.

Pour autant, l'établissement sera encouragé à :

- **Nommer des référents adjoints ;**
- **Instituer le Groupe qualité** responsable du pilotage de la démarche d'amélioration sur ses volets mise en œuvre et suivi. Veiller à la représentation des différentes composantes métier de l'établissement, et des usagers et familles au sein du Groupe ;
- 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'action unique** regroupant toutes les démarches d'amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du Groupe qualité ;
- **Poursuivre la communication sur le plan d'actions** et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ;
- **Veiller à mesurer et analyser les effets** des actions engagées comme prévu dans les fiches de suivi des actions. 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.

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

Le pilotage de la démarche qualité

Le pilotage de la démarche qualité revient à la référente Qualité de l'établissement (également aide-soignante) : si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne (cad qu'il existait un temps dédié à ce travail), elle ne l'est plus depuis la fin de la démarche. Il n'y a pas de groupes de travail prévus pour l'instant **avec les professionnels** sur des thèmes qualité. Par ailleurs, leur appropriation de la démarche qualité (comme mise en mouvement perpétuelle) n'est pas développée.

Ainsi, la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité est à soutenir au sein de l'EHPAD : cf. remarque *supra* sur le Groupe Qualité et les référents adjoints ; valorisation de la fonction référente qualité en ETP ; réflexion/travail actif des professionnels sur les thèmes qualité ; etc.

Le recueil de la satisfaction des usagers

Le recueil de la satisfaction des usagers n'est pas effectif sur l'établissement en dehors de la tenue du Conseil de Vie Sociale :

- Il n'existe pas de **procédure** de recueil de la satisfaction, structurant et articulant les différentes modalités de recueil et la centralisation du suivi de la satisfaction, en lien avec la dynamique d'amélioration continue ;
- Il n'existe pas d'**enquête de satisfaction régulière** (de préférence annuelle) ;
- Il n'existe pas d'autres modes de recueil de la satisfaction comme la réunion mensuelle des familles organisées sur l'EHPAD de Bois d'Olive.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés de façon informelle. Ainsi, l'établissement sera invité à définir ces modalités de recueil et de traitement afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations, une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'actions correctives.

La gestion documentaire

De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD de la Ravine Blanche. Les protocoles de soin sont accessibles dans des classeurs dans les bureaux infirmiers. **Ils sont connus de manière hétérogène par les professionnels.**

Toutefois, la gestion documentaire n'est pas structurée. Il n'existe pas de réelle pyramide documentaire, procédure des procédures au sommet, liste des procédures et suivi des mises à jour nécessaires, homogénéité de contenu des points de mise à disposition des procédures, etc. De plus, l'accès à toute la gestion documentaire n'est pas centralisé (pas de « Point Qualité »). Les documents liés à la qualité se trouvent dans le bureau du directeur, non accessibles.

Les grands enjeux se dessinant quant à la gestion documentaire sont les suivants :

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

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

Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm ont fait l'objet d'une exploitation à l'occasion de l'évaluation interne.

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

- **La démarche de projet d'établissement ne s'appuie pas sur la recommandation de bonne pratique associée.** Les grandes démarches structurantes de l'établissement doivent prendre en compte ces outils (Projet Personnalisé, PE, etc.). D'ailleurs, le projet d'établissement en cours pourra dédier une partie/un paragraphe à la présentation de l'Anesm et ses RBPP ;
- **Les RBPP n'ont pas fait l'objet d'une diffusion au sein de l'EHPAD et ne sont pas disponibles sous format papier ;**
- **Les équipes ne les connaissent pas et ne s'y réfèrent pas dans leur travail, lors des réunions en équipe.**

5.1.3 Le parcours de l'utilisateur

Le processus d'admission et d'accueil

Accueil physique et téléphonique

L'accueil téléphonique de l'EHPAD Ravine Blanche et de son Accueil de jour est géré par une secrétaire d'accueil en CAE présente 3 semaines par mois. En son absence l'accueil est à la charge de la secrétaire de direction. L'accueil physique et téléphonique est effectif de 8h30 à 16h30 voire 17h. En dehors de ces horaires, les appels sont transférés vers les portables des infirmières (DECT), de sorte que l'accueil téléphonique soit effectif 24h/24. La continuité est assurée le week-end et jours fériés de la même manière.

L'accueil physique est également assuré par la secrétaire d'accueil depuis un bureau vitré donnant immédiatement sur le hall d'entrée. Les conditions matérielles d'accueil physique sont assez satisfaisantes (aménagement convivial du hall avec des fauteuils, décoration et affichages, plantes).

Toutefois, deux problématiques ont été remontées par l'établissement concernant l'accueil physique :

- **La signalétique et la configuration extérieures sont peu efficaces.** La plupart des personnes ne prennent pas le grand plan incliné extérieur, d'abord faute de repérage de l'accueil, ensuite parce qu'ils préfèrent l'entrée abritée, proche du parking et accessible du niveau -1. Ceci présente l'inconvénient de faire passer les visiteurs devant les locaux DASRI et poubelles ;
- Par ailleurs, lorsque la secrétaire de direction est en charge de l'accueil (en l'absence de la secrétaire d'accueil 1 semaine par mois), la secrétaire de direction occupe le bureau à l'accueil afin d'accueillir les visiteurs et autres tiers dans le hall d'entrée.

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 pourra également être détaillée dans le projet d'établissement de la structure. **Une liste d'attente existe.** Elle est tenue à jour par l'assistante sociale, premier interlocuteur des postulants (rôle d'information et de déclenchement du processus d'admission).

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 :

- Renseignement des dossiers social et médical de pré-admission ;
- Visites de pré-admission avec le médecin coordonnateur (qui se déplace aussi à l'extérieur si la personne ne peut se déplacer), l'assistante sociale, et le directeur/cadre ;
- Point / échange médecin/assistante sociale/ direction sur la décision d'admission ;
- Inscription sur liste d'attente ;
- préparation de l'entrée dès qu'une place se libère.

Les documents légaux sont normalement remis et explicités au cours du processus d'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie).

Un support vient d'être créé pour pouvoir recueillir les directives anticipées et le nom de la personne de confiance de la personne accueillie. L'établissement est encouragé à partager cet outil avec les autres EHPAD du Pôle.

Toutefois, plusieurs axes d'amélioration sont repérés :

- **L'établissement devra veiller à bien remettre les documents obligatoires de manière systématique, le contrat de séjour dans les 15 jours suivant l'admission et à récupérer ce dernier signé dans le mois ;**
- Si le consentement de l'usager/son représentant légal est recherché (obligation réglementaire), il n'est pas formalisé (support spécifique, etc.) ;
- La procédure n'est pas à jour, elle ne reflète pas exactement la réalité d'admission à l'heure actuelle.

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. Elles pourront aussi être détaillées dans le projet d'établissement de l'EHPAD.

L'accueil de nouveaux résidents est bien organisé. Les entrées se font les mardis et jeudis uniquement. Les professionnels sont **informés** d'une arrivée par différents moyens : les réunions d'équipe et PSI. Un **référént** du nouvel arrivant est désigné parmi les professionnels. Grâce aux différents contacts pris en amont avec l'établissement (visites, rencontres), les équipes peuvent s'appuyer sur le recueil de l'histoire et des habitudes de vie réalisé en pré-admission.

Une quadruple préparation de l'intégration est prévue : administrative (collecte des documents, établissement du dossier), médicale (derniers liens à établir avec les précédents acteurs de la prise en charge médicale), du

cadre de vie (préparation de la chambre, explicitation du quotidien de l'EHPAD, temps d'appropriation des lieux privés), psychologique (visites rapprochées de la psychologue au début du séjour). Le jour de l'accueil effectif, l'utilisateur est accueilli par l'assistante sociale, la cadre de santé et un personnel de l'équipe soignante (et pas nécessairement le référent). **Ces différents éléments offrent à l'utilisateur une bonne prise de repères dès l'entrée.**

L'établissement pourra néanmoins prendre en compte les pistes de progrès suivantes :

- Les résidents ne sont pas informés de manière formelle de l'arrivée d'un nouvel usager ;
- Il n'existe pas de temps symbolique (pot d'accueil, goûter de présentation.) pour marquer l'entrée à l'EHPAD et favoriser les liens et relations avec les autres usagers.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé

L'effectivité des projets personnalisés

Taux de PP élaborés *	Taux de PP signés*	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
63% (40 projets)	2% (1 seul sur 40)	NS

**Chiffre transmis par l'établissement*

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 40 projets étaient élaborés. En revanche, la contractualisation/signature des projets n'est pas organisée (seul 1 projet réalisé) et la réactualisation des premiers projets n'a pas encore démarré.

Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Les modalités d'élaboration des projets ne sont pas encadrées par une procédure et ne s'appuie encore que partiellement sur les recommandations ANESM.

La démarche mise en place inclut une approche pluridisciplinaire. Elle se déroule de la façon suivante :

- Le projet est préparé par le référent et le co-référent du résident ;
- Une réunion de travail pluridisciplinaire (« réunion de projet ») est ensuite organisée. Elle réunit Le médecin traitant, l'assistante sociale, la psychologue, le cadre de santé, le référent. Lors de cette réunion, les professionnels échangent leurs observations et bilans écrits sur la personne, prennent en compte ses souhaits et définissent des objectifs de prise en charge ;

Les réunions de projets personnalisés sont positionnées le jeudi après-midi et font l'objet d'une planification définie. Toutefois, des aléas (absence du référent ou du cadre) peuvent parfois contraindre à annuler le temps prévu.

- A l'issue de cette réunion, la rédaction du projet est réalisée par la psychologue ;

En revanche, la co-construction n'est pas pleinement effective. Plusieurs points d'amélioration sont identifiés :

- absence de temps de préparation du projet avec le résident, sa famille et son représentant légal permettant de recueillir les souhaits formalisés ; les familles et représentants légaux ne sont pas systématiquement contactés ;
- absence d'outil formalisé de recueil des souhaits (fiche de recueil) ; la consultation par la mission d'un échantillon de projets a mis en évidence l'absence de souhaits (résident et/ou représentant légal/famille) formalisés dans la trame de projet ;
- absence de rendez-vous de contractualisation/signature (1 seul projet est à ce jour signé) ;
- le projet n'est pas transmis à la personne accueillie, son représentant légal, et sa famille.

Un autre axe d'amélioration : la formalisation des projets assurée par la psychologue. La réalisation de cette tâche est très chronophage pour une seule personne et le positionnement de la psychologue sur cette fonction de coordination soulève des interrogations quant à la viabilité du système dans la durée : comment assurer chaque année la coordination de l'élaboration des nouveaux projets et de l'actualisation des anciens, les rendez-vous de signature ainsi que sa fonction propre de psychologue. Des ajustements doivent donc être envisagés pour garantir une organisation efficace et pérenne dans le temps.

Le contenu du projet personnalisé

Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente contenant les éléments suivants :

- Histoire de vie :
 - familiale,
 - professionnelle,
 - sociale
- les habitudes de vie
- le recueil des attentes et souhaits du résident.
- Projet : objectifs et moyens

La consultation d'un échantillon de projets lors de la visite sur site met en perspective la qualité du contenu et l'homogénéité d'un projet à un autre. En revanche, la case recueil des souhaits n'est pas renseignée dans tous les projets consultés.

Les projets élaborés sont disponibles dans le logiciel PSI.

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.

Suivi et évaluation du projet personnalisé

Les modalités de suivi et d'évaluation des projets personnalisés ne sont pas encore calées et effectives.

A date d'évaluation, la réactualisation des premiers projets élaborés n'a pas encore été engagée.

La fin d'accompagnement

L'accompagnement de la fin de vie

La gestion des fins de vie ne fait pas l'objet d'une procédure. Elle pourra donner lieu à un paragraphe dans le projet d'établissement. Une conduite à tenir en cas de décès existe au niveau du Pôle.

En 2013, 4 personnels ont été formés aux soins palliatifs et tous sont sensibilisés à la gestion de la douleur par 2 référents de cette thématique de soin. Ils peuvent également s'appuyer sur :

- L'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement aux Soins Palliatifs du Groupe hospitalier Sud Réunion) qui intervient une fois par trimestre auprès des équipes de l'EHPAD pour des sessions de sensibilisation et retour d'expérience ;
- ASP Sud Réunion, réseau de bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs ;
- La psychologue de l'établissement (soutien psychologique potentiel aux usagers, familles et équipes).

Par ailleurs, **l'établissement procède au recueil des souhaits post-mortem** (obsèques, veille mortuaire souhaitée, cérémonies religieuses à respecter, personnes à prévenir...) et dispose d'un salon mortuaire.

L'EHPAD sera encouragé à poursuivre cette dynamique. Pourront également être mis en place :

- La rédaction d'une procédure de fin de vie et conduite à tenir en cas de décès ;
- Un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression programmés de manière réactive et en présence des personnes les plus concernées).

Les réorientations

Les réorientations sont rares vue l'attractivité de la Ravine Blanche (surtout). Il peut s'agir d'un retour à domicile (4 en 2013) ou d'une orientation vers un autre EHPAD du Pôle (mais à ce jour les réorientations ont plutôt tendance à se faire vers la Ravine blanche), un autre EHPAD de la Fondation Père Favron, ou de l'île.

Les décisions de réorientation sont travaillées avec l'usager et son représentant légal. L'assistante sociale peut éventuellement aider à la recherche d'un nouveau lieu, ainsi qu'aux démarches administratives. **L'EHPAD communique bien à la structure d'accueil les documents utiles à la continuité de l'accompagnement.**

5.1.4 La qualité de l'accompagnement proposé

Qualité du cadre de vie

Les locaux

Les locaux de l'établissement sont récents (2011). S'ils permettent une bonne individualisation de la prise en charge (chambres exclusivement individuelles et dotées de salles de bain privées) et offrent certains espaces collectifs de qualité (salles de vie, salle d'animation, salle snoezelen, locaux de l'accueil de jour,..), plusieurs points particulièrement problématiques sont identifiés :

- locaux de conception très hospitalière couplés à un manque d'investissement des lieux (décoration,..) renforçant ainsi cette impression de froideur et médical, loin de la réalité d'un lieu de vie. Un travail avec les résidents serait intéressant (comme amorcé sur l'unité du deuxième étage), pour leur bonne appropriation du lieu de vie.
- l'établissement comporte des lieux vides, très peu accueillants (ex. extrémités des couloirs non aménagés)
- organisation non rationnelle des étages
 - o positionnement de l'unité Alzheimer au RDC ;
 - o les personnes les plus autonomes vivent au deuxième étage. Leur sortie à l'extérieur n'est pas favorisée alors que ce public serait le plus à même de profiter de l'ouverture du rez-de-chaussée et d'y ramener un peu d'animation
 - o les personnes grabataires habitent le premier étage. Celui-ci comporte une terrasse et salle d'animation couverte ne répondant pas aux besoins des personnes très dépendantes. Cet étage pourrait avantageusement accueillir l'unité Alzheimer, mais une unité Alzheimer de 33 lits serait très difficile à gérer.
- problématique importante de circulation liée notamment au manque et aux conditions d'utilisation des ascenseurs (utilisation pour le circuit linge propre/linge sale, locaux du personnel situés au 3ème étage impliquant des allers et retours des professionnels et donc une utilisation importante des ascenseurs, ..) ;
- les jardins et espaces extérieurs sont encore à investir davantage ;
- taille réduite des offices.

L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est effectué indifféremment par les ASL, aide-soignants et AMP. En effet, l'ensemble de ces personnels effectue à la fois les toilettes et le ménage des chambres et des offices alimentaires. Les couloirs, les espaces communs et les bureaux sont entretenus par un prestataire extérieur.

Le ménage des chambres est effectué quotidiennement, en théorie - lorsque l'équipe n'est pas en sous-effectif, en semaine mieux qu'en weekend. **Une traçabilité effective du ménage est en place** : dans un classeur de tâche situé dans les offices ménage à chaque étage ; PSI est également utilisé pour tracer les passages. La traçabilité est vérifiée toutes les semaines par la cadre, qui passe également régulièrement sur les unités pour en vérifier la propreté. **La mission d'évaluation a pu constater la propreté des chambres et autres locaux lors de la visite d'évaluation.**

La prestation ménage est également en conformité globale avec les normes d'hygiène et de sécurité : un classeur de protocoles et fiches produit dans chaque office ménage, la formation des professionnels ASL au bio-nettoyage, des contrôles bactériologiques réguliers. **Toutefois, les charriots et produits d'entretiens sont stockés dans un local sécurisé sur l'unité Alzheimer mais pas aux autres étages.**

L'entretien du linge

L'entretien du linge plat, du linge des résidents et des tenues professionnelles est entièrement externalisé, pris en charge par le prestataire Tounet en livraison sous 24h du lundi au samedi. La lingère à temps plein de l'EHPAD est en charge de réceptionner le linge propre (chaque soir), le trier et le dispatcher dans les étages et les chambres, réceptionner le linge sale dans le local dédié où les équipes soignantes le déposent. Depuis début 2014 et suite à des pertes importantes de linge par le prestataire, la lingère suit également les quantités de linge envoyées et reçues du prestataire, par le biais de fiches de comptage du linge sale renseignées pour chaque résident par l'équipe soignante.

L'organisation de la prestation linge est structurée, bien organisée. Quant aux normes d'hygiène et sécurité en interne, elles sont globalement respectées au sein de l'établissement (lieux de stockage distinct, non croisement du propre et du sale). **Toutefois, la mission d'évaluation note que le linge sale centralisé au sous-sol est transporté par l'ascenseur central. Or cet ascenseur est également utilisé par les résidents, professionnels, familles et autres visiteurs sans avoir été désinfecté après passage du linge. Par ailleurs, la qualité de la prestation est mise en péril par les nombreuses pertes de linge et le linge abimé, du fait du prestataire. Ceci a fait l'objet de nombreuses plaintes des résidents et familles. La situation ne semble pas s'améliorer durablement.**

La restauration

La confection des repas de l'EHPAD est effectuée par la cuisine centrale du Foyer Barbot (même site que l'EHPAD Bois d'Olive), qui livre les trois EHPAD du Pôle gérontologique Roger André (ainsi qu'une quinzaine d'autres établissements de la Fondation du Sud de la Réunion). La cuisine centrale prépare ainsi 1800 repas par jour, allotés pour 57 points de restauration différents, en s'appuyant sur ses 26ETP dont un chef de cuisine, 3 sous-chefs, des ouvriers qualifiés et ASL, 1 secrétaire et 1 magasinier.

