

# ASSOCIATION PERE FAVRON

## Evaluation externe de la MAS de l'EST Pôle Médico-Social Philippe de Camaret

### Rapport

Type d'établissement	MAS
Coordonnées	26 rue des Aubépines 97270 SAINT BENOIT
Numéro FINESS	97 040 473 7

Décembre 2014

## Sommaire

<b>1.</b>	<b><i>Eléments de cadrage</i></b> .....	<b>3</b>
1.1.	L'organisme gestionnaire .....	3
1.1.	Description de l'établissement .....	3
1.2.	Missions .....	4
1.3.	L'environnement : situation géographique.....	4
1.4.	La population accompagnée.....	5
1.5.	L'activité.....	5
<b>2.</b>	<b><i>La procédure d'évaluation externe</i></b> .....	<b>6</b>
2.1.	Démarche.....	6
2.2.	Sources.....	7
2.3.	La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée .....	8
<b>3.</b>	<b><i>Résultats de l'analyse détaillée</i></b> .....	<b>9</b>
3.1.	<b>La stratégie du service</b> .....	<b>9</b>
3.1.1.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service.....	9
3.1.2.	La pertinence et la cohérence de la stratégie .....	11
3.2.	<b>Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue</b> .....	<b>14</b>
3.2.1.	Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne .....	14
3.2.2.	Priorisation et communication des propositions d'amélioration .....	15
3.2.3.	Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration .....	15
3.2.4.	Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité .....	16
3.3.	<b>Le parcours de l'utilisateur</b> .....	<b>17</b>
3.3.1.	Le processus d'admission et d'accueil .....	17
3.3.2.	L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé .....	19
3.3.3.	La fin d'accompagnement.....	21
3.4.	<b>La qualité de l'accompagnement proposé</b> .....	<b>21</b>
3.4.1.	Qualité du cadre de vie .....	21
3.4.2.	L'accompagnement proposé .....	23
3.4.3.	La coordination de l'accompagnement .....	29
3.5.	<b>L'effectivité des droits des usagers</b> .....	<b>30</b>
3.5.1.	Le respect des droits fondamentaux .....	30
3.5.2.	Les modalités concrètes d'exercice des droits.....	31
3.6.	<b>La prévention et la gestion des risques</b> .....	<b>33</b>
3.6.1.	La sécurité des lieux et des personnes .....	33
3.6.2.	La prévention des risques professionnels et la santé au travail .....	37
3.6.3.	La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.....	38
3.7.	<b>L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement</b> .....	<b>39</b>
3.7.1.	L'inscription du service dans le territoire .....	39
3.7.2.	La perception de l'établissement par son environnement .....	40

<b>3.8.</b>	<b>Organisation, gestion des ressources humaines et management.....</b>	<b>41</b>
3.8.1.	La politique de gestion des ressources humaines .....	41
3.8.2.	Organisation et management .....	44
<b>4.</b>	<b>Synthèse de l'évaluation externe .....</b>	<b>46</b>
1.1.1.	La démarche d'évaluation interne .....	46
1.1.2.	Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM .....	46
<b>1.2.</b>	<b>Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers.....</b>	<b>46</b>
<b>1.3.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique .....</b>	<b>48</b>
<b>1.4.</b>	<b>Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers</b>	<b>48</b>
<b>1.5.</b>	<b>La garantie des droits et la politique de prévention des risques .....</b>	<b>49</b>
<b>6.</b>	<b>Abrégé du rapport d'évaluation externe .....</b>	<b>51</b>
6.1.	La démarche d'évaluation interne.....	51
6.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm .....	52
6.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers .....	53
6.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....	58
6.5.	Personnalisation de l'accompagnement .....	59
6.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers .....	61
6.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques .....	62
6.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe .....	65
6.9.	Méthodologie de l'évaluation externe .....	66
6.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe.....	67
<b>7.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>68</b>
<b>7.1.</b>	<b>Contrat .....</b>	<b>68</b>
<b>7.2.</b>	<b>Composition des équipes.....</b>	<b>72</b>
<b>7.3.</b>	<b>Calendrier de réalisation .....</b>	<b>74</b>
<b>7.4.</b>	<b>Attestation sur l'honneur .....</b>	<b>75</b>

## 1. Éléments de cadrage

### 1.1. L'organisme gestionnaire

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

Elle regroupe 35 établissements sociaux et médicosociaux, accompagne 1455 personnes et emploie 1200 professionnels.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.2. Description de l'établissement

La Maison d'Accueil Médicalisé (MAS) de l'Est s'intègre au **Pôle Médico-Social Philippe de Camaret**, qui regroupe :

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Les Trois Cascades ;
- La Maison d'Accueil Médicalisée (MAS) de l'Est ;
- Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) Les Aubépines.