Les livraisons des déjeuners et dîners de l'EHPAD s'effectuent 2 fois par jour (11h30 et 17h) en liaison chaude. Les repas sont pris en salles à manger collectives situées à chaque étage ou bien en chambre. Servis à 12h et 18h, le déjeuner et le dîner durent environ 45 minutes. Le petit-déjeuner est servi à partir de 7h30 au gré de l'arrivée des résidents en salle à manger : la création du poste M7 permet de soutenir l'organisation en place pour la matinée en prenant en charge la distribution des petits déjeuners (et l'animation). La distribution est donc respectueuse du rythme des résidents. Un goûter et une collation de nuit sont prévus.

Les règles liées à la démarche HACCP (contrôles, prises de température, prélèvements) sont bien respectées, tant au niveau de la cuisine centrale qu'au niveau des points de restauration et offices alimentaires. Le respect de la marche en avant est assuré en cuisine centrale. En revanche, elle n'est pas toujours possible dans les offices alimentaires de l'EHPAD Ravine Blanche. La cuisine centrale effectue tous les relevés de température nécessaires ainsi que l'échantillonnage de chaque denrée et ses versions en texture modifiée (conservés et détruits tous les sept jours) ; les consignes transmises aux établissements pour faire de même (températures et échantillons) sont rigoureusement respectées à la Ravine Blanche, et les classeurs de traçabilité afférents sont dûment remplis. Les professionnels de l'EHPAD disposent également des procédures d'hygiène et sécurité adéquates dans les offices alimentaires et sont régulièrement sensibilisés/formés aux normes HACCP. Enfin, la cuisine centrale fait l'objet de prélèvements et analyses hebdomadaires aléatoires par un prestataire, ainsi que d'un audit externe 3 fois par an. Le plan d'action qui en découle est suivi lors de réunions régulières.

Au niveau de l'EHPAD de la Ravine Blanche de même qu'au niveau des deux autres EHPAD du Pôle, des prélèvements (alimentaire et de surface) et analyse bactériologiques sont effectués par un laboratoire extérieur trimestriellement, qui attestent de résultats globalement satisfaisants.

Les menus, affichés dans l'établissement, sont élaborés par la cuisine centrale sur un cycle de 5 semaines, mais ne sont pas validés par une commission de restauration et une diététicienne. Les repas sont confectionnés dans

le **respect des régimes individuels** avec des préparations et textures particulières adaptées le cas échéant (normale, hachée, mixée). Les habitudes alimentaires culturelles et cultuelles sont également respectées (ex. sans porc) et des plats de substitution sont disponibles. Enfin, de plus en plus **d'événements particuliers et festifs** sont marqués par un menu spécial : une grille de menus complémentaires a été mise en place (ex. repas à thème « Chine »). Le gâteau d'anniversaire est en revanche prévu par l'établissement.

Les résidents et familles interrogés dans le cadre de la mission d'évaluation ont fait part d'une relative satisfaction quant à la qualité de la restauration. Les familles apprécient que les plats créoles soient conservés dans l'alimentation de leurs parents.

Les éléments de réflexion/pistes d'amélioration à considérer sont les mêmes que sur Bois d'Olive et Bras Long.
Pour rappel :

- **La cuisine centrale ne dispose pas de diététicienne.** Si la cuisine centrale dispose d'un logiciel permettant le suivi des apports alimentaires, l'équilibre des repas reste un point de questionnement de la mission d'évaluation. Tenant compte des habitudes alimentaires très fortes à la Réunion (le riz à la base de l'alimentation, le « grain » et un « carri » à chaque repas), la mission souhaite cependant encourager la cuisine centrale à poursuivre ses efforts sur la variété des denrées et l'équilibre des repas. A noter qu'un audit sur le public des personnes âgées avait déjà entraîné la modification des plans alimentaires (apport en laitage, légumes crus, fruits...);
- **Les résidents ne sont pas associés à la prestation** par le biais d'une commission restauration ou menu (la mise en place de telles commissions est toutefois prévue par la cuisine centrale pour 2015). Les questions relatives à la restauration ne sont pas non plus abordées en CVS ou par le biais d'une enquête de satisfaction ;
- **L'horaire du dîner (18h) et du petit-déjeuner (7h30)** ne permettent pas de respecter le temps de jeûne nocturne recommandé par la HAS (inférieur à 12h) ;
- **La cuisine centrale a émis des doutes sur l'actualisation effective de la liste des régimes spécifiques** par les établissements qu'elle livre (50% des résidents déclarés comme nécessitant un régime spécifique). La mission d'évaluation l'encourage à déployer son plan d'action pour y remédier (mise en place du logiciel Salamandre dans chacun des établissements).

L'observation d'un temps de repas dans l'unité des personnes très dépendantes a permis de noter le bon déroulement de ce moment de la journée des résidents. Ces repas sont pris en petit groupe sous la responsabilité d'un personnel soignant en charge de la prise des températures, de l'aide au repas voire du suivi des ingestats en cas de dénutrition, puis du nettoyage du point de restauration.

L'accompagnement proposé

Les soins

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

Tout comme il n'existe pas encore de projet d'établissement au sein de la structure, il n'existe pas de projet de soins formalisé avec le concours de l'ensemble de l'équipe soignante.

Le Médecin Coordonnateur (MEDEC) intervient à hauteur de 0,3ETP et assure une présence quotidienne. Elle est secondée par un médecin traitant présent tous les jours de la semaine sauf le mercredi (0,5ETP – médecin généraliste et gériatre-psykiatre) : ce médecin traitant suit l'ensemble des résidents. **Les missions du médecin coordonnateur, fixées à l'article D312-158 du CASF sont globalement bien mises en œuvre sur l'établissement :**

- un avis médical est donné sur les **admissions** : le médecin coordonnateur participe à toutes les admissions, et donne son avis sur les demandes à l'étude. Il veille notamment à la compatibilité de l'état de santé du candidat avec les capacités d'accompagnement de l'institution, et peut dans ce cadre effectuer des visites à l'extérieur si le candidat ne peut pas se déplacer. La création récente par le MEDEC d'une fiche de recueil des directives anticipées et de la personne de confiance est à porter au crédit de l'établissement (bonne pratique à reprendre au niveau du Pôle) ;
- une **Commission de coordination gériatrique (arrêté du 5 septembre 2011)** est organisée 2 fois par an : elle réunit les soignants et paramédicaux de l'EHPAD, tous les partenaires extérieurs du champ

thérapeutique, la PUI, le directeur et la directrice de Pôle, un membre du conseil d'administration Père Favron, les représentants des usagers et familles, et le médecin coordonnateur qui l'anime. Ces réunions de la Commission **de coordination** gériatrique jouissent d'une très bonne participation et permettent d'évoquer le bilan d'activité de l'année précédente, des topos didactiques (ex. chutes, GMP et charge de travail, médicaments, soins palliatifs, etc.) et de répondre aux questions des usagers et familles ;

- **l'évaluation de la dépendance et des besoins en soins requis est réalisée.** Une évaluation du GIR est réalisée par le MEDEC et avec le concours de l'équipe soignante dès le premier mois suivant l'admission, puis réévaluée 3 à 4 fois par an et en cas d'hospitalisation ou dégradation. Le **GMP** est synthétisé annuellement : il est en **forte croissance depuis 2013 (passage de 763 759 à 805 en 2014)**, dû aux nouvelles admissions et à l'aggravation du GMP des anciens résidents. Cette situation met en difficulté les équipes (inadéquation des moyens), c'est pourquoi la structure va veiller lors des prochaines admissions à recruter des résidents moins dépendants. Quant au **PMP**, il est évalué tous les 2 ans par le MEDEC et les IDE. Son calcul n'est intervenu qu'une fois en septembre 2013 : pour un résultat de ~~199~~ 190 ;
- **le médecin contribue à la définition et à la mise en œuvre du plan de formation** en coordination avec le Directeur (cf. politique de formation *infra*) et rediscuté puis validé au niveau du pôle ;
- **une veille sanitaire est assurée** : par la formalisation et mise en place de procédures, et les signalements ad hoc à l'ARS en cas d'épidémie conjoncturelle. Le médecin coordonnateur participe au réseau Clin et un DARI a été réalisé (mais ne comporte pas de plan d'actions) ;
- **le médecin coordonnateur veille à renforcer la continuité des soins** : une convention de partenariat est établie avec l'UMASP, et des liens fluides existent avec ses services de MC, spécialités, etc., du CHU-GHSR de St Pierre ; les services de gériatrie des hôpitaux de St Louis et St Joseph ; l'UCC du Tampon. D'autres partenaires interviennent au bénéfice de la continuité de l'accompagnement à la Ravine Blanche : l'ARAR-HAD, un laboratoire d'analyse, les bénévoles de VMEH, etc. **Ce dispositif permet de répondre adéquatement aux besoins sanitaires du public de l'EHPAD.** A noter qu'une Equipe mobile Psychogériatrique va prochainement être créée au CHU ;
- **le médecin coordonnateur a collaboré à la mise en œuvre du réseau gérontologique** Sud Réunion. Or, le projet a été stoppé récemment ;
- le médecin coordonnateur établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale ;
- le médecin coordonnateur veille à la constitution d'un dossier de soin pour chaque résident ;
- en collaboration avec le médecin traitant présent sur l'établissement, des prescriptions médicales sont établies pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux.

Toutefois, certains aspects de la réalisation des missions du médecin coordonnateur sont perfectibles :

- **Formaliser le projet de soins** avec le concours de l'ensemble de l'équipe soignante, et coordonner et évaluer sa mise en œuvre ;
- **Rendre plus dynamique le partage des bonnes pratiques gériatriques.** A date d'évaluation, le médecin coordonnateur ne partage pas de temps de réunion avec les IDE (absentes de la réunion des cadres du lundi) ou avec les équipes soignantes (le MEDEC ne peut plus assister aux réunions d'équipe du jeudi). Elle n'a donc pas l'opportunité de procéder à des temps d'échange et sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques ;
- Etablir des **procédures d'urgence** (fugue, décès, urgence médicale en présence ou en l'absence des médecins, etc.) ;
- Le DARI n'a pas donné lieu à un plan d'action suivi dans le cadre de la **veille sanitaire**.

L'organisation et la coordination des soins

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin traitant employé par l'EHPAD qui assure les prescriptions sur PSI.

La coordination des soins est assurée par la cadre de proximité (en cours de formation CAFERUIS) : gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin, les rééducateurs et les équipes, coordination avec les intervenants extérieurs et bénévoles, coordination avec les familles.

L'organisation mise en place permet d'assurer une bonne continuité. L'organisation horaire et la présence des professionnels se présentent comme suit :

- 3 IDE (matin et après-midi) de 6h à 20h ;
- 2 à 4 personnels soignants (AS/AMP/ASL) par étage ;
- De nuit : 3 personnels (IDE-AS-ASL) de 20h à 6h.
- L'organisation est la même le weekend.

L'intervention des autres professionnels associés aux soins est bien organisée :

- **Deux masseurs-kinésithérapeutes** couvrent ensemble un temps de travail de 1ETP et disposent d'une grande salle de kinésithérapie équipée. Ils effectuent un bilan de la personne à l'admission et dispensent un accompagnement sur prescription du médecin : suivi traumatologique, orthopédique, kiné respiratoire, etc. Ceux-ci ajustent eux-mêmes la fréquence et le type de suivi selon les besoins. Les séances sont individuelles, en chambre ou en salle de kinésithérapie : environ 50 prescriptions permanentes sont en place, et des prescriptions ponctuelles peuvent être établies.
- **L'ergothérapeute** (0,5ETP) effectue également un bilan des usagers de l'EHPAD à l'admission et dispense un accompagnement prescrit. Il assure des suivis individuels et quelques temps de groupe (gym douce) les jeudis et vendredis matin. Il gère également la mise à disposition du matériel adapté, le parc de fauteuil roulant à la sortie d'un résident, le matériel de positionnement, le matériel spécifique (vaisselle adaptée), leur entretien, etc. ;
Une autre ergothérapeute est présente à hauteur de 0,2ETP sur l'Accueil de jour uniquement (cf. *infra*). Elle propose des activités de groupe (conte, jeux, gym douce).
- **La psychologue** est présente sur l'établissement à hauteur de 0,7ETP et partage son temps entre l'EHPAD (0,5ETP) et l'Accueil de jour dont elle est la coordinatrice (0,20.3 ETP – cf. *infra*). Elle suit une trentaine de résidents en individuel (à la demande du résident ou de l'équipe pluridisciplinaire) ; elle anime un atelier mémoire sur le PASA ; un soutien psychologique aux familles est également assuré (10 familles vues chaque année en entretien ainsi que des temps informels dans les étages). Le soutien aux équipes passe par la participation de la psychologue aux transmissions et réunions d'équipe et la rédaction des projets personnalisés. A noter que la psychologue intervient aussi à la plateforme de répit de Bois d'Olive (0,2ETP) ;

Les interventions des rééducateurs de la structure sont complétées par celles de rééducateurs libéraux intervenants en semaine (2 orthophonistes venant chaque semaine) ou le weekend (1 kinésithérapeute sur 2 à 3 weekends par an).

Au total, les professionnels rééducateurs estiment disposer de moyens humains convenables pour répondre aux besoins des résidents. Quant au matériel à disposition, si la salle de kinésithérapie est de qualité, certains dispositifs ont parfois manqué (ex. coussins anti-escarres). Une commande de matériels a néanmoins récemment été passée prévoyant l'achat d'une table électrique, de matériel pour massages lymphatiques, d'un verticalisateur pour les équipes, de coussins anti-escarres.

Une formalisation des soins est assurée. Les **plans de soin** sont formalisés pour 100% des résidents sur PSI à partir des prescriptions du médecin et dès le début de la prise en charge. L'ensemble de l'équipe soignante effectue une **traçabilité des soins** et de la distribution des médicaments sur le logiciel métier PSI alimentant ainsi directement le dossier du résident (dossiers patients informatisés, ordinateur disponible à chaque étage). Il existe de nombreux **protocoles de soins (classeurs dans le bureau infirmier du premier étage)**.

Toutefois, d'importants axes d'amélioration apparaissent dans l'organisation des soins :

- L'indistinction entre aides-soignants, AMP et ASL est particulièrement problématique à la Ravine Blanche. D'abord, le taux d'ASL parmi l'équipe soignante est plus élevé qu'à Bois d'Olive et Bras Long ;

de surcroît, le fort absentéisme au sein de l'institution rend, le plus souvent, inopérante, l'idée que les ASL ne réalisent que des toilettes dites légères. Or la réalisation de soins plus lourds par du personnel non qualifié, constitue une brèche dans la sécurité et la continuité de l'accompagnement ; toutefois, les toilettes lourdes sont impérativement réalisées en binôme avec à minima soit un AS, soit un AMP. Les plans de soin nécessitent d'être ajustés par les IDE mais aussi les AS/AMP référents sur la dimension nursing. Or ces dernières n'ont pas de consignes claires sur le contenu de mise à jour et la manière d'y procéder ; de plus, il n'existe pas de temps identifié pour procéder au travail de mise à jour. De ce fait, on peut considérer que l'adaptation des plans de soin et de l'accompagnement aux besoins des résidents laisse à désirer ;

- L'appropriation des protocoles de soin par les équipes soignantes n'est pas optimale.

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

Les postures professionnelles sont respectueuses du résident au sein de l'EHPAD de la Ravine Blanche. Tous les salariés ont bénéficié de la formation Humanitude. **Les équipes témoignent également du désir de prendre en compte les habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents** (ex. adaptation aux heures de lever et coucher des résidents, possibilité de prendre ses repas en chambre ou en salle à manger). Un système de référent pour chaque résident a été mis en place. Celui-ci est désigné dès l'admission et participe à l'élaboration du projet personnalisé.

Pour autant, l'absentéisme qui sévit au sein de l'EHPAD vient mettre en tension les équipes, l'organisation, et supprime le temps nécessaire à un accompagnement personnalisé de qualité. La personnalisation des soins et de l'accompagnement constitue ainsi le principal enjeu d'amélioration de l'établissement :

- **La personnalisation de l'accompagnement soignant est soutenue par l'existence de plans de soin individualisés mais mise en péril par le manque d'effectivité des mises à jour (cadrage collectif à opérer) (cf. supra) ;**
- **La prise en compte des habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents est partielle, l'organisation même ne s'est pas encore tournée vers la personnalisation des prestations.** Les plans de soins n'intègrent pas les heures auxquelles distribuer le petit déjeuner, réaliser la toilette ou le soin, etc. A titre illustratif, même s'il est possible ponctuellement de laisser un résident dormir, de décaler un soin ou une toilette, le passage en chambre a tendance à se faire sur un mode chronologique ;
- Les temps d'observation et les entretiens menés durant l'évaluation mettent en exergue une **réalisation des soins au quotidien qui ne favorise pas le maintien ou la stimulation de l'autonomie** des résidents. Les équipes mises en tension doivent réaliser les tâches auprès du résident rapidement.
- De surcroît, **les remplaçants engagés pour pallier au manque de personnel** ne sont pas proprement accueillis, accompagnés dans la prise de poste et sensibilisés à la nécessité de la personnalisation, de la stimulation et du respect des droits des usagers.

La prise en compte des thématiques de soin spécifiques

L'accompagnement prend partiellement en compte les thématiques de soins gériatriques :

- **Le public accueilli à l'EHPAD est concerné par la problématique de la désorientation, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés – à plus forte raison que l'EHPAD dispose d'une Unité Alzheimer (UA), d'un PASA et d'un Accueil de jour Alzheimer.** Pour les patients de l'UA, un test NPI voire MMS sont réalisés ; et les patients de l'Accueil de jour ont reçu un diagnostic en amont (condition de leur admission). Ce n'est pas le cas sur le reste de l'EHPAD ;
- **Concernant la prévention des chutes,** un protocole spécifique a été rédigé. Le signalement des chutes est systématique, effectué par l'équipe infirmière sur le logiciel PSI, imprimé et signé du MEDEC puis consigné dans un classeur de chutes. Une analyse est réalisée annuellement par le MEDEC (causes, cas particuliers, liens avec les thérapeutiques), différentes actions préventives et correctives sont mises en place (vigilance sur l'iatrogénie éventuelle du traitement, vue et chaussage, éclairage, etc.) ;

- **La politique institutionnelle veut réduire autant que possible l'usage des contentions, y compris chez les sujets chuteurs.** Quelques contentions existent toutefois. Les contentions sont mises en place à la suite d'une réflexion commune de l'équipe, seulement s'il y a un risque de chute trop important (rapport bénéfice-risque défavorable) ou à la demande d'un résident (et en l'absence de contre-indication). Les contentions chimiques en particulier ne sont pas multipliées. Les prescriptions médicales de ces mesures sont systématiques, mais **valables sans date d'arrêt** (contrairement à la réglementation). Elles sont réévaluées mensuellement ;
- **Un protocole formalisé de prévention et de suivi des résidents souffrant de dénutrition existe au sein de l'établissement.** Un suivi régulier du poids est assuré pour tous les résidents, et un suivi plus intense en cas de dénutrition. La mise en place d'un régime alimentaire adapté est alors déclenchée (compléments alimentaires, textures adaptées, ...). Une liste des régimes est établie par le médecin coordonnateur. **Un suivi quantifié des ingestats est prévu dans les transmissions PSI (en % du repas) ;**
- **Un protocole en matière d'hydratation** est effectif sur l'établissement (bien qu'informel), des solutions telles que l'eau gélifiée sont essayées en cas de difficulté. **Un suivi quantifié de la consommation d'eau est prévu dans les transmissions PSI ;**
- **Un bilan incontinence** est réalisé au cours des premières semaines d'observation suivant l'admission, puis réévalué régulièrement. **La pose de protection fait l'objet d'une prescription et d'un suivi** (sur PSI : couches souillées ou pas, présence de sang, etc.). Par ailleurs, préserver la continence des résidents fait l'objet de l'attention des équipes. La prévention de l'incontinence est assurée par une mise aux toilettes régulière (plusieurs fois par jour pour chaque résident) et **prescrite dans les plans de soins** (« accompagnements WC ») ;
- **Une procédure existe sur le thème de la douleur.** Les équipes ont été sensibilisées à l'utilisation des échelles EVA et Doloplus, et des trois paliers de l'OMS. Des prescriptions anticipées existent, notamment pour les cas de fin de vie. La présence de douleur est tracée sur PSI, remontée en transmission par les équipes, de sorte que **les délais de prise en charge de la douleur n'excèdent jamais 24h** (très bonne réactivité du médecin traitant y compris les weekends). De plus, l'intervention de la psychologue, l'usage de la salle Snoezelen peuvent aider à surmonter les douleurs chroniques ;
- **La gestion des fins de vie fait l'objet d'un accompagnement adapté** (évaluation de la douleur, prévention des escarres, passage en doublon...), mis en place par l'équipe soignante. Les partenariats avec l'UMASP et l'ARAR-HAD sont en place : à noter que, comme dans les autres EHPAD, l'UMASP vient sensibiliser les équipes une fois par trimestre sur cette thématique. L'accompagnement des résidents, en fonction des croyances et des souhaits (ex. extrême onction), est effectif. L'établissement dispose d'un salon mortuaire et une aide psychologique est proposée aux résidents, familles et salariés (réunions de deuil avec les équipes). Une conduite à tenir en cas de décès existe au niveau du pôle.

Toutefois, plusieurs axes de progrès d'importance sont identifiés :

- **Le déploiement de mesures permettant une meilleure prise en charge d'Alzheimer et troubles associés est un axe d'amélioration prioritaire pour l'EHPAD.** Bien que l'institution dispose d'unités et services spécifiques aux troubles cognitifs, l'organisation de la prise en charge est très perfectible : les troubles ne sont pas évalués en cours de séjour, il n'existe pas d'organisation permettant de constater et suivre l'évolution d'un patient vers la maladie ; les équipes ne sont pas largement formées en interne (seulement 2 personnes à l'Accueil de jour et ...) ; les projets spécifiques d'accompagnement ne sont pas pleinement effectif à l'image de la démarche globale de projet personnalisé ; enfin, les locaux ne permettent pas une bonne déambulation (architecture très hospitalière : longs couloirs ne prévoyant pas d'espaces réguliers qui permettent la station assise) ;
- En 2013, **366 chutes pour 66 résidents** (sur 89 personnes accueillies) sont recensées. Le chiffre est certes à mettre en lien avec la politique de promotion de l'autonomie de l'établissement (verticalisation, liberté d'aller et venir, faible usage des contentions) et avec le fait que tout résident retrouvé au sol est considéré comme chuteur. Au demeurant, le nombre de chutes apparaît extrêmement élevé au sein de l'établissement (5,5 chutes par chuteur en moyenne) et **questionne la mission d'évaluation sur la gestion du paradoxe entre promotion de l'autonomie et droit à la protection ;**
- **Il n'existe pas de protocole encadrant la pose de contention.** Quand bien même la politique institutionnelle voudrait réduire au maximum ces dispositifs, une procédure est nécessaire – de même

qu'une liste des contentions, quotidiennement mise à jour. La prescription doit être établie pour la durée réglementaire de 24h, et réévaluée ;

- L'établissement procède à une **pesée de tous les résidents**, dans le cadre du suivi nutritionnel, mais celle-ci **n'est pas au moins mensuelle** – contrairement à la recommandation de la HAS. L'établissement est pourtant doté d'une plateforme de pesée facilitant la pesée des personnes en fauteuil. Les personnels regrettent que celle-ci soit sous clé au moment où ils disposeraient du temps pour procéder aux pesées (le weekend). A noter aussi la bonne pratique ayant cours sur Bras Long, d'organiser un COPIL nutrition une à deux fois par an au sein de l'EHPAD ;
- **La prévention et le traitement des escarres ne fait pas l'objet d'une procédure.** En 2012, **7 escarres ont été acquises au sein de l'établissement, 4 en 2013** - des créations d'escarres à lier à la maîtrise des gestes de prévention par les équipes titulaires et remplaçantes. A date d'évaluation, l'établissement ne disposait pas de tout le matériel dont il aurait besoin pour limiter les escarres (ex. coussins anti-escarre et de positionnement), mais une commande de matériel venait d'être passée. Des pistes d'actions peuvent être envisagées : rédiger une procédure, mettre en place l'échelle de Norton (pour l'évaluation du risque d'escarre) comme à Bois d'Olive, veiller à ce que les personnels effectuent les gestes de prévention (massages, changements de position, etc.), y compris les personnels remplaçants ; veiller au bon approvisionnement en matériel anti-escarres ; etc. ;
- **L'accompagnement de la fin de vie ne fait pas l'objet d'une ou plusieurs procédures** (ex. mise en place des soins palliatifs, projet de fin de vie, gestion de la douleur en soins palliatifs, décès...), précisant les différentes modalités d'intervention et les différentes étapes de l'accompagnement avec le rôle de chacun. Par ailleurs, **l'accompagnement d'une fin de vie, lorsque le cas se présente, ne fait pas l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire large** : la prescription des soins est simplement adaptée par le médecin traitant.

De manière plus générale, les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas suffisamment diffusées et partagées au sein de l'EHPAD. L'organisation actuelle ne permet pas au médecin coordonnateur de rencontrer l'ensemble de l'équipe soignante lors d'un temps de réunion régulier et de réaliser des points de sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles.

La vie sociale et culturelle

Sur l'EHPAD

L'équipe animation est composée d'une animatrice en contrat d'avenir en cours de formation BPJEPS présente 2 à 3 jours par semaine sur l'établissement (temps plein à partir de la fin de formation prévue en décembre). Le **poste M7** récemment mis en place dans les équipes soignantes de chaque étage (7h-14h) permet à l'un d'eux de se détacher pour encadrer les animations du matin avec l'animatrice. Les animations durent 1h et sont proposées **à 9h30 puis 10h30**. Les **soignants** prennent aussi théoriquement en charge l'après-midi l'organisation d'activités (mais souvent annulées faute de personnel) : elles ont lieu **entre 16h et 17h15**. L'animatrice dispose d'une salle dédiée (l'arboretum au 1^{er} étage), mais de très peu d'espaces verts.

La fonction animation n'est pas structurée : il n'existe pas de projet d'animation. En revanche, des projets d'activité sont formalisés en début d'année puis réévalués annuellement.

Les supports d'animation présentent une certaine variété (jeux de société, atelier cuisine et pâtisserie, activités manuelles, esthétique, chant, lecture, jeux de balle, effleurage, etc.). Il peut s'agir d'animations **collectives** (jusqu'à 15 résidents) ou en **petit collectif** (ex. jeux de dominos) – mais pas individuelles. Des **temps festifs** viennent ponctuer l'année : fête d'anniversaire mensuelle (préparation du gâteau et thé dansant), fête de Noël, semaine bleue, fête d'Halloween, 1^{er} de l'an, galette des rois, fête nationale, etc. **En revanche, les animations sont quasi exclusivement intérieures à l'EHPAD et peu de sorties subsistent encore (rencontre mensuelle inter-EHPAD du Pôle, aquarium, église). Il n'existe pas non plus d'actions intergénérationnelles.**

Très peu d'intervenants extérieurs viennent appuyer le dispositif interne (intervention d'une coiffeuse seulement, une fois par semaine). **Aucun bénévole n'est mobilisé** sur l'EHPAD et **les familles ne sont pas associées** à la fonction d'animation (comme c'est le cas sur Bois d'Olive).

Les temps d'animation tiennent compte du rythme des résidents (respect de la sieste, participation aux activités stimulées, mais restant optionnelle). Si l'animatrice a accès au projet de vie et habitudes de vie des personnes

sur PSI, **les souhaits et attentes des résidents en matière d'animation sont recueillis au jour le jour** par l'animatrice dans des discussions informelles avec les usagers sur les étages. Il n'existe **pas de commission animation** au sein de l'EHPAD. **En projet**, la direction et l'animatrice souhaitent instaurer une plus grande variété d'animation et un système d'inscription aux activités une semaine à l'avance. A terme, un planning personnalisé d'animation sera affiché dans la chambre des résidents.

En somme, plusieurs points de progrès existent :

- L'élaboration d'un **projet d'animation** ;
- La participation pérenne des **personnels soignants** et leur formation/coordination par l'animatrice ;
- L'association d'**intervenants extérieurs**, de **bénévoles** et des **familles** au dispositif d'animation – et leur coordination/encadrement par l'animatrice ;
- Le développement des **sorties extérieures** et des **actions intergénérationnelles** ;
- Le développement d'une **offre pour les résidents les plus dépendants** ne bénéficiant pas d'animation à ce jour : développer les animations individuelles ;
- L'association des résidents à la définition des animations : mettre en place une **commission d'animation** avec la participation de résidents ;
- La **communication** sur les animations réalisées (affichage de comptes-rendus d'animation) ;
- La mise en place d'un système de **suivi et d'évaluation** de l'animation (au plan quantitatif et qualitatif).

Sur l'Accueil de jour

A l'accueil de jour, le projet d'animation est structuré, confondu avec le projet global de l'accueil de jour (document validé datant de 2012). Tous les projet d'activités sont également formalisés et font l'objet d'une réévaluation mensuelle par l'équipe.

Les 3 AS (dont une ASG), l'AMP, l'ASL à mi-temps, l'ergothérapeute (0,2ETP) et la psychologue (0,3ETP dédiés) interviennent sur les activités de l'accueil de jour. La psychologue est également coordinatrice de l'accueil de jour (assure les visites, préadmission, la coordination de l'équipe autour des projets d'activités au quotidien, etc.). Le service est ouvert de 8h à 17h les jours de semaine.

Les supports utilisés sont variés et à visée thérapeutique : atelier cuisine et mémoire, ateliers manuels, arrosage/ jardinage et promenades, pic-nic mensuel, esthétique, contes/ jeux et gym douce avec l'ergothérapeute, revue de presse et échanges, relaxation en salle Snoezelen (une personne de l'équipe est formée), etc.

Les activités sont adaptées aux personnes accueillies et à leur rythme : plusieurs activités se déroulent simultanément auprès de petits groupes formés en fonction du niveau des résidents (groupes homogènes).

Les ressources humaines sont suffisantes à l'accueil de jour. **Le service dispose d'une très belle salle pour recevoir les bénéficiaires, dispose de la salle Snoezelen dans son aile et de tout le matériel nécessaire.**

La coordination de l'accompagnement

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

Les réunions

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

- Les réunions d'équipe du jeudi matin : elles ont lieu hebdomadairement et par étage (1h30), et sont communes aux équipes de tous les étages. Sont présents le directeur, la cadre de santé, les IDE et l'ensemble de l'équipe soignante, l'animatrice et l'équipe de l'Accueil de jour. Ces réunions permettent la passation d'informations tant sur le fonctionnement que sur l'institution, la remontée des besoins des équipes à l'encadrement et de leurs remarques sur le fonctionnement ;
- Les réunions d'encadrement du lundi : elles ont lieu hebdomadairement, en présence du directeur, des médecins coordonnateur et traitant, de la cadre de santé, de la psychologue et de l'assistante sociale. Elles permettent de passer en revue les cas d'accompagnement les plus complexes éprouvés pendant la semaine, des sujets de fonctionnement généraux (ex. organisation de la traçabilité) ;

- Les réunions d'élaboration ou de réévaluation des projets personnalisés (cf partie 3.3.2 du présent rapport) ;
- Les réunions rééducateurs un vendredi sur 2 : avec les rééducateurs et le médecin traitant (30 min) ;
- Les réunions mensuelles de l'accueil de jour : avec le médecin traitant et l'ensemble de l'équipe Accueil de jour.

La dynamique de fonctionnement des réunions apparaît relativement satisfaisante : si les ordres du jour ne sont pas systématiquement établis à l'avance, la fréquence des réunions est constante, des comptes-rendus et relevés de décision sont édités (sur PSI).

Toutefois, deux points d'amélioration sont identifiés : le créneau choisi pour la réunion d'encadrement du lundi ne permet pas la participation d'IDE ; et le MEDEC n'est pas présent aux réunions d'équipe du jeudi.

Les transmissions

Les transmissions orales surviennent à plusieurs moments de la journée :

- A 6h entre veilleurs et équipe de jour (15 min) ;
- A 13h entre les équipes du matin, de l'après-midi et des infirmières (15 min) ;
- A 20h entre personnel de jour et veilleur (15 min).

Les IDE, aides-soignants, AMP et ASL y participent.

La mission d'évaluation relève que les temps de transmission ne sont pas institués et inscrits dans le planning - l'organisation horaire théorique ne prévoit pas de temps de chevauchement. Cette situation résulte de l'absence d'accord, au niveau du pôle, lors de négociations avec les représentants des IRP. **La mission relève l'incongruité de la situation** dans la mesure où, dans la pratique, ces temps de transmissions sont réalisés par les professionnels : ceux-ci arrivent avant leur horaire de démarrage théorique ou restent un peu au-delà, pour assurer les transmissions jugées par tous indispensables à la continuité et la coordination de la prise en charge.

Deux transmissions séparées ont lieu pour les IDE d'une part, et les AS/AMP/ASL d'autre part. La mission d'évaluation a procédé à l'observation du temps de transmission des AS/AMP/ASL à 13h. Or cette observation n'a pas permis de conclure à la qualité des pratiques :

- *Le principe même de séparation des IDE et des AS/AMP/ASL est préjudiciable à la bonne coordination pluridisciplinaire des unités ;*
- *La transmission des AS/AMP/ASL s'est déroulée dans de mauvaises conditions : les agents ont échangé au milieu du couloir portant préjudice au devoir de confidentialité ; ils n'étaient pas assis, ne prenaient pas de notes, et ne disposaient pas du listing des usagers en support (pour les besoins de l'exhaustivité des transmissions).*
- *Les arrivées en transmission se sont faites de manière échelonnée.*

Quand bien même de telles pratiques ne seraient que ponctuelles voire exceptionnelles, les transmissions orales doivent être recadrées en urgence. Assurer sur ce temps clé un haut niveau de qualité, permanent et ancré, est primordial pour la bonne continuité de l'accompagnement.

Les transmissions écrites sont effectuées dans le logiciel PSI dont l'ensemble du personnel maîtrise l'utilisation : les 3 transmissions orales y sont systématiquement reportées. Les lieux de saisie des transmissions dans le logiciel garantissent la confidentialité des informations.

Le dossier de l'utilisateur

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

- Le dossier médical papier : bien que la majorité des informations soient saisies ou retranscrites sur PSI, l'établissement a besoin de conserver une version papier pour stocker l'ancien dossier médical du

patient (aussi sur PSI) et toutes les évaluations ou déclarations de chutes (impossible à consulter sur PSI après un certain temps) ;

- Le dossier social et administratif : entièrement géré par l'assistante sociale.

Les modalités de conservation et de gestion des dossiers permettent d'assurer le **respect de la confidentialité** :

- Le dossier de soin informatisé fait l'objet de droits d'accès différenciés selon les professionnels ;
- La partie médicale du dossier papier est conservée dans le bureau du médecin traitant, sous clé, et n'est accessible que du personnel habilité ;
- Le dossier social et administratif est conservé dans le bureau de l'assistante sociale, fermé à clé.

La mission d'évaluation pointe globalement une bonne utilisation au quotidien du logiciel PSI par les équipes soignantes. **Mais la problématique de la mise à jour des plans de soin individualisés (cf. supra) constitue un axe de progrès important, pour permettre une bonne coordination et continuité des interventions.**

Le droit de consultation du dossier par le résident est mentionné dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

La Fondation est engagée dans une démarche régionale de recherche d'un outil de gestion des dossiers des usagers, pilotée par le GCS Tesis et soutenue par l'ARS

Quelques points d'amélioration sont néanmoins identifiés :

- Il n'existe pas de protocole de création du dossier : formaliser la composition précise des différentes parties du dossier de l'utilisateur, documents et données précises structurant le contenu ;
- Il n'existe pas de protocole de consultation du dossier : préciser les modalités de consultation du dossier par l'utilisateur et les communiquer (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).