**La MAS de l'Est dispose d'un agrément de 48 personnes dont :**

- **42 places en hébergement permanent** (30 places pour personnes polyhandicapées et 12 pour personnes cérébro-lésées) ;
- **6 places en accueil de jour et accueil temporaire.**

### 1.3. Missions

« Les Maisons d’Accueil Spécialisé sont destinées aux personnes handicapées adultes qui n’ont pu acquérir un minimum d’autonomie et dont l’état requiert une surveillance médicale et des soins constants ». (Circulaire 62 AS du 26/12/78)

D’après son dernier projet d’établissement, validé en 2010, la MAS de l’Est se donne pour mission de :

- **Garantir à chacun un hébergement adapté** (espace privatif), sécurisé et sécurisant, agréable, confortable et convivial, préservant son intimité dans un cadre de vie intérieur et extérieur lui permettant de se sentir chez lui, de s’approprier son lieu de vie;
- **Proposer une restauration équilibrée, attrayante, adaptée** aux goûts, aux régimes, aux besoins, aux choix, aux possibilités de chacun (hygiène alimentaire, équilibre diététique, hydratation...);
- **Veiller au maintien des acquis ou/et au développement de l’autonomie** de chacun, en privilégiant le « laisser faire », le « faire avec » plutôt que le « faire à la place de » ;
- **S’attacher au bien-être physique, physiologique, psychologique, voire psychique**, par des accompagnements et des soins, adaptés dans le temps pour prévenir la dégradation du handicap ;
- Aider le résidant à **valoriser sa propre image** (aspects physiques, vestimentaires...);
- **L’accompagner dans le maintien, le développement voire la restauration** de ses liens familiaux, amicaux et sociaux ;
- **Considérer le principe de non-discrimination**, dans le respect de ses choix culturels, culturels, affectifs et sexuels ;
- **Instaurer des modes de relation adaptés** : entre professionnels et résidants, entre résidants, entre les résidents et leur environnement interne et externe ;
- **Favoriser l’exercice de la citoyenneté**, en assurant sa protection et sa promotion, au sein de l’établissement et dans son environnement, dans la perspective de la meilleure intégration sociale possible;
- **Offrir des repères spatio-temporels adaptés**, favorisant la libre circulation, lui permettant de concilier sa vie personnelle avec les contraintes de la vie collective ;
- **Contribuer à l’épanouissement du résident**, par des activités d’éveil favorisant son expression, sa créativité, sa considération, sa reconnaissance.

### 1.4. L’environnement : situation géographique

**La MAS de l’Est est située dans le quartier de Bras-Fusil**, sur la route des Plaines à 2 km de Saint-Benoît, à proximité du Pôle Sanitaire de l’Est, de l’EPSMR et de l’AURAR. Sans être au cœur du centre-ville, elle se trouve à proximité des commerces, des infrastructures et des équipements municipaux. **Elle est principalement accessible par la route.**



## 1.5. La population accompagnée

### La MAS de l'Est accueille :

- Des personnes atteintes de polyhandicap : polyhandicap grave d'origine congénitale, psychoses déficitaires, troubles envahissants du comportement, Infirmité Motrice Cérébrale ;
- Des personnes dites « cérébro-lésées », présentant des lésions neurologiques suite à un traumatisme crânien grave, un accident vasculaire cérébral ou toute autre cause d'anoxie cérébrale.

Ces handicaps s'accompagnent parfois d'handicaps secondaires :

- Déficience intellectuelle ;
- Troubles Moteurs ;
- Troubles sensoriels ;
- Troubles somatiques ;
- Epilepsie.

**Les résidents de la MAS sont répartis sur 3 unités** (Bougainvilliers, Hibiscus, Anthurium) en fonction de leur degré d'autonomie, de l'origine de leur handicap et de leur âge.

En 2013, la MAS de l'EST accueille 60% d'hommes et 40% de femmes, d'une **moyenne d'âge de 42 ans** tout handicap confondu.

**La majorité des personnes accueillies sont issues du milieu institutionnel** et viennent d'un IME, d'un CEAP, d'un CEM ou d'une MAS. Concernant les personnes cérébro-lésées, l'origine varie : service de rééducation fonctionnelle, service de long séjour, domicile, etc.

### Sur les 43 personnes prises en charge en 2013 :

- 33 présentent un poly handicap ou un pluri handicap ;
- 10 sont cérébro-lésées (traumatisme crânien grave, accidents vasculaires cérébraux).

Les résidents de la MAS ont un niveau de dépendance relativement élevé.

## 1.6. L'activité

Le taux d'occupation de la MAS de l'Est était de **91,5% en 2013** (avec un objectif prévisionnel à 92%), en raison de décès et de délais d'admission importants pour les nouvelles entrées. En outre, le retard pris dans le début des travaux de la MAS n'a pas permis de mettre en œuvre l'accueil temporaire.

## 2. La procédure d'évaluation externe

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

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

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

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

- Définition du projet évaluatif ;
- Etude et analyse ;
- Synthèse ;
- Rapport d'évaluation externe.

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

### 2.1. Démarche

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

La démarche d'évaluation externe est structurée en trois étapes, s'étendant sur quatre mois, **du mois de septembre au mois de décembre 2014**.



#### Etape 1 : Le projet évaluatif

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

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

#### Etape 2 : l'évaluation sur site

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

- Une visite complète de l'établissement ;

- Des entretiens avec :
  - o Les Directrice et Directrice adjointe de pôle ;
  - o La cadre de proximité ;
  - o L'équipe administrative du pôle ;
  - o Le Comité Qualité
  - o Le médecin ;
  - o Un infirmier ;
  - o Un groupe composé de 2 ergothérapeutes et 1 psychomotricienne ;
  - o L'assistante sociale du pôle ;
  - o 1 veilleur de nuit (par téléphone) ;
  - o Un groupe de 4 agents d'entretien des locaux ;
  - o Un groupe de 4 AS et AMP de l'unité Hibiscus ;
  - o Un groupe de 4 AS et AMP de l'unité Bougainvilliers ;
  - o Un groupe de 2 AMP de l'unité Anthurium ;
  - o 1 éducateur spécialisé (animatrice).
- Une consultation des usagers : un entretien de groupe a été mené auprès de 4 usagers ;
- Une consultation des familles : 3 familles ont été rencontrées sur site et 3 ont été contactées par téléphone ;
- Des temps d'observation des pratiques : observation de temps d'activités, de temps de réunion projet, de repas et des transmissions ;
- 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 : Toutnet, Club Hippique de l'Est, Arrar.

**Etape 3 : le rapport** a fait l'objet d'un pré-rapport, composé d'une synthèse tenant compte des résultats de la consultation des usagers et des partenaires, et enrichie de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la direction le 23 octobre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 5 décembre 2014.

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

## 2.2. Sources

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

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

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

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

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

### 3. Résultats de l'analyse détaillée

#### 3.1. La stratégie du service

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

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

**La MAS de l'est dispose d'un Projet d'Etablissement réactualisé en 2009, avec l'aide d'un cabinet extérieur (EFFICIO).**

L'élaboration du projet d'établissement s'est déroulée durant toute l'année 2009. **La démarche a été globalement participative :**

- **Une réunion de présentation de la démarche** a été organisée début 2009 aux professionnels de l'établissement ;
- **Un Comité de Pilotage, constitué des représentants de chaque catégorie professionnelle de l'établissement** (Représentants de l'équipe de Direction, de l'équipe administrative, de l'équipe médicale, de l'équipe de proximité de chaque unité de l'équipe des transversaux et des équipes logistiques), a été mis en place. Ce groupe a été chargé d'élaborer le nouveau projet d'Etablissement, sur la base des apports théoriques et méthodologiques du formateur du cabinet extérieur mais aussi en lien avec les remontées de l'ensemble des professionnels et des acteurs de la MAS ;
- **Des groupes de travail ont été organisés avec les professionnels** entre les différentes sessions du Comité de Pilotage afin que chacun puisse s'exprimer sur ce nouveau Projet ;
- **Des points sur l'avancée de la démarche ont été régulièrement organisés** afin de solliciter les salariés et le CVS sur les thèmes abordés dans le nouveau projet (projet de soins, projet de vie sociale, ...) ;
- **Le projet finalisé a été présenté à chaque secteur d'activités de la MAS et au CVS** lors de réunions organisées en novembre 2009.

Le projet a été validé par le CVS en novembre 2010 et en avril 2010 par le Conseil d'Administration de la Fondation. Il a également été envoyé aux autorités de tarification en 2010.

Si le recueil des questions et des demandes des usagers et des familles ont eu lieu durant la période d'élaboration du projet par le biais du CVS, de réunions et d'échanges avec les professionnels, les représentants des usagers, des familles et les partenaires n'ont toutefois pas été associés directement à la démarche d'élaboration du Projet. **L'établissement veillera à associer l'ensemble des parties prenantes à la réactualisation prochaine du Projet d'Etablissement, prévue fin 2014, lors de la signature du nouveau CPOM.**

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

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

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

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

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

- Les principes d'intervention (gestion des paradoxes, ...)
- 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 politiques publiques régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012).