5.1.5 L'effectivité des droits des usagers

Le respect des droits fondamentaux

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

L'établissement **est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2**. Les différents documents obligatoires sont réalisés. **L'EHPAD devra toutefois veiller à les porter à la connaissance des familles et usagers de manière systématique, dans la période d'admission.**

Le livret d'accueil de l'EHPAD remplit correctement sa vocation d'information de l'utilisateur et des familles. Il reprend les éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004¹¹: locaux, équipes, prestations, vie de l'établissement, participation des usagers, formalités d'admission... Des précisions pourraient y être ajoutées comme la liste des personnes qualifiées et les modalités pratiques de leur saisine. Le livret est illustré de photographies et se présente sous la forme d'une plaquette de communication (conformément aux recommandations de bonne pratique de l'Anesm), de nature à faciliter la compréhension des lecteurs.

La charte des droits et libertés des personnes accueillies et sa version « personne âgée en situation de handicap ou dépendance » (arrêté du 8 septembre 2003 – loi du 2 janvier 2002) sont affichées dans les locaux et annexées au livret d'accueil.

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Le contrat de séjour est signé le plus souvent par le résident ou par son représentant et la Direction, puis classé dans le dossier administratif de l'utilisateur. **Il n'est toutefois pas toujours signé dans le délai légal (1 mois après l'admission). De plus, le contrat de séjour pourrait être davantage personnalisé**, en fonction notamment du projet de vie du résident - conformément au

¹¹Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

décret qui prévoit « la définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge » dans ce document.

Le règlement de fonctionnement est théoriquement remis à chaque usager et son représentant avec le livret d'accueil. Il correspond bien aux éléments contenus dans **le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003** relatif au règlement de fonctionnement. Il précise notamment les obligations et droits réciproques de l'usager et de l'institution. Il décrit aussi le fonctionnement de la résidence et des règles de vie collectives, les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement quand elles ont été interrompues, etc. **Toutefois, le règlement de fonctionnement pourrait être davantage adapté** à la compréhension des usages à travers l'utilisation d'un support plus ludique (plaquette, images...) et grâce à la présence de pictogrammes. **Il doit également être affiché** dans l'établissement et mis à disposition du personnel.

Les modalités concrètes d'exercice des droits

Le droit d'expression et de participation

Le Conseil de vie sociale (CVS)

Un CVS existe sur l'établissement. Il est composé de représentants des résidents et familles élus et présents à plus de 50% au sein de l'instance.

Toutefois, le CVS ne fonctionne pas en conformité avec le cadre légal :

- Il ne s'est pas réuni 3 fois par an depuis l'ouverture de l'établissement ;
- Un ordre du jour et des convocations sont envoyées aux participants, mais il n'y a pas de comptes-rendus élaborés, envoyés aux participants, et affichés dans l'établissement.

La dynamique de l'instance est à relancer : tenue régulière des réunions, communication sur l'existence et le rôle du CVS aux non participants, accompagnement des représentants à leur rôle dans l'instance (préparation, retours, suivi), variété des sujets évoqués (informations, présentation des démarches, vie de l'institution, organisation, etc.), réponse aux questions des représentants et actions entreprises, établissement de comptes-rendus envoyés aux familles et retours aux résidents sous une forme adaptée. Par ailleurs, **la présence en nombre de personnes qui ne sont ni résidents ni familles est à surveiller :** la règle de la majorité des représentants d'usagers/familles doit être maintenue ; l'habitude d'inviter des résidents et familles non élus est une bonne pratique.

Autres formes de participation

Il n'existe pas d'autres moyens d'expression des bénéficiaires au sein de la structure. Plusieurs modalités d'expression seraient à mettre en place :

- Une enquête de satisfaction régulière (à réaliser de préférence annuelle) ;
- D'autres formes d'expression collective (ex. commission animation, commission restauration) associant des représentants des résidents ;
- Une réunion mensuelle des familles comme sur Bois d'Olive (bonne pratique qu'il serait intéressant de reprendre à la Ravine Blanche) ;
- Un système de recueil des plaintes et réclamations formalisé et des fiches de signalement des événements indésirables à la disposition des résidents et familles.

Le droit à l'information

Des affichages pertinents sont en place au sein de la structure. La possibilité d'accéder au dossier est mentionnée dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil (bien qu'il n'existe pas de procédure de consultation du dossier de l'usager (cf. *supra*)).

La mise en effectivité du droit à l'information, néanmoins, reste un axe de progrès de l'établissement :

- **L'usager et son représentant légal ne sont pas bien informés des décisions qui les concernent** (temps d'échange, disponibilité du personnel encadrant et de direction), ses droits à la santé, ainsi que de la vie de l'établissement (annonces des animations, affichages, etc.) ;
- **Les comptes-rendus du CVS** ne sont ni élaborés, ni diffusés ;

- **Il n'existe pas de temps d'information** tels que les réunions mensuelles des familles ayant cours à Bois d'Olive.

Le droit à la protection

Les pratiques des professionnels permettent d'assurer un respect global de la confidentialité : lieu usuel de transmission fermé, discrétion globale des professionnels sur l'évocation des situations ou au moment de proposer un soin ou un acte du quotidien à un résident, etc. **Toutefois, l'observation d'un temps de transmission a mis en évidence des pratiques ponctuelles qui mettent directement en péril la confidentialité de l'accompagnement.**

Le cadre de vie est globalement contenant et sécurisant. Les unités (dont l'unité protégée) proposent de fait un cadre contenant, vu la configuration en étages. Par ailleurs, certains dispositifs concourant à la protection des usagers peuvent être utilisés en dernier recours : prescription de contentions (cf. *supra*). La vulnérabilité des usagers est prise en compte dans l'accompagnement. **Toutefois, la mission a aussi pointé le défaut d'espaces de déambulation appropriés et la présence d'espaces non aménagés, peu sécurisants (cf. *supra*).**

Le droit à l'autonomie

La jouissance des effets personnels est effective au sein de l'établissement : il y a par exemple possibilité d'investir sa chambre avec des meubles personnels.

La recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une ambition des personnels soignants : les salariés veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, etc. Toutefois, la mise en tension des personnels (GMP élevé, absentéisme, recours à des vacataires non encadrés) empêche souvent de mettre en œuvre cette ambition.

Par ailleurs, la libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est mise en péril par la configuration en étage de l'établissement : les plus autonomes ne bénéficient pas du rez-de-chaussée, propice à l'ouverture sur l'extérieur, et sortent très peu (cf. *supra*). Il a d'ailleurs été reporté que les résidents avaient peur d'utiliser les ascenseurs, par méconnaissance de la machine : un travail sur son utilisation est pourtant possible. Les usagers doivent souvent être accompagnés pour les sorties extérieures. Le boulevard très passant (circulation automobile) où se situe l'établissement est aussi un facteur d'isolement.

Le droit à l'intimité

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents. L'espace privatif est bien respecté : les personnels frappent et attendent autorisation avant d'entrer dans une chambre, puis ferment la porte pour réaliser les soins ; l'espace de la chambre est librement investi par les résidents (personnalisation de la décoration) ; le respect des correspondances est bien assuré (distribution en main propre par les référents et aide éventuelle à la lecture).

L'établissement n'accueille pas de couple à date d'évaluation. Emménager dans une chambre en couple serait possible grâce à l'existence de chambres communicantes. Les équipes témoignent d'une certaine prise en compte du droit à la vie affective et sexuelle. **Toutefois, des règles claires n'ont pas été énoncées et ne sont pas connues des usagers et professionnels (pas de formalisation dans le règlement de fonctionnement/projet d'établissement). Les professionnels n'ont pas bénéficié de formation sur le sujet et les usagers n'ont pas été destinataires d'une information sur la question (cf. circulaire).**

Le droit à la dignité

Les propos et les postures des professionnels sont globalement respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie (pendant les soins individuels, vigilance sur la nudité, porte fermée, nombre maximal de soignants dans la chambre, etc.), et une attention est portée à l'aspect, l'hygiène, et la tenue vestimentaire des usagers. **Les familles ont aussi souligné l'écoute et l'empathie dont font preuve les salariés.**

Enfin, le droit à l'image est organisé dès la signature du contrat de séjour qui invite le nouvel arrivé à signaler son éventuel refus de diffusion de son image au moment de la signature – sans quoi l'autorisation de prise de vue est supposée acquise.

Toutefois, la mission d'évaluation souhaite alerter l'établissement quant aux conséquences de l'absentéisme et de la mise en tension des personnels sur le droit à la dignité. La mission d'évaluation a pu observer des pratiques mettant en danger les personnes accueillies et allant à l'encontre du droit à la dignité – dû à l'extrême rapidité de l'exécution des tâches, par des personnels remplaçants souffrant du manque d'encadrement.

Droit au respect des liens familiaux et amicaux

Le respect de ce droit est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles : les visites de proches sont possibles à tout moment et peuvent impliquer une invitation à partager le repas de l'EHPAD, éventuellement dans une pièce à part ; les résidents peuvent facilement quitter l'établissement pour passer la journée ou davantage avec les leurs ; les chambres spacieuses sont propices aux rencontres entre les familles et leurs proches ; des moments festifs sont ouverts aux familles tout au long de l'année.

Toutefois, les familles pourraient être davantage impliquées dans l'accompagnement : renforcer leur appropriation du CVS comme instance d'expression ; instaurer des réunions des familles (cf. *supra*) ; encourager les familles à se constituer bénévoles et intervenir au cours des animations (bonne pratique de Bois d'Olive qui pourrait être adaptée à Ravine Blanche) ; etc.

Pratique religieuse et droits civiques

La vie de la résidence permet la pratique religieuse (très majoritairement de foi chrétienne, en accord avec les besoins) : un prêtre se déplace une fois par mois pour célébrer la messe ; il est aussi possible de recevoir un ministre du culte en individuel ; le menu du restaurant est adapté en fonction des fêtes (à commencer par le poisson du vendredi) et des éventuels régimes alimentaires. Les rites mortuaires sont respectés. En revanche, il n'existe pas d'espace dédié au recueillement au sein même de l'EHPAD.

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

5.1.6 La prévention et la gestion des risques

La sécurité des lieux et des personnes

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

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

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

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

La première commission de sécurité a donné **un avis favorable** à l'ouverture de Ravine Blanche le 3 mai 2012.

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

- Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible pour les services de secours ;
- Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations de désenfumage, installations électriques, extincteurs, systèmes d'alarme SSI et éclairage sécurité, issues de secours... ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits de l'établissement ;
- Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité sont réalisées une fois par an (manipulation des extincteurs, SSI, EPI, premiers secours...) ;
- Une fois tous les 3 mois, l'agent de maintenance (en possession d'une formation SIAP) procède à un exercice d'évacuation ;
- Les procédures relatives aux consignes à suivre en cas d'incendie (conduite à tenir en cas d'évacuation) sont formalisées et diffusées aux équipes ;
- Les normes HACCP sont bien mises en place et respectées par les professionnels de l'établissement ;
- L'établissement dispose depuis peu d'un carnet sanitaire qui sera suivi par l'agent de maintenance (en formation sur la question à date d'évaluation) ;
- L'établissement a élaboré un document d'analyse du risque infectieux (DARI) ;
- L'établissement dispose d'une convention pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Les déchets DASRI sont entreposés dans un local sécurisé et convenablement entretenu.

Les points d'amélioration identifiés sont:

- Un plan bleu et un PCA ont été repris sur le modèle de ceux de Bois d'Olive. Toutefois, ils doivent encore être adaptés à la Ravine Blanche : risques de tsunami et risque de violences urbaines ;
- Afficher pour les équipes les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence - et procédure d'urgence ;
- Un circuit du linge sale qui croise le trajet des résidents, soignants et visiteurs sans désinfection effective ;
- Mettre en œuvre les opérations préventives et de contrôle et les tracer dans le carnet sanitaire (ex. relevés de température) ;
- Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions.

La réalisation et le suivi de la maintenance

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le département Plans et Travaux de la Fondation. Il peut par ailleurs solliciter l'aide de ses deux homologues de Bois d'Olive et Bras Long (souvent le cas du fait d'une problématique de poubelles) voire les ressources du siège de Père Favron situé sur le même site. L'agent accompagne les entreprises extérieures, assure la propreté des espaces extérieurs et de l'accueil, du local DASRI et poubelles, la manutention du magasin, équipe les sanitaires, procède aux petits dépannages électriques et aux petites réparations de l'établissement.

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

Maintenance préventive :

Toutes les opérations de maintenance préventive sont **coordonnées, gérées et suivies** au sein du département Plans et Travaux (contrats cadres de maintenance pour les contrôles périodiques, outils de suivi à l'échelle de la Fondation), en s'appuyant sur l'agent de maintenance sur place.

Une maintenance complémentaire est réalisée en interne : tour quotidien des organes de sécurité, test du groupe électrogène, et bientôt traçabilité des températures d'eau chaude.

Maintenance corrective :

L'ensemble des équipes et les résidents notent les actions à réaliser sur un cahier de travaux présent à chaque étage de l'établissement. L'agent de maintenance intervient ou fait appel au département Plans et Travaux. Ces cahiers permettent une bonne traçabilité de la demande et l'exécution des maintenances correctives.

Etant donné le caractère récent de la construction (2011) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état.

Quelques axes de réflexion à faire aboutir :

- Le temps des 3 agents de maintenance semble insuffisant pour répondre aux besoins du Pôle, principalement du fait d'aller-retours nécessaires à la décharge faute de capacité suffisante des poubelles ; ce problème vient d'être réglé par la réception de 3 poubelles supplémentaires.
- La coordination avec le département Plans et Travaux est perfectible. Elle sera améliorée entre autres par la mise en place de l'application mobile smartphone et par l'autonomisation progressive des agents (donc l'allègement des contrôles descendants) qui doivent donc rapidement se déployer - et être complété de communications claires.

La continuité et la sécurité des interventions

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

- **L'organisation du travail qui permet une présence 24h/24** de tous les types de personnels soignants, IDE compris et weekend compris (équipe allégée toutefois). La **veille de nuit est organisée, structurée, est assurée par du personnel soignant et hôtelier** : 3 personnes formées aux gestes de premiers secours dont 1 IDE, sont présentes chaque nuit, pour effectuer à minima trois rondes sur l'ensemble des locaux et répondre aux appels des résidents si besoin ;
- **Un système d'astreinte administrative** pleinement effectif est assuré par la Directrice de Bois d'Olive et celle de Bras Long. Le nouveau Directeur de la Ravine Blanche sera bientôt inclus dans l'organisation ;
- **Le système d'appel malade installé dans toutes les chambres ;**
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament *infra*) ;
- **La mise en place des procédures d'urgence ;**
- La **gestion effective des remplacements** en cas d'arrêt maladie (recours au CDD) mais pas en cas de congé ;
- **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.

La sécurisation du circuit du médicament

Une Pharmacie à Usage Interne (PUI) existe sur le site du foyer Barbot (1 pharmacien, 1 préparateur, 1 personnel logistique). Elle approvisionne les 3 EHPAD du pôle gérontologique, la MAS des Pléiades, le CEAP Les Mimosas et le FAM les Cytises, soit **environ 530 résidents**. Elle assure des préparations au quotidien pour **l'approvisionnement hebdomadaire** des structures (en dispensation globalisée : n comprimés pour un résident, et potentiellement 1 boîte du médicament en question pour plusieurs usagers), et un **réassort possible en réactivité journalière** en cas de modification d'ordonnance. De plus, pour les médicaments dont l'usage est difficile à quantifier (buvables, collyres, antidouleur de niveau 1), les professionnels ont la possibilité de passer commande à part. **L'outil informatique** vient soutenir cette organisation.

Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques de la part du médecin traitant, claires et lisibles sur PSI. Les ordonnances sont transmises instantanément à la PUI par PSI. Après vérification des posologies par la pharmacienne, le stock de réapprovisionnement est calculé, préparé et livré hebdomadairement à l'EHPAD dans un bac scellé. Les « bons de sortie » traçant la livraison sont conservés par l'EHPAD.

L'armoire à médicaments est située en salle de soins du premier étage. Le stock de stupéfiants est bien rangé, suivi et tracé. Une pharmacie de réserve est située au deuxième étage (stock tampon), et un charriot d'urgence est disponible au premier étage.

La distribution des médicaments est assurée par les infirmières (après préparation des derniers écrasés et buvables) matin, midi et soir à tous les étages. La tâche peut toutefois être déléguée à un aide-soignant ou un AMP, avec accord du médecin. Les médicaments donnés la nuit sont distribués par l'IDE de nuit. **La vérification et traçabilité de la prise des médicaments est assurée par les personnels en charge de la distribution sur PSI.**

A date d'évaluation, si la mission souligne la bonne sécurisation du circuit du médicament mis en place au sein de l'établissement, deux points de vigilance sont soulignés :

- **L'armoire à médicament n'est jamais fermée à clé, la demande d'un digicode par le MEDEC n'aboutit pas ;**
- Il est prévu que les médicaments non consommés reviennent à la PUI, mais cela n'est pas effectif sur le Pôle gérontologique (obligeant à procéder à deux inventaires par an).

Un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents

Une fiche de **signalement des événements indésirables** a été formalisée et mise à disposition dans l'établissement. Ce dispositif permet aussi le signalement des situations de maltraitances. L'appropriation de l'outil par les professionnels s'est améliorée depuis la mise en circulation de la fiche 6 mois avant l'évaluation externe : ex. absentéisme d'un CAE, menu spécifique non reçu, etc.

Si le problème a une dimension médicale (ex. chute), une saisie est réalisée sur le logiciel PSI.

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

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

La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Un CHSCT commun au Pôle gérontologique Roger André est en place.

En revanche, l'établissement n'a pas finalisé de document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP). Si le travail a été débuté au niveau du pôle et intégrait une évaluation de la pénibilité, la démarche a été stoppée par la Fondation dans l'attente d'un cadrage homogène au niveau de l'ensemble de ses établissements.