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

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

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

**Conformément à la réglementation**, le projet d'établissement est établi pour une **durée de 5 ans** (2009-2014). 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 (92 pages avec annexes) ne facilite pas sa lecture ni son appropriation (les RBPP conseillent une trentaine de pages).

**Enfin, la mission d'évaluation relève plusieurs pistes d'amélioration en vue de la prochaine réactualisation du Projet :**

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

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

**Le projet est mis à disposition à différents endroits de l'établissement** (en salle du personnel et à l'accueil) Il est également disponible en version numérique sur le site internet de la Fondation Père Favron ainsi que sur les différents postes informatiques de l'établissement. Il a été présenté en Comité de Pilotage et qu'aux professionnels et aux représentants du CVS de la MAS dans le cadre de plusieurs réunions organisées en novembre 2009. Le Projet est présenté au nouveau salarié dès son embauche.

**Si les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont témoigné d'une bonne appropriation du projet, la mission relève un enjeu de réactualisation du projet avec l'ensemble des acteurs de la MAS afin de transformer ce document en véritable outil de management au quotidien.**

**Un dispositif de suivi et de pilotage a été mis en place lors de la réactualisation du Projet en 2009.** Ce Comité de Pilotage s'est réuni deux à trois fois par an durant les deux premières années de mise en œuvre du Projet afin de veiller à son suivi. Cette instance n'est plus effective depuis quelques années, elle a été remplacée par le Comité de veille Qualité qui pilote la Démarche Qualité du Pôle Philippe de Camaret, de manière plus globale.

**Si des objectifs d'amélioration ont été formalisés dans le Projet de 2009, ceux-ci n'ont pas été déclinés dans un plan d'actions opérationnel.** La création d'un plan d'actions unique, regroupant l'ensemble des axes d'amélioration des démarches initiées par l'établissement (CPOM, PE, Evaluations interne et externe, recueil des plaintes, DARI, ...), permettrait de faciliter le pilotage de la démarche d'amélioration continue au sien de l'établissement.

---

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

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

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

Le projet de la MAS de l'EST est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. Le Conseil d'Administration de la Fondation a validé ce projet en avril 2010.

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

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

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

Les prestations délivrées sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, en bonne conformité avec les exigences réglementaires relatives aux MAS. Celles-ci proposent des actions éducatives, de soin et de rééducation adaptées. Toutefois, les recrutements du poste vacant de la psychologue, du kinésithérapeute et de l'orthophoniste sont des enjeux prégnants pour la MAS de l'Est.

Bien que le projet ne l'aborde pas explicitement, l'analyse documentaire menée par la mission et les entretiens ont permis de noter que l'activité est bien en accord avec les politiques publiques, et notamment avec les objectifs du PRS<sup>4</sup> de la Réunion-Mayotte déclinés dans le SOMS-Personnes handicapées<sup>5</sup> de la Réunion-Mayotte, qui prévoient :

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

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

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

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

<sup>4</sup> Projet Régional de Santé élaboré pour la période 2012-2016

<sup>5</sup> Schéma d'Organisation Médico-Sociale – Personnes Handicapées - 2012

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

Ces différents aspects sont développés ou en réflexion sur la structure, de façon plus ou moins aboutie – les enjeux particulièrement prégnants à la date d'évaluation étant la connaissance des pathologies des résidents, des besoins des personnes handicapées vieillissantes ainsi que l'amélioration de la coordination des acteurs dans les parcours de soins.

■ **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. La Fondation Père Favron a créé la MAS de l'Est afin de permettre le rapprochement des résidents d'un de ses établissements, le Foyer Albert Barbot de Bois d'Olives, de leurs familles localisées dans l'Est du département. **Le dispositif en place est en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis.**

**En premier lieu, la localisation de la MAS apparaît pertinente** : elle est implantée à proximité de Saint-Benoît, ville la plus importante de l'est de la Réunion (plus de 30 000 habitants). L'établissement est situé dans le quartier de Bras-Fusil à proximité directe du Groupement Hospitalier de l'Est Réunion (GHER), l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR) et l'AURAR, centre privé de dialyse. L'établissement bénéficie donc d'un accès très aisé aux services médicaux. Sa situation favorise également la dynamique partenariale. Si la MAS est accessible en transports en commun et se situe non loin des commerces et équipements municipaux, son emplacement ne facilite pas toujours l'accès loisirs et infrastructures, moins nombreux dans l'Est de l'île.

**Si l'établissement est situé au cœur d'une zone péri-urbaine**, il bénéficie toutefois d'un cadre calme et d'espaces extérieurs agréables.

**L'établissement semble également offrir une réponse adaptée aux besoins locaux.** Il n'y a que deux MAS situées dans l'Est de l'île. La structure est la seule MAS de Saint-Benoît. En témoigne le taux d'occupation élevé (99 % en 2012) et la liste d'attente d'environ 30 personnes.

**L'établissement est bien repéré par les pouvoirs publics** comme un lieu proposant un accueil des personnes polyhandicapées, des personnes avec TED et des personnes cérébro-lésées.

**La MAS est également bien repérée dans la localité** : elle utilise régulièrement des locaux prêtés par la municipalité et va prochainement participer à l'ABS de la Communauté de communes.

**La MAS dispose actuellement de 42 places d'internat, de 6 places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.** L'établissement organise, à date d'évaluation, les travaux pour proposer un nouveau cadre de vie destiné aux accueils temporaires et à l'accueil de jour afin de mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées.

**Le projet et le dispositif en place témoignent d'une bonne prise en compte des besoins du public accueilli et de leur évolution avec de nombreuses adaptations en cours ou à venir :**

- **Des locaux en cours de rénovation et un projet de réorganisation des bâtiments à l'étude** afin de répondre pleinement aux normes de sécurité et d'accessibilité en vigueur mais également afin d'offrir un meilleur confort et une meilleure qualité de vie aux résidents ;
- **Une reconnaissance locale développée et une image positive** sur le territoire ;
- **Des partenariats engagés** avec l'extérieur ;
- **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.** Cette finesse d'adaptation se traduit :
  - Par des projets spécifiques à chaque unité ;
  - Par une composition d'équipe et des plannings professionnels différenciés, qui sont construits de façon à répondre aux besoins spécifiques de chaque unité en termes de présence professionnelle ;

- Par une spécialisation des professionnels, qui sont affectés à chaque unité, passant par la formation et l'expérience ;
  - Par des objectifs précis assignés aux différents supports éducatifs (activités...) qui, là encore, sont ajustés aux plus près des besoins de chacun ;
  - Par un projet d'accompagnement personnalisé (PP) et un emploi du temps spécifique pour chaque résident.
- **L'établissement prend en compte l'évolution du public accueilli**, en s'adaptant à la diversification des profils des résidents accueillis (accueil de plus en plus de personnes avec TED et vieillissement des résidents) : l'accompagnement est ajusté aux besoins différenciés, l'organisation s'adapte aux personnes (unité différenciée avec professionnels adaptés), les résidents les plus âgés sont accompagnés au travers d'une adaptation de l'organisation (adaptation du rythme, activités proposées de façon à stimuler la participation sans la forcer...) et non réorientés en EHPAD, ce qui ne conviendrait pas en raison de leur pathologie ; la continuité de la prise en charge est promue. De façon globale, les professionnels sont attentifs à l'évolution de la situation et des besoins des personnes et à opérer une adaptation progressive et équilibrée de l'accompagnement. L'outil central de cette adaptation est le projet personnalisé, qui permet un questionnement pluridisciplinaire sur le juste accompagnement de la personne en fonction de ses besoins et demandes.

**Au plan des moyens humains, le ratio ETP/place est actuellement de 1,32. L'établissement apparaît correctement doté, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences et sur le niveau de qualification**, en bonne correspondance avec le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

**Les profils des professionnels sont variés** : Médecin Généraliste, équipe d'infirmiers, équipes de proximité avec AS, AMP AVS, équipe des rééducateurs avec un psychomotricien et deux ergothérapeutes, équipe d'animation avec une Educatrice spécialisée et une animatrice, kinésithérapeute et orthophoniste en libéral, assistante sociale, équipes d'entretien, équipes logistiques et équipe de Direction. **Plusieurs postes sont toutefois vacants, à date d'évaluation : psychologue (0,5 ETP), kinésithérapeute (1 ETP), orthophoniste (1 ETP) ; AS (2 ETP).**

**Au plan des moyens matériels, la MAS apparaît également « correctement » équipée** : les locaux d'activité, bureaux et équipement sont prévus mais en nombre insuffisants (salle d'activités, balnéothérapie, espace Snoezelen, salle de kinésithérapie, cuisine thérapeutique...) ; les véhicules, au nombre de six (dont deux véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite) permettent des sorties et transferts fréquents. Les ergothérapeutes interviennent également pour des évaluations qui permettent l'adaptation du matériel aux besoins spécifiques des personnes.