Plusieurs mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle à l'EHPAD de la Ravine Blanche :

- L'évocation des thèmes liés aux risques psychosociaux et à la pénibilité lors des rendez-vous mensuels avec les délégués du personnel ;
- La prise en compte des demandes individuelles de **rotation** du personnel ;
- La **mobilité interne** est possible sur l'établissement, le Pôle, voire les autres établissements de la Fondation ;
- La direction a développé **une politique volontariste en matière de formation** (cf. *infra*). Le plan de formation est défini, soumis aux DP/CE et suivi par la Directrice de Pôle ;

Les axes d'amélioration relevés concernent :

- L'association des professionnels à l'élaboration du DUERP ;
- L'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP, conformément à la réglementation ;
- La réactualisation du DUERP annuellement ;
- L'organisation des entretiens d'évaluation professionnelle ;
- La mise en place d'un dispositif d'analyses de pratiques ;
- L'étude d'un dispositif institutionnalisé de rotation du personnel.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

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

- La formation de l'ensemble du personnel à l'Humanitude ;
- Un référent Humanitude et un référent Maltraitance ont été désignés ;
- Un dispositif de signalement des événements indésirables (cf. *supra*) ;
- Une attention de qualité de la part des personnels en contact.

La culture de la bientraitance émerge des pratiques professionnelles de l'établissement : des équipes dévouées, solidaires, respectueuses, ambitieuses pour le résident.

Plusieurs axes d'amélioration sont toutefois identifiés :

- La mise à disposition des recommandations de l'Anesm aux professionnels ;
- Le travail sur l'action des référents (à missionner sur de petits projets – objectifs, assortis de moyens) ;
- L'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée et formalisée de repérage des risques de maltraitance à l'aide d'un outil d'évaluation ;
- Des toilettes évaluatives à réactiver.

La mise en œuvre de l'obligation de signalement

L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement. Il n'existe pas de procédure formalisée sur le signalement de la maltraitance. Le signalement est néanmoins possible grâce à la fiche de signalement des événements indésirables, outil commun et relativement bien connu des professionnels.

Toutefois, l'obligation et les règles spécifiques de signalement gagneraient à être rappelées. Par ailleurs, le numéro d'appel maltraitance (3977) n'est pas affiché dans l'établissement.

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

- Créer une procédure de signalement de la maltraitance ;
- Communiquer régulièrement sur les obligations de signalement aux professionnels ;
- Afficher le numéro 3977 (allo maltraitance) en vue, à l'accueil de l'établissement ;
- Communiquer davantage sur ce sujet aux résidents et aux familles (ex. diffusion du numéro et de la conduite à tenir dans les documents 2002-2).

5.1.7 L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

L'inscription du service dans le territoire

Implantation territoriale et accessibilité

L'établissement se situe sur le front de mer de Saint Pierre, à proximité de commerces, marché forain, zones d'activité économique, etc., ce qui lui garantit une excellente attractivité. L'établissement s'inscrit bien dans

son environnement immédiat et a mis en place un certain nombre de partenariats avec les infrastructures de St Pierre et du Sud de la Réunion. Il est également implanté sur le même site que le siège de la Fondation Père Favron, ce qui peut faciliter certaines activités (ex. maintenance).

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée à l'entrée de l'établissement ; en revanche il n'a pas été repéré de signalétique de ville. L'EHPAD est connu et repéré par son environnement.

Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'établissement est relativement ouvert à son environnement.

Certaines actions facilitent la venue à l'intérieur de l'établissement de divers acteurs, et notamment :

- l'établissement est ouvert à la venue des **familles** : celles-ci peuvent rendre visite à leurs proches à n'importe quel moment et ont la possibilité de déjeuner avec les résidents ;
- l'établissement accueille des **stagiaires**. Ils sont encadrés par des professionnels de l'EHPAD qui connaissent bien son fonctionnement ;
- l'établissement accueille aussi régulièrement des **partenaires** (médicaux, paramédicaux, etc.) et ponctuellement des **visiteurs**.

Toutefois, des pistes d'amélioration sont repérées par la mission d'évaluation :

- la bonne pratique d'une réunion mensuelle d'information des familles, ainsi que leur invitation à participer aux animations, pourrait être adaptée à la Ravine Blanche sur le modèle de Bois d'Olive ;
- l'accueil des stagiaires n'est pas réellement cadré ni outillé (procédure, référent, livret d'accueil, etc.) ;
- l'établissement n'accueille aucun bénévole pour contribuer à la vie sociale des résidents ;
- l'occasion des temps festifs qui ponctuent l'année, n'est pas pleinement saisie pour s'ouvrir à la venue des familles et partenaires.

L'établissement est peu ouvert sur l'environnement.

Des actions visant à développer des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne sont en place **sur le volet santé et médico-social**. De partenariats solides ont été formalisés (conventionnés) : avec le CHU-GHSR (site de St Pierre), l'ARAR soins et hospitalisation à domicile, l'HAD-ASDR, l'ASP Sud-Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs), l'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CHU-GHSR), la MAIA du territoire, plus récemment des orthophonistes, un kinésithérapeute ;

En revanche, il n'existe pas de partenariat sur le volet socio-culturel – pas entier à développer (et conventionner).

De plus, l'établissement n'est pas engagé dans une démarche d'intégration des personnes accueillies dans la cité, de sensibilisation de l'environnement social, etc.

La perception de l'établissement par son environnement

Les usagers

Les usagers de l'établissement rencontrés par la mission d'évaluation indiquent être satisfaits de l'accompagnement proposé dans l'EHPAD. Ils précisent que le personnel est très respectueux et considère les usagers. Ceux-ci apprécient les soins et le suivi médical prodigués, ainsi que l'accompagnement à la vie quotidienne. Les locaux sont aussi estimés de qualité, et les chambres, vastes et lumineuses. **Enfin, les usagers ont le sentiment que leurs droits sont respectés.**

L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction récente et les prises de parole des représentants des usagers au CVS ne sont pas retranscrites dans les comptes-rendus du CVS.

Les familles

Les entretiens conduits avec les représentants des familles témoignent d'un niveau de satisfaction correct. Elles saluent le professionnalisme des salariés, leur respect des habitudes de vie (douches, repas, etc.), la qualité des repas, de l'entretien des locaux et du cadre de vie. **Les familles interrogées estiment aussi que les droits des usagers sont très bien respectés dans cet établissement, en particulier le respect de l'intimité et de la dignité.**

Concernant la qualité globale de l'accompagnement, les familles ont toutefois émis **des réserves quant à :**

- **la faiblesse des activités, notamment des sorties extérieures – et l'absence de bénévoles pour rendre visite aux résidents ou les accompagner en sortie ;**
- **l'absence de canaux formels leur transmettant les informations sur l'accompagnement de leur proche (soin, administration) – et l'absence d'association au Projet Personnalisé.**

L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction récente.

Les partenaires

L'EHPAD de la Ravine Blanche a de bonnes relations avec ses partenaires, bien que peu nombreuses. La plupart sont conventionnées (souvent à l'échelle du Pôle).

Les 4 partenaires interrogés se disent en effet satisfaits de la collaboration avec l'EHPAD de la Ravine Blanche. Ils soulignent la disponibilité et la réactivité du personnel. L'équipe est très accueillante.

Certains partenaires indiquent que l'EHPAD a réalisé des aménagements dans l'établissement afin d'améliorer leur collaboration, et les partenaires sont parfois même associés aux réunions du CVS.

Toutefois, malgré la grande disponibilité des équipes, certains partenaires souhaitent que soit instaurée une plus grande communication sur la prise en charge quotidienne des résidents.

5.1.8 Organisation, gestion des ressources humaines et management

La politique de gestion des ressources humaines

Le recrutement

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

Le process prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation du candidat retenu. Les entretiens de recrutement ont lieu avec la Direction de l'EHPAD, voire le médecin coordonnateur s'il s'agit d'une fonction soin, et parfois le responsable RH. Ceux-ci forment le Comité de sélection du candidat final. Les postes d'encadrants nécessitent un entretien systématique avec la Direction du Pôle et des membres du Siège de la Fondation.

Le recrutement des postes en CDD sont gérés en interne au niveau du Pôle gérontologique par l'équipe de Direction et les Cadres de santé.

A date d'évaluation, un poste de psychomotricien est vacant ainsi qu'un poste d'IDE. L'établissement indique également rencontrer des difficultés de recrutement des kinésithérapeutes.

L'accueil des nouveaux salariés

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

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

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

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

- Le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de **documents** (contrat de travail, fiche de tâches, Plaquette de présentation de la Fondation, règlement intérieur et documents concernant la mutuelle-retraite). Des documents sont également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : Projet d'Etablissement et procédures diverses ;
- A sa prise de poste, le salarié est **accueilli par le Cadre de santé** qui lui présente les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents, etc. Le nouveau professionnel est ensuite **présenté** aux résidents et salariés ;
- Informellement, la personne accueillie est guidée par ses collègues à travers la structure, son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement des soins, ...) ;
- Une fiche de validation de la période d'essai est remplie et transmise par le cadre et un entretien a lieu avec le salarié 15 jours avant la fin de la période d'essai.

Toutefois, plusieurs axes d'amélioration sont repérés :

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

La formation et l'adaptation des compétences

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

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

- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), de la politique de la filière, puis des besoins des directions de Pôle ou d'établissement tout en respectant le budget ;
- Le plan de formation annuel est affiné puis validé par la Commission de formation avec les représentants du CE et les DP. Il est ensuite affiché pour information. La Commission évalue également les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme ;

Une 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, ARS avec les CNR...).

Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

Une partie des formations concerne la sécurité et l'hygiène (une partie des professionnels a suivi des formations « SST », « Hygiène et entretien des locaux » en 2012, « HACCP » en 2013).

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public (formation « Humanitude », formation « Prévention, repérage et gestion de l'agressivité », formation « Prise en charge de la douleur », formation « Accompagnement en Snoezelen », DU « Gérontopsychiatre », formation « ASG »,...). Une formation au management sera également organisée pour l'encadrement intermédiaire.

Quelques axes d'amélioration sont identifiés :

- Former l'ensemble des professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Mettre en place une évaluation des effets des formations en termes d'acquisitions et de changements de pratiques.

La promotion de la mobilité

Tous les postes à pourvoir en CDI sont publiés en interne. D'autre part, les salariés qui souhaitent une mobilité sont invités à se manifester auprès de la DRH. L'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels (entre unités, entre établissements). Pourtant, l'organisation du dispositif reste à améliorer et la mobilité reste dans les faits encore peu développée

Celle-ci reste **de fait peu développée**. La géographie de l'île est aussi une contrainte (reliefs, circulation).

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

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

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

Organisation et management

La répartition des fonctions est claire et lisible au sein de l'institution. Un organigramme du Pôle précise les liens hiérarchiques. 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 clarifier les interventions attendues de chacun sur les plans de soins des résidents.**

Un document formalisé précise les délégations entre la Direction Générale de la Fondation, la Directrice du Pôle, les Directeurs Adjointes 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 formalisés :

- **Les réunions d'équipe du jeudi matin** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions d'élaboration ou de réévaluation des projets personnalisés** (cf. Projets personnalisés *supra*) ;
- **Les réunions rééducateurs un vendredi sur 2** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions mensuelles de l'accueil de jour** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions d'encadrement du lundi** (cf. Coordination *supra*) ;
- **Les réunions de Pôle le mercredi matin** : avec la Directrice et les Directeurs adjoints, les cadres de proximité et les médecins coordonnateurs ;
- **Les réunions avec les IRP** ;
- **Des temps informels** sont également organisés entre :
 - o L'équipe de maintenance et la direction : échanges sur les maintenances en cours, le suivi prestataire, etc.
 - o Le personnel administratif : point sur un dossier résident, sur la comptabilité, etc.
 - o L'ensemble du personnel et le Directeur qui se rend disponible.

Les **Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE) n'ont pas été organisés jusqu'à présent.** La structuration de la démarche est en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Ces entretiens professionnels doivent être mis en place en 2015.

Plusieurs axes d'amélioration sont ainsi soulevés par la mission d'évaluation :

- **Il n'existe pas de réunion Qualité. La référente Qualité ayant vocation à s'entourer d'un COFIL Qualité, une telle réunion devra être organisée périodiquement ;**
- Les temps de coordination avec l'équipe de nuit sont peu développés à date d'évaluation ;
- Des temps de coordination entre animatrice et équipe soignante impliquée dans des animations manquent ;
- Les entretiens professionnels ne sont pas réalisés.

5.2 Synthèse de l'évaluation externe

1. Introduction

La démarche d'évaluation interne

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2013, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche menée conjointement aux 5 EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun).

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

La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire : à chaque personnel de l'établissement a été confiée la rédaction d'une « fiche verte » (diagnostic sur les pratiques ayant cours, par thème).

Par ailleurs, les familles et usagers ont été associés à l'évaluation interne par le biais d'un questionnaire, dont l'analyse a été intégrée au travail d'évaluation et a mené à la création de certaines actions.

Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis à l'autorité de tutelle.

Toutefois, des axes d'amélioration peuvent être considérés : l'organisation de la démarche d'évaluation interne ne s'est pas appuyée sur un COPIL élargi à toutes les composantes métier ; absence de groupes de travail associant les personnels ; absence d'association directe des résidents, des familles mais également des partenaires.

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action pluriannuel (PAP) a été réalisé**. Comportant 52 actions, son dimensionnement est adapté, maniable. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'action, les effets attendus, les moyens à mettre en œuvre, le niveau de priorité et de difficulté, le délai de réalisation et l'échéance. Une **fiche de suivi est associée à chaque action** et détaille les modalités de mise en œuvre (dont responsables de l'action et effecteurs) et d'évaluation (indicateurs).

En revanche, la communication de la démarche aux parties prenantes est un axe d'amélioration important.

Il n'a pas été constitué de Groupe qualité afin de mettre en œuvre le PAP et faire vivre la démarche d'amélioration continue au sein de l'établissement. La référente Qualité seule est en charge du pilotage de la mise en œuvre et du suivi.

A date d'évaluation, 70% des actions du plan sont néanmoins réalisées. Parmi les plus notables : le démarrage de la démarche de projets personnalisés ; la mise en place de l'analyse de pratiques ; le recrutement d'un animateur ; etc.

Ainsi, la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité est à soutenir au sein de l'EHPAD. Le pilotage de la démarche qualité revient à la référente Qualité de l'établissement (également aide-soignante) : si cette fonction était valorisée en ETP lors de la démarche d'évaluation interne.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés de façon informelle. Ainsi, l'établissement sera invité à définir ces modalités de recueil et de traitement afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations, une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'actions correctives.

De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD de la Ravine Blanche. Les protocoles de soin sont accessibles dans des classeurs dans les bureaux infirmiers. **Ils sont connus de manière hétérogène par les professionnels. Toutefois, la gestion documentaire n'est pas structurée.**

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

Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm ont fait l'objet d'une exploitation à l'occasion de l'évaluation interne.

Toutefois, leur prise en compte et appropriation constitue un axe important d'amélioration pour l'EHPAD : La démarche de projet d'établissement ne s'appuie pas sur la recommandation de bonne pratique associée, les RBPP n'ont pas fait l'objet d'une diffusion au sein de l'EHPAD et ne sont pas disponibles sous format papier, enfin, les équipes ne les connaissent pas et ne s'y réfèrent pas dans leur travail, lors des réunions en équipe.

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

Le projet d'établissement

L'EHPAD de Ravine Blanche ne dispose pas de Projet d'Etablissement à jour, l'établissement fonctionne avec le projet d'ouverture (mai 2012).

Une trame commune aux établissements du pôle gérontologique Roger André existe. Elle intègre les éléments de contenu au regard de la réglementation en vigueur et de la recommandation de bonne pratique de l'Anesm.

Toutefois, la trame n'intègre pas les orientations des politiques nationales (plan grand âge, plan Alzheimer,..) **régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012, schéma gérontologique).

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan bien vieillir, Plan Alzheimer, etc..). En effet, à titre illustratif, la présence d'un PASA, d'un accueil de jour, d'une unité Alzheimer l'atteste.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'établissement s'inscrit dans les orientations régionales du SROSMS du schéma gérontologique.

Certaines composantes de l'offre de service et de la prise en charge proposée permettent une bonne prise en compte des besoins du public accueilli :

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, un accueil de jour et un PASA.
- Des locaux très récents offrant un certain nombre d'attraits (chambres et salles de bains individuelles, salle snoezelen, salle d'animation, etc..) répondant aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur tout en assurant un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents.
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

Le dispositif en place est en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis. L'EHPAD répond aux besoins du public autant sur la localisation des locaux, des moyens humains que des ressources matérielles.

La politique de formation est impulsée au niveau de la filière (plus rarement au niveau du siège), puis est fixée par le Pôle ou l'établissement. Le recueil des besoins et l'élaboration du plan de formation sont partiellement structurés. **Toutefois, il n'existe pas de processus de recueil des besoins et souhaits des salariés** (sauf pour le DIF : demande par courrier). Les entretiens professionnels n'étant pas organisés (prévus pour 2015 néanmoins), il n'y a pas de recueil à ce moment-là. Il n'existe pas non plus de feuille de souhait qui serait jointe à la feuille de paye et à retourner à la direction de l'établissement.

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

Les modalités d'accueil des nouveaux salariés sont décrites dans la note sur le recrutement, formalisée en 2012 par le siège. Des modifications dans le processus d'accueil des nouveaux salariés sont récemment entrées en application au niveau du siège, prévoyant : la signature systématique de tous les CDI au siège ; la présentation de la Fondation et du personnel du siège ; une matinée d'accueil ; la remise d'un kit d'accueil (livret d'accueil Fondation, règlement intérieur, convention collective, fiche de poste, informations mutuelles). **Quant au Pôle gérontologique Roger André, bien qu'il n'y ait pas de procédure formalisée d'accueil à ce niveau, le processus d'accueil au sein de l'EHPAD est globalement structuré. Il permet une prise de repères satisfaisante et favorise la bonne intégration de la personne.**

Un CHSCT commun au Pôle gérontologique Roger André est en place. Un document unique d'évaluation et de prévention des risques professionnels (DUERP) a été actualisé en 2011, 2012 et doit l'être fin 2014. Le CHSCT assure le suivi du plan d'action qui en est issu. Les autres professionnels de l'établissement devront aussi être associés à l'élaboration du document. **La prévention des risques psychosociaux et la pénibilité ne sont pas prévues pour être intégrées au DUERP, à la demande**

L'organisation de l'accompagnement des usagers

L'accompagnement proposé est globalement structuré et de qualité.

Sur l'accompagnement au soin, tout comme il n'existe pas encore de projet d'établissement au sein de la structure, il n'existe pas de projet de soins formalisé avec le concours de l'ensemble de l'équipe soignante.

Le Médecin Coordonnateur (MEDEC) intervient à hauteur de 0,3ETP et assure une présence quotidienne. Elle est secondée par un médecin traitant présent tous les jours de la semaine sauf le mercredi (0,5ETP – médecin généraliste et gériatre-psycho)

Le Médecin Coordonnateur assure une présence quotidienne. Il est aussi le médecin traitant de tous les résidents. **Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF sont bien mises en œuvre sur l'établissement.**

Tous les soins sont prescrits. C'est le médecin coordonnateur, également médecin traitant de tous les résidents, assure les prescriptions sur PSI. **La coordination des soins est assurée** par le cadre de proximité (ex responsable infirmier) : gestion des plannings (IDE, AS/AMP/ASL, nuit), coordination entre le médecin et les rééducateurs, coordination avec les intervenants extérieurs et bénévoles, coordination avec les familles.

L'intervention des soins est bien assurée et organisée, les professionnels intervenant dans l'EHPAD sont les suivants : deux ergothérapeutes, deux masseurs-kinésithérapeutes et un psychologue.

Une formalisation des soins est assurée. Les plans de soins sont formalisés pour 100% des résidents sur PSI à partir des prescriptions du médecin et dès le début de la prise en charge. L'ensemble de l'équipe soignante effectue une traçabilité des soins et de la distribution des médicaments sur le logiciel métier PSI alimentant ainsi directement le dossier du résident. Il existe de nombreux protocoles de soins.

La personnalisation de l'accompagnement soignant est effective: Les postures professionnelles sont respectueuses du résident au sein de l'EHPAD de la Ravine Blanche. Tous les salariés ont bénéficié de la formation Humanité. Les équipes témoignent également du désir de prendre en compte les habitudes de vie, préférences et rythmes des résidents. **Pour autant, l'absentéisme qui sévit au sein de l'EHPAD vient mettre en tension les équipes, l'organisation, et supprime le temps nécessaire à un accompagnement personnalisé de qualité.**

Les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas suffisamment diffusées et partagées au sein de l'EHPAD. L'organisation actuelle ne permet pas au médecin coordonnateur de rencontrer l'ensemble de l'équipe soignante lors d'un temps de réunion régulier et de réaliser des points de sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles.

L'accompagnement à la vie sociale et culturelle est structuré sur l'EHPAD.

L'équipe animation est composée d'une animatrice en contrat d'avenir en cours de formation BPJEPS présente 2 à 3 jours par semaine sur l'établissement.

Le **poste M7** récemment mis en place dans les équipes soignantes de chaque étage (7h-14h) permet à l'un d'eux de se détacher pour encadrer les animations du matin avec l'animatrice.

Les **soignants** prennent aussi théoriquement en charge l'après-midi l'organisation d'activités (mais souvent annulées faute de personnel)

La fonction animation n'est pas structurée : il n'existe pas de projet d'animation. En revanche, des projets d'activité sont formalisés en début d'année puis réévalués annuellement.

La fonction animation n'est pas structurée : il n'existe pas de projet d'animation. En revanche, des projets d'activité sont formalisés en début d'année puis réévalués annuellement.

Les supports d'animation présentent une certaine variété. Il peut s'agir d'animations collectives ou en petit collectif mais pas individuelles. **En revanche, les animations sont quasi exclusivement intérieures à l'EHPAD et peu de sorties subsistent encore (rencontre mensuelle inter-EHPAD du Pôle, aquarium, église). Il n'existe pas non plus d'actions intergénérationnelles.**

Les souhaits et attentes des résidents en matière d'animation sont recueillis au jour le jour. Les temps d'animation tiennent compte du rythme des résidents. Il n'existe pas de commission animation au sein de l'EHPAD.

Sur l'accueil de jour, les 3 AS (dont une ASG), l'AMP, l'ASL à mi-temps, l'ergothérapeute (0,2ETP) et la psychologue (0,3ETP dédiés) interviennent sur les activités de l'accueil de jour.

Les supports utilisés sont variés et à visée thérapeutique. Les activités sont adaptées aux personnes accueillies et à leur rythme

A l'accueil de jour, le projet d'animation est structuré, confondu avec le projet global de l'accueil de jour.

Le service dispose d'une très belle salle pour recevoir les bénéficiaires, dispose de la salle Snoezelen dans son aile et de tout le matériel nécessaire.

La coordination est effective et bien structurée elle est organisée autour de réunions, de diverses transmissions ainsi qu'avec le dossier de l'utilisateur.

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

L'établissement se situe sur le front de mer de Saint Pierre, à proximité de commerces, marché forain, zones d'activité économique, etc., ce qui lui garantit une excellente attractivité. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat et a mis en place un certain nombre de partenariats avec les infrastructures de St Pierre et du Sud de la Réunion. Il est également implanté sur le même site que le siège de la Fondation Père Favron, ce qui peut faciliter certaines activités.

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée.

L'établissement est ouvert à son environnement et a mis en place de nombreuses actions facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement d'acteurs très diversifiés, et notamment avec l'accueil et la venue régulière des familles, des visiteurs, des stagiaires ainsi que des bénévoles et des partenaires.

Toutefois, des pistes d'amélioration sont repérées par la mission d'évaluation, la bonne pratique d'une réunion mensuelle d'information des familles, l'accueil des stagiaires n'est pas réellement cadré ni outillé ; l'établissement n'accueille aucun bénévole pour contribuer à la vie sociale des résidents ; l'occasion des temps festifs qui ponctuent l'année.

L'établissement est peu ouvert sur l'environnement.

Des actions visant à développer des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne sont en place sur le volet santé et médico-social. De partenariats solides ont été formalisés (conventionnés) : avec le CHU-GHSR (site de St Pierre), l'ARAR soins et hospitalisation à domicile, l'HAD-ASDR, l'ASP Sud-Réunion (bénévoles formés par l'hôpital aux soins palliatifs), l'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CHU-GHSR), la MAIA du territoire, plus récemment des orthophonistes, un kinésithérapeute.

En revanche, il n'existe pas de partenariat sur le volet socio-culturel, c'est à développer

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

La démarche d'élaboration des projets personnalisés a démarré en 2013. A date d'évaluation, 40 projets étaient élaborés. En revanche, la contractualisation/signature des projets n'est pas organisée (seul 1 projet réalisé) et la réactualisation des premiers projets n'a pas encore démarré.

Les modalités d'élaboration des projets ne sont pas encadrées par une procédure et ne s'appuie encore que partiellement sur les recommandations ANESM.

La démarche mise en place inclut une approche pluridisciplinaire. Elle se déroule de la façon suivante : Le projet est préparé par le référent et le co-référent, une réunion de travail pluridisciplinaire, la rédaction du projet est réalisée par la psychologue.

Un autre axe d'amélioration : la formalisation des projets assurée par la psychologue. La réalisation de cette tâche est très chronophage pour une seule personne et le positionnement de la psychologue sur cette fonction de coordination soulève des interrogations quant à la viabilité du système dans la durée.

Le contenu des projets personnalisés est structuré par une trame pertinente contenant.

Un CVS existe sur l'établissement. Il est composé de représentants des résidents et familles élus et présents à plus de 50% au sein de l'instance. **Toutefois, le CVS ne fonctionne pas en conformité avec le cadre légal. La dynamique de l'instance est à relancer.** Par ailleurs, **la présence en nombre de personnes qui ne sont ni résidents ni familles est à surveiller**

Il n'existe pas d'autres moyens d'expression des bénéficiaires au sein de la structure. Plusieurs modalités d'expression seraient à mettre en place : enquête de satisfaction régulière ; d'autres formes d'expression collective (ex. commission animation, commission restauration) associant des représentants des résidents ; réunion mensuelle des familles comme sur Bois d'Olive (bonne pratique qu'il serait intéressant de reprendre à la Ravine Blanche) ; un système de recueil des plaintes et réclamations formalisé et des fiches de signalement des événements indésirables à la disposition des résidents et familles.

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

Les droits des usagers

L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2. Les différents documents obligatoires sont réalisés. L'EHPAD devra toutefois veiller à les porter à la connaissance des familles et usagers de manière systématique, dans la période d'admission.

Le contrat de séjour respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Le contrat de séjour est signé le plus souvent par le résident ou par son représentant et la Direction, puis classé dans le dossier administratif de l'utilisateur. **Il n'est toutefois pas toujours signé dans le délai légal (1 mois après l'admission).**

La recherche de l'autonomie dans l'accompagnement au quotidien est une ambition des personnels soignants : les salariés veillent à « faire faire » ou « faire avec », à favoriser la verticalisation, à promouvoir la marche, etc. Toutefois, la mise en tension des personnels (GMP élevé, absentéisme, recours à des vacataires non encadrés) empêche souvent de mettre en œuvre cette ambition. Par ailleurs, la libre circulation à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur est mise en péril par la configuration en étage de l'établissement : les plus autonomes ne bénéficient pas du rez-de-chaussée, propice à l'ouverture sur l'extérieur, et sortent très peu.

Les locaux favorisent le respect de l'intimité grâce à des chambres individuelles pour tous les résidents. L'espace privatif est bien respecté : les personnels frappent et attendent autorisation avant d'entrer dans une chambre, puis ferment la porte pour réaliser les soins ; l'espace de la chambre est librement investi par les résidents.

Les familles ont aussi souligné l'écoute et l'empathie dont font preuve les salariés. Les propos et les postures des professionnels sont globalement respectueux des usagers. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité de la personne accueillie. **Toutefois, la mission d'évaluation souhaite alerter l'établissement quant aux conséquences de l'absentéisme et de la mise en tension des personnels sur le droit à la dignité.** La mission d'évaluation a pu observer des pratiques mettant en danger les personnes accueillies et allant à l'encontre du droit à la dignité – dû à l'extrême rapidité de l'exécution des tâches, par des personnels remplaçants souffrant du manque d'encadrement.

Le droit aux respects des liens et familiaux est rendu effectif grâce à plusieurs dispositions facilitant les liens avec les familles.

La politique de prévention des risques

La dernière commission de sécurité a donné un avis favorable à la poursuite d'exploitation de Bois d'Olive le 26 novembre 2013. L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

Les activités de maintenance sont assurées par l'Agent de Maintenance, présent à temps-plein sur la structure, en lien fonctionnel avec l'Economat du Pôle gérontologique, et le département Plans et Travaux de la Fondation. **Etant donné le caractère récent de la construction (2011) et du dispositif de maintenance en place, l'établissement est en bon état.**

L'ensemble des acteurs de l'établissement (les professionnels, les résidents et leurs familles) sont informés de l'obligation de signalement de la maltraitance, précisé notamment dans le règlement de fonctionnement.

La bientraitance est une préoccupation manifeste des professionnels de l'EHPAD de la Ravine Blanche.

Plusieurs axes d'amélioration sont toutefois identifiés : La mise à disposition des recommandations de l'Anesm aux professionnels ; le travail sur l'action des référents (à missionner sur de petits projets – objectifs, assortis de moyens) ; l'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée et formalisée de repérage des risques de maltraitance à l'aide d'un outil d'évaluation ; des toilettes évaluatives à réactiver.

La culture de la bientraitance émerge des pratiques professionnelles de l'établissement : des équipes dévouées, solidaires, respectueuses, ambitieuses pour le résident.

5.3 Abrégé du rapport d'évaluation externe

La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évaluation interne réalisée en 2013 avec l'aide d'un intervenant extérieur ▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm ▪ L'évaluation s'est appuyée sur des indicateurs mesurant les effets des activités sur les usagers (chutes, autonomie des personnes, transport, troubles du comportement...) ▪ Une démarche ayant sollicité une contribution individuelle de chaque salarié ▪ Une association des usagers et familles par questionnaire ▪ La création d'un Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) opérationnel ▪ Un Plan de progrès pluriannuel élaboré de manière opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de Comité de pilotage pluridisciplinaire en charge de lancer et cadrer la démarche ▪ L'absence de groupes de travail permettant l'échange et la mise à l'épreuve des idées – une démarche qui n'est donc pas pleinement participative ▪ Des partenaires qui n'ont pas été directement associés ▪ Un niveau insuffisant d'information des professionnels en cours de processus et un manque d'appropriation de la démarche par les équipes ▪ L'absence de communication sur les résultats et de diffusion du PPP ▪ Un PPP qui n'a pas été soumis au CVS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confier la prochaine évaluation interne à un COFIL ▪ Prévoir une participation large et active des professionnels à travers des groupes de travail thématiques ▪ Associer les partenaires à la démarche, et associer les résidents et familles de manière plus directe si possible (groupe de travail) ▪ Prévoir une communication soutenue tout au long de la démarche pour sa bonne appropriation par les professionnels, ainsi qu'à la fin du processus par la communication des résultats et du PPP ▪ Soumettre le PPP au CVS
Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une référente en charge de la Qualité et de la mise en œuvre du PPP ▪ 70% des actions déjà réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de COFIL Qualité en charge de la mise en œuvre du PPP et de la pérennisation de la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener à bien le projet prévoyant la désignation de référents adjoints en charge de suivre la mise en œuvre des 5 parties du rapport d'évaluation interne. Ceux-ci constitueront le COFIL Qualité, avec la référente Qualité principale et le nouveau directeur. ▪ 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

			<p>créé de façon à faciliter le pilotage du Groupe qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la communication sur le plan d'actions et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ▪ Veiller à mesurer et analyser les effets des actions engagées comme prévu dans les fiches de suivi des actions. Cette pratique pourra constituer le point d'appui de la démarche qualité ▪ Conformément à la réglementation, mentionner dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du PPP
<p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un recueil effectif de la satisfaction des usagers ▪ De nombreuses procédures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de valorisation de la fonction Référente qualité en ETP ▪ Une appropriation perfectible de la démarche qualité par les professionnels ▪ L'absence de groupes de travail pour approfondir les thématiques Qualité ▪ L'absence de procédure et d'effectivité du recueil de la satisfaction ▪ Un système informel de recueil et le traitement des plaintes et réclamations ▪ La faible structuration de la gestion documentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la dynamique de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - valoriser la fonction référente qualité en ETP - continuer à informer/sensibiliser/associer les professionnels pour la bonne appropriation de la démarche - organiser la réflexion/travail actif des professionnels sur les thèmes qualité pour prolonger la démarche ▪ Formaliser une procédure de recueil de la satisfaction, organiser une enquête régulière (idéalement annuelle), et étudier d'autres options de recueil de la satisfaction (ex. réunion mensuelle des familles) ▪ Formaliser le système de recueil et traitement des plaintes et réclamations, en assurer une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'actions correctives intégré au PPP

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer la gestion documentaire, créer un ou plusieurs points d'accès centralisés aux documents clés (PE, procédures, PPP, RBPP, etc.)
--	--	--	---

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les modalités d'appropriation des RBPP		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm non diffusées ▪ Une méconnaissance de l'existence des RBPP par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à disposition les RBPP de l'Anesm dans l'établissement ▪ Travailler à l'appropriation des RBPP de l'Anesm par les équipes (ex. organisation de communications dédiées) et leur mise en perspective avec l'ensemble des travaux menés ou en cours, notamment la démarche de projet personnalisé ▪ Communiquer sur les RBPP de l'Anesm dans les documents 2002-2 : PE, livret d'accueil
La mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (EI) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche PE qui ne s'appuie pas sur la RBPP associée ▪ Des RBPP non évoquées en réunion d'équipe comme base de référence aux échanges 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'appuyer sur les RBPP ad hoc pour l'élaboration du PE, la démarche de projets personnalisés, etc. ▪ S'appuyer sur les RBPP en réunion d'équipe comme base de référence aux échanges

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
<p>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de projet d'établissement (seule une trame partielle est existante) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer le projet d'établissement dans le cadre d'une démarche participative avec l'association résidents, familles et partenaires de l'établissement et en conformité avec les éléments contenus requis par la loi 2002-2 et préconisés par les RBPP ANESM
<p>Cohérence et pertinence du projet et des moyens</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une localisation adaptée ▪ Un taux d'occupation élevé témoignant d'une bonne attractivité de l'établissement ▪ Un dispositif varié d'accueil (hébergement permanent/temporaire, accueil de jour, PASA, unité protégée) permettant une réponse aux différents types de besoin et le projet de réaménagement de l'accueil temporaire et de jour ▪ Des locaux très récents offrant un certain nombre d'attraits (chambres et salles de bains individuelles, salle snoezelen, salle d'animation, etc..) et répondant aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur et d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents. ▪ Des partenariats engagés avec l'extérieur. ▪ Des projets en cours ou à venir (aménagement des espaces extérieurs et notamment du jardin, réagencement de l'accueil, reconfiguration envisagée des étages) participent de l'adaptation de l'offre aux besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hébergement temporaire non effectif ▪ Des moyens humains en tension au regard du niveau de dépendance (GMP de 805) ▪ La conception et la configuration des locaux impactent négativement la qualité de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler en lien avec les autorités à l'activation et à la bonne marche du dispositif d'hébergement temporaire (communication, articulation entre établissement, ..) ▪ Travailler à la mise en adéquation des moyens soignants au regard du niveau de dépendance élevé