**Si la mission d'évaluation souligne la grande qualité du projet porté, plusieurs « limites » sont pointées dans le dispositif en place et font ou devront davantage faire l'objet d'une attention particulière :**

- Les bâtiments actuels, s'ils sont agréables (organisation en petites unités, cour extérieure...), ne sont plus aux normes de sécurité ni aux normes d'accessibilité (avis défavorable de la Commission de sécurité en 2010). De plus, la taille réduite des chambres et les salles de bains communes ne favorisent pas le confort ni le respect de l'intimité de chaque résident. La finalisation des travaux engagés par la MAS ainsi que la réflexion amorcée sur la réorganisation du Pôle Philippe de Camaret et de ses bâtiments (avec le rapprochement prochain du FAM à proximité) doivent être menés à terme afin d'offrir un cadre de vie conforme aux normes actuelles de sécurité et de confort ;
- Malgré les partenariats mis en œuvre par la MAS avec l'EPSMR, la vacance du temps de psychologue et l'absence de temps de médecin psychiatre ne permettent pas d'accompagner les résidents au niveau psychologique ;
- Si l'établissement a organisé l'accompagnement en kinésithérapie et orthophonique par l'intervention de libéraux, la mission encourage la structure à recruter l'ensemble de ses postes vacants ;

- La formation des professionnels sur les différentes pathologies des résidents, sur leur vieillissement et l'accompagnement spécifique à mettre en place doit être poursuivie afin de mieux répondre aux besoins de chaque résident.

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

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

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

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

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

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

Le protocole a ainsi permis d'interroger tous les types de professionnels sur les différents champs de questionnement de l'évaluation interne.

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

- En janvier 2013, une note d'information présentant les obligations législatives des établissements et services médico-sociaux quant à l'évaluation interne de leurs activités a été diffusée ;
- En février 2013, le protocole d'autodiagnostic a été diffusé à l'ensemble des professionnels ;
- En mars 2013, une présentation de la démarche est organisée pour la MAS, le SAMSAH et les services administratifs et logistiques du pôle. 33 personnes y ont participé ;
- En juin 2013, une restitution générale du diagnostic pour le Pôle Médico-Social (PMS) a été réalisée en présence de 52 personnes. L'objectif de cette restitution était de clarifier le rôle et le travail des auditeurs qualité dans l'évaluation interne ;
- En juillet 2013, une restitution spécifique à la MAS a été réalisée en présence de 21 personnes.

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

- Parallèlement aux groupes de recueil de données, le prestataire a de son côté interrogé le Conseil Général, l'Agence Régionale de Santé, le Directeur Général de la Fondation Père Favron, les familles, les

---

<sup>6</sup> Recommandation de l'Anesm : « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'Action sociale et des familles (Juillet 2009)

partenaires (professionnels libéraux) et les représentants du Conseil de Vie Sociale (CVS). Leurs avis ont ainsi pu être intégrés dans les travaux de l'évaluation interne ;

- A l'issue finale de la démarche d'évaluation interne, en mars 2014, une restitution a été organisée auprès des représentants de la Fondation, des autorités de contrôle et de tarification et des résidents représentés au CVS. Cette réunion était commune au pôle et a rassemblé 25 personnes ;
- Par ailleurs, la démarche a fait l'objet d'échanges réguliers en réunions de CVS.

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

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

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

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

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

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

**A la MAS, le groupe de progrès s'est tenu le 28 août en présence de 8 personnes.** En parallèle des travaux de définition des PPP pour chaque établissement, un travail de mise en cohérence a été fait au niveau du pôle, afin de créer un plan global évitant les redondances des actions au niveau de chaque établissement. **Globalement, la mission d'évaluation souligne l'intérêt de cette pratique de mise en cohérence du PPP avec le niveau pôle, les objectifs du CPOM ou encore le Projet d'établissement.**

Le plan créé se décline en 19 objectifs généraux répondant à des problèmes posés, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels et actions prioritaires. **Au total, près de 80 actions prioritaires ont été dégagées.** La forme du plan apparaît opérationnelle : il s'agit d'un fichier Excel avec un planning de mise en œuvre par action, pilotes, etc. Il prévoit aussi un encart de suivi de l'avancement des actions.

Le PPP ainsi créé a été affiché dans l'établissement. Il a également fait l'objet d'échanges en CVS. La MAS sera encouragée à poursuivre son appropriation par le personnel.

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

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

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

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

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

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

Enfin, conformément à la réglementation, l'établissement devra mentionner dans son rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du PPP.

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

#### ■ Le pilotage de la démarche qualité

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

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

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

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

- Le Conseil de Vie Sociale ;
- Lors de la fête annuelle des familles, un petit questionnaire de satisfaction a été mis en œuvre ;
- Les professionnels sont attentifs à recueillir l'avis des résidents au quotidien ;

Les outils pouvant être utilisés sont toutefois limités du fait des pathologies des résidents et de l'absence de communication de ces derniers.

Néanmoins, la MAS de l'Est sera encouragée à **davantage structurer les modalités de recueil de la satisfaction des usagers** (outils, fréquence d'utilisation) **et leur suivi** (centralisation des données) afin de pouvoir les mettre en lien avec la dynamique d'amélioration continue.

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

De même, le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont aujourd'hui réalisés de façon principalement 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 pouvant permettre une analyse consolidée, découlant sur des actions d'amélioration spécifiques.

#### ■ La gestion documentaire

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

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

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

■ **La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM**

**Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm ont fait l'objet d'une large diffusion au sein de la MAS,** notamment à l'occasion des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI). Par ailleurs, la procédure d'élaboration des projets personnalisés fait clairement mention des RBPP afférentes.

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

**Les RBPP sont mises à disposition dans un classeur dans l'établissement.** Lors de la visite sur site, les professionnels semblaient avoir plutôt bonne connaissance de ces recommandations.

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

### 3.3. Le parcours de l'usager

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

■ **Accueil physique et téléphonique**

Le projet d'établissement de 2009 réaffirme l'importance des fonctions d'accueil des résidents, familles et personnes extérieures.

**L'accueil téléphonique de la MAS de l'Est est géré par le secrétariat de Direction,** de 08h30 à 16h30 tous les jours de la semaine. L'agent transfère les appels vers les professionnels demandés. En dehors de ces horaires, les appels sont transférés vers l'infirmerie puis sur les unités de vie des résidents.

Au moment de la visite d'évaluation, la zone d'accueil n'était pas correctement organisée, à cause des travaux en cours dans la zone dédiée. Dans le cadre de son projet de réhabilitation, l'établissement veillera à bien signaler cette zone, faire un sorte qu'un personnel soit disponible et l'aménager de façon conviviale.

■ **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. En outre, une procédure de gestion du dossier des usagers lors de la demande d'admission a été rédigée.

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

Elle se déroule de la façon suivante :

- Lorsque qu'une famille formule une demande d'admission, un **dossier de pré-admission** à compléter lui est envoyé. Le contenu des pièces demandées est décrit dans la procédure afférente ;

- La famille renvoie le dossier de pré-admission complété à l'établissement. L'assistante sociale et la secrétaire de Direction le réceptionnent et la demande est inscrite sur la **liste d'attente** ;
- Le dossier de pré-admission est par la suite transmis à la chef de service pour **une rencontre avec l'établissement**. Celle-ci peut se dérouler à la MAS, ou, en cas d'impossibilité de la famille à se déplacer, à domicile. Elle consiste à :
  - o **Présenter l'établissement** (lieux d'accueil, chambres, professionnels, etc.) et **s'assurer ainsi du consentement de la personne** et sa famille ;
  - o Prendre connaissance du projet de la personne, **recueillir les éléments** de son histoire de vie et des informations médicales qui la concernent.

**Ce recueil de données** permet aux professionnels de mesurer ensuite l'adéquation du profil avec les prestations offertes par la MAS. **Il est bien structuré** : une fiche de recueil a été formalisée. Par ailleurs, l'assistante sociale a été formée à l'entretien de recueil de données.

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

- **Une seconde visite est ensuite prévue avec le médecin de la MAS**, afin de recueillir davantage d'informations médicales sur la personne, évaluer son niveau d'autonomie et ses besoins en soins ;
- Le cas échéant, un **contact est également pris avec l'établissement d'origine** de la personne afin de recueillir les éléments liés à son parcours institutionnel. Cette pratique permet une continuité de l'accompagnement entre les deux structures et apparaît ainsi très pertinente ;
- En cas de concordance des deux parties, la demande est maintenue sur la liste d'attente.
- L'admission est ensuite prononcée dans le cadre d'une **commission d'admission pluridisciplinaire** :
  - o **Une commission de pré-admission** composée du médecin de l'établissement, de la chef de service, de l'assistante sociale, d'un IDE, d'un moniteur éducateur et d'un AMP/AS et de la directrice se réunit 2 fois par an pour valider les dossiers ;
  - o Lorsqu'une place se libère, cette même commission se réunit, pour prendre la décision, en fonction de la place disponible. **Des critères d'admission définis** permettent de prioriser les demandes. Ils ont notamment trait à l'âge, au profil des personnes ou à l'urgence de la situation par exemple.

L'admission est ensuite préparée avec la famille et le futur résident. **Différentes modalités d'intégration peuvent être mises en place, afin de favoriser la progressivité du parcours** et la prise de repère dans l'institution (accueil de jour, accueil séquentiel, etc.). Pendant cet accueil temporaire, des observations sont faites par les professionnels.