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne 		
Qualité d'accompagnement	<p>Cadre de vie, hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un site agréable en front de mer ▪ Un accueil physique et téléphonique organisé 24h/24 et une continuité assurée le week-end ▪ Des locaux bien équipés et permettant une bonne individualisation de la prestation ▪ Des locaux propres et bien entretenus ▪ Des normes HACCP bien respectées par la cuisine centrale et les équipes ▪ Un plan d'amélioration continue de la qualité à la cuisine centrale 	<p>Cadre de vie, hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux construits sur le modèle hospitalier (grands couloirs inappropriés à la déambulation) et peu appropriés par ceux qui l'habitent (absence de décoration des espaces) ▪ Des locaux de conception très hospitalière couplé à un manque d'investissement des lieux (décoration,..), des lieux vides, très peu accueillants (ex. extrémités des couloirs non aménagées) ▪ Une organisation non rationnelle des étages ▪ Une problématique importante de circulation liée notamment au manque et aux conditions d'utilisation des ascenseurs (utilisation pour le circuit linge propre/linge sale, locaux du personnel situés au 3 ème étage impliquant des allers et retours des professionnels et donc une utilisation importante des ascenseurs, ..) ; ▪ la taille réduite des offices. ▪ Une prestation lingerie insatisfaisante : dysfonctionnements du prestataire causant des plaintes durables, croisement du sale et du propre sans désinfection ▪ L'absence de diététicienne à la cuisine centrale et des repas peu variés ▪ Les résidents ne sont pas associés à la prestation restauration ▪ L'absence d'agent d'accueil dédié 2 semaines par mois 	<p>Cadre de vie, hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler à l'aménagement de l'EHPAD et son appropriation par les résidents ▪ Revoir la répartition des unités entre les niveaux ▪ Revoir le plan de circulation de l'établissement et les conditions d'utilisations des ascenseurs ▪ Améliorer la prestation lingerie ▪ Travailler avec la cuisine centrale sur l'équilibre alimentaire ▪ Mettre en place une commission restauration ▪ Améliorer l'organisation de l'entrée, la signalétique et l'accueil physique

	<p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise en œuvre de la plupart des missions du médecin coordonnateur ▪ Une coordination et organisation des soins effectives gérées par le Médecin coordonnateur et la Cadre ▪ La continuité des soins permise par la présence des infirmiers en continu (jour et nuit) ▪ La sécurisation du circuit du médicament, en lien avec la PUI du site Albert Barbot ▪ Un dossier de soins et une traçabilité des soins informatisée ▪ La formalisation de nombreux protocoles de soins à poursuivre ▪ Un accompagnement paramédical structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles (ergothérapeute, kiné, psychologue) permettant une bonne réponse aux besoins ▪ La volonté de prendre en compte des rythmes et habitudes de vie des résidents ▪ L'approche des thématiques de soins spécifiques (protocoles, partenariats, outils dédiés) ▪ Des partenariats existants avec les structures de soin (établissements, équipes mobiles, bénévoles...) garantissant aux résidents un accès aux soins facilité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une signalétique et configuration extérieures peu efficaces – et une double entrée au sous-sol non adaptée à la fonction accueil <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de projet de soins ▪ Une problématique d'absentéisme importante et à la source de plusieurs problèmes ▪ Un taux d'ASL très important parmi le contingent AS/AMP/ASL - alors que les ASL sont positionnées en partie sur des fonctions de soin : toilettes légères et lourdes (pour pallier à l'absentéisme), soins courants – un double problème qui vient faillir la qualité et la sécurité de la prise en charge (ex des toilettes) ▪ Des plans de soins mal mis à jour et venant abaisser le niveau d'adaptation donc de personnalisation de l'accompagnement ▪ Une organisation qui ne permet pas encore une pleine adaptation aux habitudes de vie, préférences et rythmes des personnes (passage de chambre en chambre pour la distribution des petits déjeuners ou la réalisation des soins et toilettes) ▪ Des soins au quotidien qui ne favorisent pas le maintien ou la stimulation de l'autonomie des résidents ▪ Des remplaçants peu encadrés et accompagnés ▪ Des bonnes pratiques gériatriques insuffisamment diffusées et partagées, et l'absence de temps MEDEC-équipes soignantes pour le faire 	<p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser un projet de soin ▪ Différencier les fonctions soignantes et hôtelières en repositionnant les ASL sur les tâches hôtelières (préparation et service des repas, ménage, tâches logistiques, aide au lever et coucher) – et veiller à ce que le personnel soignant soit qualifié ▪ Assurer une mise en jour continue des plans de soins ▪ Ajuster ou modifier certaines organisations et habitudes de façon à renforcer la personnalisation et l'adaptation aux rythmes et préférences de chaque résident : ex petits déjeuner ou de réalisation des toilettes et soins sur la base de plages horaires actées avec les résidents et prise en compte dans les plans de soin ▪ Favoriser le maintien et la stimulation de l'autonomie des résidents dans les soins quotidiens ▪ Mieux accueillir, cadrer et accompagner les remplaçants dans leur prise de poste et les pratiques attendues ▪ Renforcer la diffusion des bonnes pratiques gériatriques (points réguliers du médecin coordonnateur aux équipes) ▪ Améliorer les pratiques sur les thématiques de soin spécifiques
--	---	---	---

	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fonction animation très bien structurée sur l'Accueil de jour et de qualité ▪ Des supports d'activité à visée pleinement thérapeutique à l'Accueil de jour – et réévalués mensuellement ▪ Une salle d'animation pour l'EHPAD, et des locaux dédiés à l'Accueil de jour ▪ Des temps d'animation qui tiennent compte du rythme des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des thématiques de soin spécifiques à améliorer : prise en charge Alzheimer, prévention des chutes, contention, prévention de la dénutrition, prévention et traitement des escarres, fins de vie <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fonction animation peu structurée (pas de projet d'animation ni d'activité), peu développée (en quantité) et peu variée (collectif/individuel, intérieur/extérieur, etc.) sur l'EHPAD ▪ L'implication prévue des soignants dans l'animation n'est pas effective (absentéisme) ▪ Une prestation qui témoigne de peu d'ouverture et travail sur le lien social : très peu d'intervenants extérieurs, presque plus de sorties, aucun bénévole, pas d'échanges intergénérationnels, pas d'association des familles ▪ L'absence de Commission d'animation et d'un dispositif de suivi et évaluation des animations ▪ Une offre d'animation qui ne touche pas une partie des résidents (grabataires) 	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer un projet d'animation et formaliser des projets d'activités ▪ Renforcer l'offre d'animation et assurer une variété des activités ▪ Impliquer les soignants de manière effective dans l'animation : pour assurer une continuité de l'offre le weekend, renforcer le nombre d'animations en semaine, développer des animations individualisées, utiliser la salle Snoezelen, etc. ▪ Travailler l'ouverture et le lien social à travers les animations : solliciter familles, bénévoles, intervenants extérieurs et écoles, réinstaurer des sorties (front de mer, pic-nic, etc.) ▪ Mettre en place une Commission d'animation permettant d'élaborer en concertation avec les résidents le programme d'animations ▪ Réfléchir à des contenus et modalités d'animation permettant de toucher les résidents les plus dépendants
--	--	--	---

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une implantation facilement accessible, attractive et bien inscrite dans son environnement ▪ La venue régulière des familles sur l'établissement, ainsi que des stagiaires et partenaires médicaux ▪ Des conventions de partenariat pertinentes formalisées au niveau du Pôle sur le volet santé et médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un établissement relativement ouvert à l'environnement, qui pourrait davantage solliciter/faciliter la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, bénévoles, prestataires extérieurs ▪ Un établissement peu ouvert sur l'environnement : aucun partenariat sur le volet socio-culturel, pas de démarche d'intégration dans la cité et sensibilisation de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solliciter/faciliter la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, bénévoles, prestataires extérieurs ▪ Créer des partenariats sur le volet socio-culturel ▪ Renforcer les actions visant à inscrire les résidents dans la vie de la cité et leur ouverture socio-culturelle
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des résidents globalement satisfaits de l'accompagnement proposé au sein de la structure, notamment du suivi médical et des professionnels respectueux ▪ Des familles satisfaites du professionnalisme des équipes, des repas, de l'entretien des locaux, du respect des habitudes de vie... ▪ Des partenaires satisfaits de leur coopération avec l'EHPAD, grâce à des professionnels disponibles et réactifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des familles qui soulignent la faiblesse des activités et la faiblesse de l'information sur l'accompagnement de leur proche ▪ Des partenaires souhaitant une plus grande communication sur la prise en charge quotidienne des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre en compte les remarques des résidents, familles et partenaires dans le PACQ

Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Processus d'admission et fin d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure ▪ Une démarche progressive et pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels ▪ Une évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement ▪ Une attention portée au consentement de la personne au moment de l'admission ▪ Le recueil des directives anticipées sur la fin de vie et le nom de la personne de confiance ▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent) ▪ Des décisions de réorientation travaillées avec l'utilisateur et son représentant légal ▪ Une procédure formalisée en cas de décès et un salon mortuaire ▪ Des personnels formés aux soins palliatifs et l'ensemble de l'équipe sensibilisée à la gestion de la douleur par 2 référentes ▪ Le soutien d'intervenants extérieurs pertinents : l'UMASP pour des sessions de sensibilisation et retour d'expérience tous les trimestres ; les bénévoles d'ASP Sud Réunion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La procédure d'admission n'est pas actualisée sur tous les points (écart entre le théorique et la pratique) ▪ Les documents légaux ne sont pas systématiquement remis et explicités ▪ Le consentement de la personne n'est pas formalisé (bien que recherché) ▪ L'absence de procédure d'accueil du nouveau résident ▪ La communication insuffisante aux résidents de l'arrivée d'une nouvelle personne ▪ L'absence de temps convivial repéré pour marquer l'accueil d'un nouveau résident 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systématiser un temps formel d'échange pluridisciplinaire sur les candidats à l'admission après les entretiens de préadmission ▪ Mettre à jour la procédure d'admission ▪ Veiller à bien remettre les documents obligatoires de manière systématique, le contrat de séjour dans les 15 jours suivant l'admission et à récupérer ce dernier signé dans le mois ▪ Recueillir par écrit le consentement de la personne quant à son admission en EHPAD ▪ Formaliser une procédure d'accueil et communiquer ses modalités dans le projet d'établissement ▪ Renforcer la communication aux résidents qu'un nouvel usager est admis ▪ Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident ▪ Renforcer le soutien aux familles, aux autres résidents et aux équipes en cas de décès (intervention de la psychologue, groupes d'expression par exemple, groupes de parole dédiés...)

<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche d'élaboration débutée en 2013 ▪ Une approche pluridisciplinaire : en réunion de projet ▪ Un système de référent et co-référent ▪ Un projet prenant bien en compte les différentes dimensions de l'accompagnement (prendre soin, vie sociale, activités et loisirs) ▪ La qualité du contenu et l'homogénéité d'un projet à un autre : des contenus des projets personnalisés pertinents et une trame commune bien repérée par tous les acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les résidents ne disposent pas encore d'un projet personnalisé (63% environ) ▪ L'absence de procédure sur les projets personnalisés et une démarche qui ne s'appuie encore que partiellement sur les RBPP de l'Anesm ▪ Une co-construction qui n'est pas pleinement effective : absence de temps de préparation du projet avec le résident/famille/représentant légal, absence de rendez-vous de contractualisation/signature, l'absence de communication du projet final au résident/ famille/représentant légal ▪ L'absence d'un dispositif effectif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet ▪ L'absence de démarche de réactualisation ▪ Le temps passé par la psychologue dans la coordination de la démarche projet personnalisé est très élevé (réunions, formalisation des projets, rendez-vous de signature) et cette organisation n'est pas viable dans la durée au regard de la nécessité de réaliser et actualiser l'ensemble des projets chaque année 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation de 100% de projets ainsi que la réactualisation annuelle pour tous les résidents ▪ Formaliser une procédure ▪ Co-construire le projet avec le résident, sa famille et son représentant légal : préparation, amendement, signature, transmission ▪ Assurer une traçabilité formelle des modifications faites au projet (annuellement ou en cours d'année) et élaborer un avenant contractualisé pour toute modification substantielle ▪ Créer un dispositif effectif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet : <ul style="list-style-type: none"> - ajouter des indicateurs et modalités d'évaluation précis à la trame de projet, en regard des objectifs, de façon à objectiver la réévaluation des projets - organiser un point à 6 mois sur l'avancement de l'ensemble des PP ▪ Repenser les modalités de coordination de la démarche projet personnalisé et réajuster les conditions et l'intensité de mobilisation de la psychologue : <ul style="list-style-type: none"> - Montée en puissance des IDE sur une fonction de coordination de projets - Répartition de la charge entre la psychologue, les IDE, le cadre de proximité, l'assistante sociale (rendez-vous de signature par exemple) - Autonomisation des référents sur la rédaction du projet, Etc.
--	--	--	---

L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> Un CVS en place 	<ul style="list-style-type: none"> Un CVS qui ne fonctionne pas en conformité avec le cadre légal : présidence, périodicité des réunions, comptes-rendus La dynamique générale de l'instance est à relancer au plus vite L'absence d'autres moyens d'expression à la disposition des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> Relancer le CVS, en conformité avec le cadre légal Diversifier les canaux d'expression : enquête de satisfaction, commissions menu et animation, groupes de parole, réunion mensuelle des familles, recueil des plaintes et réclamations
La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> La posture d'écoute et adaptation des salariés 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de démarche visant à étoffer le PPP sur la base des remarques des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> Systématiser et tracer le recueil de l'expression des résidents Transformer leurs remarques en actions d'amélioration intégrées au PACQ

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des outils formalisés, diffusés ▪ Des outils conformes ▪ Un droit à l'intimité pleinement respecté ▪ Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées ▪ Un respect effectif des liens familiaux et amicaux ▪ Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La remise/explicitation des documents 2002-2 à systématiser à l'admission ▪ Une adaptation perfectible des documents à la compréhension des résidents et un règlement de fonctionnement non affiché ▪ Un droit à l'information peu épanoui ▪ Un droit à la confidentialité et à la protection perfectible ▪ Un droit à l'autonomie et une bonne volonté des soignants mis à mal par la mise en tension des personnels ▪ L'absence de réflexion sur la vie affective et sexuelle des résidents ▪ Une organisation en tension qui tend à peser sur le droit à la dignité ▪ La faiblesse de l'exercice des droits civiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remettre/expliciter systématiquement les documents 2002-2 à l'admission ▪ Poursuivre l'adaptation des outils à la compréhension des usagers (règlement de fonctionnement notamment) et afficher le règlement de fonctionnement ▪ Améliorer la mise en œuvre des droits le nécessitant
Sécurité des lieux et des personnes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Un avis favorable de la dernière commission de sécurité ▪ Des documents obligatoires à jour et disponibles ▪ Au moins deux exercices d'évacuation par an et des professionnels formés chaque année à la sécurité incendie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des opérations de prévention, de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,..) non encore effectives à date d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer régulièrement les opérations de prévention et de suivi et de contrôle des légionelles (relevés de températures,..) et alimenter le carnet sanitaire mis en place par l'établissement en septembre 2014

<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le département Pôle et Travaux de la Fondation ▪ Des normes HACCP effectives à la cuisine centrale et sur l'établissement et appropriées par les professionnels ▪ Existence d'une PUI et d'un circuit du médicament globalement sécurisé ▪ Une astreinte de direction assurée en permanence ▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace avec une présence IDE : consignes et procédures formalisées, professionnels formés ▪ Des locaux DASRI bien entretenus et sécurisés ▪ L'existence d'un DLU ▪ L'existence d'un DARI ▪ Un dispositif formalisé de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un circuit du linge sale qui croise le trajet des résidents, soignants et visiteurs sans désinfection effective ▪ Des temps de transmissions (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) à recadrer ▪ Un DARI sans plan d'action ▪ Un Plan bleu / PCA pas complètement actualisé et adapté à l'établissement (trame d'un autre établissement) ▪ La mise en tension des personnels de maintenance du Pôle gérontologique ▪ La coordination avec le département Plans et Travaux ▪ Une sécurisation du circuit du médicament encore perfectible ▪ L'absence de procédure et pédagogie sur le signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir la gestion du linge sale ▪ Recadrer les transmissions ▪ Etablir le plan d'action du DARI, l'intégrer au PACQ et suivre les actions ▪ Finaliser l'actualisation du Plan Bleu / PCA ▪ Améliorer la coordination avec Plans et Travaux et revoir la mobilisation des 3 agents du Pôle ▪ Trouver une organisation permettant d'assurer la sécurisation totale du circuit du médicament ▪ Formaliser une procédure de signalement des événements indésirables et la communiquer/expliciter
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dispositif de prévention des risques professionnels mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP intégrant la notion de pénibilité, disponibilité et communication de la direction ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : mobilité interne possible, dispositif de formation, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUERP ne prenant pas en compte la pénibilité et les risques psychosociaux – et non réactualisé annuellement ▪ Des phénomènes d'usure professionnelle et de tensions repérés au sein des équipes ▪ L'absence d'analyse des pratiques ▪ L'absence d'entretiens d'évaluation professionnelle ▪ L'absence de rotation du personnel en interne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer une démarche sur la pénibilité et les risques psycho-sociaux et intégrer ces risques au DUERP (à réactualiser annuellement) ▪ Mettre en place une analyse de pratiques ▪ Organiser des entretiens d'évaluation professionnelle (EAE) ▪ Etudier la possibilité d'un dispositif institutionnalisé de rotation du personnel

<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une culture de la bientraitance qui émerge des pratiques ▪ Des professionnels formés à l'Humanitude et des référents identifiés ▪ La connaissance de l'obligation de signalement de la maltraitance et un outil de signalement disponible (identique événements indésirables) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une organisation permettant peu d'échange sur les pratiques (temps de réunion pluridisciplinaire, analyse des pratiques) ▪ Des référents encore peu mobilisés sur le sujet ▪ L'absence de procédure de signalement de la maltraitance ▪ L'absence de démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance n'est pas affiché 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer davantage de références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2 ▪ Missionner les référents Humanitude et Maltraitance sur de petits projets assortis d'objectifs et moyens ▪ Formaliser une procédure de signalement de la maltraitance ▪ Mener une démarche d'évaluation des risques de maltraitance au plan institutionnel et au plan individuel ▪ Afficher le 3977
--	---	--	--

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 nuancé.

L'EHPAD dispose d'atouts très forts à exploiter : sa situation attractive dans la cité et en bord de mer, un certain nombre d'équipements de qualité (salle Snoezelen, salle de kiné, salle d'animation, terrasses aménagées), des chambres permettant une pleine individualisation de l'hébergement, ses équipes de bonne volonté, respectueuses du résident et formées à l'Humanitude, ses partenariats sur le volet santé et médico-social assurant une bonne continuité de l'accompagnement, etc.

La variété de l'offre d'accompagnement est également à saluer : EHPAD, PASA, Unité Alzheimer, Accueil de jour. L'Accueil de jour propose un accompagnement de qualité aux personnes âgées qu'elle accueille.

En revanche un certain nombre de difficultés et d'enjeux sont repérés : absence de projet d'établissement, moyens en tension au regard du niveau de dépendance, absentéisme élevé, une démarche de projets personnalisés encore insuffisamment aboutie (notamment dans son volet co-construction et contractualisation), un taux importants de personnels non soignants positionnés sur des tâches de soins (toilettes, ..) pouvant impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge, un manque de coordination et de partage, une fonction animation à asseoir et à consolider, une ouverture à et sur l'environnement peu développée. Malgré la bienveillance des équipes, des marges de progrès sont identifiées sur la personnalisation et le respect des droits. Des phénomènes d'usure professionnelle et de tensions sont identifiés et constituent des enjeux managériaux forts.

Le très récent changement de direction vient redynamiser l'institution : la direction a démontré sa motivation à améliorer le fonctionnement de l'établissement. Le déploiement de la Démarche d'amélioration continue, ainsi que la communication régulière aux équipes et leur implication dans les actions menées, vont permettre à l'EHPAD de soutenir les changements à opérer dans l'institution et pérenniser la démarche Qualité engagée.

Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner des résidents, temps de transmission, temps d'activités/goûter
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 13 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (2) ▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (2) ▪ 6 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : X mois ▪ 10 septembre 2014 : validation du projet évaluatif ▪ 1 et 2 octobre 2014 : évaluation sur site ▪ 24/11/2014 : remise du pré-rapport ▪ 30/12/2014 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 jours
Date de début et de fin de mission	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 septembre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 30/12/2014 (envoi du rapport final)

Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe

PARTIE 6 - ANNEXES

5.3 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
www.eqr-management.com

SIRET 510 818 065 00029

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

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

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

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

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

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

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

B3 - Compte (s) à créditer :

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

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

• Numéro de compte :

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

B4 - Durée d'exécution du marché :

Le présent marché est conclu pour une durée de : **09 mois** et entrera en vigueur le **1^{er} mars 2014**.

B5 - Délai de validité de l'offre :

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

B6 - Délai de livraison :

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

B7 – Domiciliation :

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

C - Signature de l'offre par le candidat.

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

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

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

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

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

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché:

M. Christian BONNEAU Directeur Général

■ Service habilité à donner les renseignements :

Service Achats

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

Téléphone : 0262 49 93 58

Courriel : service-achats@favron.org

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

La présente offre est acceptée.

n: Saint Pierre le 13 mars 2014

Signature

1/0



FONDATION PERE FAVRON
Le Directeur Général Adjoint
Philippe BOYER

5.4 Composition des équipes



William BOTTARO | Associé

Présentation

Associé du Cabinet EQR depuis 2005 et Directeur des activités de Conseil du Groupe EQR depuis 2009, William Bottaro intervient depuis plus de 10 ans dans l'accompagnement, l'évaluation et la transformation du secteur public.

Spécialiste du secteur social et médico-social, il accompagne les collectivités, agences nationales et régionales, établissements et services dans la définition de leurs stratégies (schéma départementaux d'action sociale et médico-sociale, études territoriales, plans stratégiques, contractualisation), dans leurs démarches de réorganisation et de conduite du changement (territorialisation, optimisation organisationnelle et fonctionnelle) ainsi que dans l'évaluation de leurs politiques et activités.

Il intervient sur l'ensemble de l'action sociale et a développé une expertise plus poussée dans les champs de la protection de l'enfance, du handicap et des personnes âgées.

Carrière

- Depuis 2009 – Associé, Directeur EQR Conseil
- 2005-2009 - Associé EQR
- 2001 – 2005 - Consultant au Cabinet Ernst and Young Public – Département secteur Public et collectivités locales

Formation

- Master spécialisé en Management public – ESSEC
- DESS Management public – IEP Bordeaux
- Institut de Sciences Politiques de Bordeaux – Section Service Public

Clients

- Agences nationales : ANAP, ANESM
- Collectivités locales : Conseils généraux (Paris, Val de Marne, Seine et Marne, Landes, Gironde, Pyrénées Atlantiques, Alpes Maritimes, Ille et Vilaine, Côte d'Or), Villes/CCAS (Libourne, Troyes, Mont de Marsan, Narbonne, Béziers, Mont de Marsan)
- Fédérations, fondations : Mutualité Française, Apprentis d'Auteuil, Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, Armée du salut, Groupe SOS, FEGAPEI
- Associations : ADSEA 69, ANAIS, APOGEI, ADAPEI de la Creuse, ADAPEI des Alpes Maritimes, APEI centre manche, St Michel les Sorbiers
- Etablissements et services sociaux et médico-sociaux



William BOTTARO | Associé

Références

Évaluation externe

- AGAPEI – 50 établissements et services relevant du handicap (en cours)
- Fondation caisse d'épargne pour la solidarité – 25 EHPAD (en cours)
- Fondation les apprentis d'Auteuil – 25 MECS (en cours)
- Mutualité française Indre-Touraine – Contrat cadre - 20 établissements médico sociaux (en cours)
- ADAPEI des Côtes d'Armor - 12 établissements et services relevant du handicap (IME/SESSAD, ESAT, Foyer d'hébergement, Foyer de vie, SAVS, SATRA)
- ASEI - 6 établissements et services relevant du handicap (Foyer d'hébergement, foyer de vie, SAVS, ITEP)
- ADAPEI de l'Aveyron et de l'Aude – 25 établissements et services relevant du handicap
- APAJH 44 – 6 établissements et services relevant du handicap (IME/SESSAD Clémence Royer, IME/SESSAD/SAVS Val Lorie, IPEAP, MAS/SAMSAH de Sèvre)
- UGECAM PACA Corse – 4 établissements (IME/SESSAD Henri Wallon, MAS la Source, CRP La Gaude)
- Mutualité française Anjou-mayenne - Evaluation externe de 10 établissements médico sociaux
- Association Monsieur Vincent, Espérance et Accueil, Partage Accueil Solidarité – Evaluation externe des EHPAD - Contrat Cadre, 40 établissements
- Hôpital de St Laurent du Pont – Pôle handicap : 4 établissements et services
- Une dizaine d'évaluation externes de SAD

Évaluation interne

- ADAPEI des Alpes Maritimes, complexe de Cannes (3 établissements)
- APOGEI 94, ADAPEI de la Creuse (7 établissements)
- APEI de la boucle de la Seine (18 établissements)
- ADAPEI de la Nièvre (4 établissements)
- Foyer des résidences de Rosebrie,
- Foyer de vie de Saint Andelain (58), Études et stratégies territoriales



William BOTTARO | Associé

Références
<p>Audit / organisation/conduite du changement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conseil Général du Loir et Cher – Réalisation d'un diagnostic financier accompagné d'un plan d'action organisationnel d'une vingtaine d'établissements et de services des secteurs de l'enfance et du handicap ➤ ADAPEI 77 - Audit de 20 établissements services du handicap et accompagnement à l'élaboration du CPOM ➤ Conseil Général des Alpes Maritimes : Audit de 12 établissements de protection de l'enfance ➤ Conseil Général d'Eure et Loir (28) - Audit organisationnel, fonctionnel et financier du centre départemental de l'enfance (4 structures) ➤ Conseil Général d'Ille et Vilaine (35) - Audit 4 établissements de l'association ARASS ➤ Armée du Salut – Audit du Complexe de Morfondé ➤ Département de Paris, DASES (75) : Accompagnement de l'évolution de l'organisation du Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance ➤ Département de Paris, DASES (75) : Mission d'accompagnement à la déconcentration de l'Aide Sociale à l'Enfance sur le 20ème arrondissement de Paris ➤ Conseil Général du Val de Marne - Audit du Centre d'Observation et de Rééducation et du foyer départemental de l'enfance de Chéroux ➤ Département de Paris, DASES - Etude organisationnelle au Foyer de l'enfance des Récollets ➤ Conseil Général de Seine et Marne - Audit de l'établissement public départemental ALIZE <p>Élaboration de projets d'établissements et de services</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conseil Général du Val de Marne, Foyer de Villiers sur Marne - Elaboration du projet d'établissement ➤ Foyer départemental de l'Enfance du Lot et Garonne (47) - Elaboration du projet d'établissement et de 4 projets de services ➤ Maison de l'Enfance de la Côte d'Or (21) - Elaboration du projet d'établissement et de 4 projets de services ➤ Institut Départemental de Développement de l'Autonomie (13) - Elaboration du projet d'établissement ➤ UGECAM Paca et Corse (83) - Elaboration du projet du pôle médico-social ➤ A.F.P.J.R. (06) - Elaboration de 7 projets d'établissement (IEPS, 3 ESAT, 2 Foyers d'hébergement, 1 MAS) ➤ Union pour la Défense de la Santé Mentale (94) - Elaboration du projet du Pôle addictologie ➤ Foyer départemental de l'enfance de Nîmes (30) Elaboration du projet d'établissement et de 7 projets de services ➤ Foyer de l'enfance Michelet (Paris XIII), DASES - Elaboration du projet d'établissement ➤ Complexe de Bois Charente (16) - Elaboration du projet d'établissement

William BOTTARO | Associé

Références
<p>Élaboration de schémas départementaux d'action sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conseil général des Pyrénées Atlantiques - Elaboration du schéma de l'enfance et de la famille 2012-2016 ➤ Conseil Général des Landes - Accompagnement à l'élaboration du plan relatif à la prévention spécialisée 2010-2015 ➤ Conseil Général des Landes - Elaboration du schéma enfance et famille 2008-2012 ➤ Département de la Gironde (33) - Accompagnement à la réalisation du Schéma conjoint de l'enfance et de la jeunesse 2005-2010 <p>Analyse des besoins sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communauté de communes du Pays Bigouden Sud, ➤ Communauté de communes du Libournais, ➤ Ville de Guyancourt, ➤ Ville de Mont de Marsan , ➤ Ville de Fréjus , ➤ Ville de Cagnes sur mer ➤ Ville de Narbonne, ➤ Ville de Troyes, ➤ Ville de Meudon. <p>Conduite de projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ANAP - Expérimentation de tableaux de bord médico-sociaux dans 5 ARS, 8 Conseils généraux, 500 établissements sociaux et médico-sociaux ➤ ANESM – Elaboration des fiches de synthèses de 13 recommandations de bonnes pratiques professionnelles ➤ ANESM – Accompagnement à l'élaboration et à l'analyse de l'enquête bientraitance relative aux MAS et FAM ➤ Mutualité Française - Accompagnement des Unions régionales à la définition de la stratégie en matière de prévention et de santé publique ➤ ADAPEI 77 - Audit de 20 établissements et accompagnement à l'élaboration du CPOM ➤ Association Oppedia - Accompagnement à la structuration du siège et des procédures clés de (200 salariés) ➤ Département de Paris, DASES (75) : Accompagnement de l'évolution de l'organisation du Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance



Laurie LAVAIL | Consultante

Présentation

Laurie LAVAIL est consultante au sein du cabinet EQR. Diplômée d'EMLYON Business School (stratégie et entrepreneuriat social), sa formation lui confère une solide connaissance et expérience en gestion et organisations.

Depuis son arrivée au sein du cabinet, elle participe à diverses missions d'évaluation externe dans les ESMS dédiées au handicap et au public âgé. Ses interventions en tant qu'évaluateur et sa contribution à la Charte nationale Qualité des services à la personne (ANSP) lui confèrent une solide connaissance de la démarche Qualité. Laurie a également approfondi les problématiques du vieillissement et du maintien à domicile des personnes âgées au travers d'études prospectives et évaluations de politiques publiques (DGOS, DGOM, CCAS Angers). Par ailleurs, elle a actuellement la chance d'être impliquée dans l'expérimentation PAERPA - relative aux Parcours de santé des plus de 75 ans - aux côtés de l'ANAP et de plusieurs ARS.

Enfin, elle prend part à des missions d'appui stratégique et organisationnel auprès des différents acteurs du secteur (agences centrales, fédérations et associations, collectivités, établissements).

Carrère

- > Consultante au sein du cabinet EQR Conseil (depuis 2012)
- > Chargée de projet marketing dans l'industrie pharmaceutique (Galderma Australia) – stratégie digitale OTC

Formation

- > MSc in Management Grande Ecole - EMLYON Business School - stratégie et entrepreneuriat social
- > Mémoire de recherche : Comprendre l'impact des Objectifs onusiens du Millénaire pour le Développement (OMD)

Clients

- > Agences publiques nationales (DSS-ANAP, ANSP)
- > Agences Régionales de Santé (ARS Centre, ARS Lorraine, ARS Limousin)
- > Unions, groupements, fédérations, fondations nationales (Unapei, GEPSO, FCEs, Partage Solidarité Accueil, Monsieur Vincent, UGECAM, ASEI, Apprentis d'Auteuil)
- > Associations départementales ou locales (ADAPEI 22, ADAPEI 56, MFIT, MFAM)
- > Collectivités locales (CCAS Angers, CCAS Meudon)
- > Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

© EQR Conseil

Laurie LAVAIL | Consultante

Principales références

Evaluations externes d'établissements sociaux et médico-sociaux

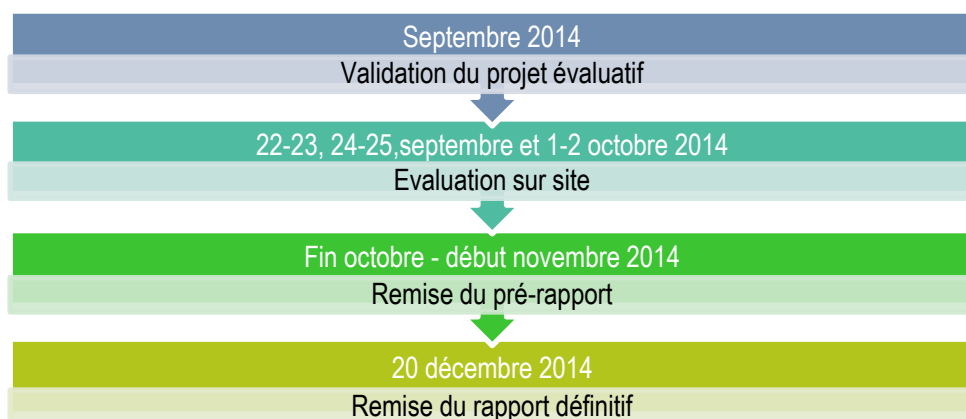
- > **Secteur Personnes âgées :**
 - **Partage Solidarité Accueil, 2013 :** EHPAD Notre-Dame des Vignes; EHPAD La Chaume; EHPAD Notre-Dame des Apôtres
 - **Monsieur Vincent, 2014 :** EHPAD La Chesnaye; EHPAD Les Cèdres; EHPAD Accueil Saint François
 - **FCEs, 2014 :** EHPAD Les Trois Roses; EHPAD Les Logis d'Aure
 - **MFIT, 2013 :** Service de Soins Infirmiers A Domicile de Chambray; Service de Soins Infirmiers A Domicile et Equipe Mobile Alzheimer de St-Cyr-sur-Loire
- > **Secteur Handicap :**
 - **ADAPEI 56, 2014 :** Foyer de vie et Accueil de jour Aval Vor
 - **ADAPEI 22, 2013 :** Plateforme de coordination (SAMSAH/coordination SAVS/pôle ressource)
 - **UGECAM PACA Corse, 2013 :** Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique Vosgelade; Institut Médico-Educatif et SESSAD Henry Wallon
 - **MFAM, 2013 :** ESAT Arceau
 - **FCEs, 2013 :** Foyer de Vie Domaine de Vaux de Fouchères
 - **ASEI, 2013 :** Foyer d'Hébergement / Ateliers Occupationnels Frescatis; SAVS Le Caroux; Centre Jean Lergarde (IES/IEM)
 - **Fondation Léopold Bellan, 2013 :** Institut Médico-Educatif La Sapinière; SAFEP / SSEFIS CODALI
- > **Secteur Protection de l'enfance :**
 - **Apprentis d'Auteuil, 2014 :** Maison d'Enfants à Caractère Social St François de Sales

© EQR Conseil

Laurie LAVAIL | Consultante

Principales références	
Accompagnement stratégique et organisationnel	
>	Parcours de santé, coordination :
•	DSS-ANAP, 2013-2015 : Expérimentation des parcours de santé à destination des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) en appui des ARS Centre, Lorraine et Limousin
>	Outils qualité et de pilotage du secteur :
•	ANAP, 2014 : Formatrice en région PACA au tableau de bord partagé d'indicateurs entre les établissements et services des secteurs du handicap et des personnes âgées
•	ANSP, 2012-2013 : Participation à la création et au déploiement de la Charte nationale Qualité des services à la personne
>	Stratégie des organisations :
•	UNAPEI, 2012-2013 : Elaboration du projet associatif global de l'association nationale pour la période 2013-2017
•	GEPSo, 2013-2014 : Elaboration du projet associatif national
•	ESAT du Haut-Var Salernes, 2013-2014 : Elaboration du projet d'établissement
>	Analyse des besoins sociaux :
•	CCAS de Meudon, 2012 : Réalisation de l'Analyse des Besoins Sociaux
Evaluations de politiques publiques	
>	DGOS, 2012 : Evaluation de l'organisation et de l'action des Centres de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin)
>	DGOM, 2013 : Participation à l'évaluation du plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 en direction des populations d'Outre-mer
>	CCAS de la Ville d'Angers, marché pluriannuel : Assistance à une démarche d'observation sociale et d'évaluation des politiques sociales Evaluation et prospective réalisée en 2013 : « Pertinence et perspectives de la politique de maintien à domicile du CCAS »

5.5 Calendrier de réalisation



5.6 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



5.7 Composition des équipes



SAS EQR Conseil

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

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