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

■ **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 la MAS** mais ne font pas l'objet d'une procédure dédiée.

Les entrées à la MAS sont planifiées les mardis et **l'accueil de nouveaux résidents est bien organisé**, notamment de par les différents contacts pris en amont avec l'établissement (visites, rencontres). En effet, les équipes peuvent s'appuyer sur le recueil de données réalisé en amont ainsi que sur les observations réalisées pendant la période d'accueil séquentiel. Cette période permet aussi à l'usager de disposer de premiers repères avant son entrée définitive. Le jour même de l'entrée, les familles sont invitées à rester un temps avec l'usager afin de faciliter son installation.

**Les conditions matérielles de l'entrée sont bien préparées.** Le temps de recueil de données est par exemple mis à profit par l'équipe paramédicale qui établit un bilan des besoins en rééducation, de façon à prévoir le matériel nécessaire lors de l'arrivée de l'utilisateur. La chambre du futur résident est également nettoyée et préparée.

**Les équipes sont informées d'une entrée par différents moyens :** par les transmissions orales et sur PSI et par une note d'information sur le tableau d'affichage. Les résidents sont informés par voie orale.

**A son entrée, chaque résident se voit nommés un référent** et un co-référent (à cause du turnover de la structure afin de permettre une continuité de la prise en charge) parmi les professionnels de l'équipe. Le référent a en charge : la mise en œuvre et le suivi de son projet personnalisé (*cf. supra*), la gestion du quotidien et de l'argent de poche notamment, les rencontres avec les organismes tutélaires le cas échéant.

La MAS pourra remettre à jour une procédure d'entrée précisant les modalités d'information du personnel, des usagers et systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter).

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

#### ■ L'effectivité des projets personnalisés

Taux de PP élaborés avec l'utilisateur*	Taux de PP signés*	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
20%	100%	97%*

\*Chiffre transmis par l'établissement

**Les projets personnalisés sont effectifs à la MAS de l'Est :** tous les résidents ont un projet personnalisé, réactualisé depuis moins d'un an. L'ensemble des projets sont signés. Ils sont réalisés 3 mois après l'admission.

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

#### ■ 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'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 ;
- Une réunion de travail pluridisciplinaire (« réunion de projet ») est ensuite organisée. Elle réunit le médecin, l'éducateur spécialisé, le référent du résident, un autre membre de l'équipe de l'unité de la personne, un IDE, un ergothérapeute, la psychomotricienne, la psychologue, la cadre de proximité. 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 ;
- A l'issue de cette réunion, la rédaction du projet est réalisée par le référent, en coordination avec l'éducatrice spécialisée qui le renseigne dans l'outil PSI ;
- Une restitution est ensuite prévue avec la famille ou le représentant légal, l'établissement et l'utilisateur lorsque possible. L'organisation de cette réunion incombe au référent. La restitution a lieu à la MAS mais les professionnels peuvent également se rendre à domicile si besoin.

Les réunions de projets personnalisés font l'objet d'une planification définie et régulière (organisées le mardi matin).

L'établissement s'appuie également sur **un certain nombre d'outils et de documents clés** pour l'élaboration des projets personnalisés :

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

#### ■ **Le contenu du projet personnalisé**

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

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

**La visite sur site a permis de constater que le contenu des projets était de bonne qualité** et les écrits relativement homogènes. Les grilles de recueil des souhaits étaient remplies (souhait du résident, souhait de sa famille, souhaits de son représentant légal).

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

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

#### ■ **Suivi et évaluation du projet personnalisé**

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

Les modalités de suivi et d'évaluation des projets personnalisés sont décrites dans la procédure de projet personnalisé et dans le projet d'établissement.

**Ainsi, la mise en œuvre et le suivi du projet incombe à l'ensemble des professionnels** sur chacun des objectifs qui les concernent. Elle est coordonnée par le référent, qui est le garant du projet. La mise en œuvre du projet est programmée au sein du planning individualisé de la personne, qui tient compte des objectifs qui y sont fixés.

**La réactualisation des projets est bien organisée** : ces derniers sont réactualisés chaque année conformément à l'obligation légale. Une nouvelle réunion pluridisciplinaire de projet est mise en œuvre afin de réaliser un bilan des objectifs de l'année précédente et les réactualiser. Si des modifications importantes interviennent en cours d'année, une révision du projet peut être mise en place prématurément. Toutefois, si ces modifications peuvent être évoquées en transmission, elles ne font en revanche pas l'objet d'une traçabilité ni d'une réactualisation formelle. Ce pourra être un axe d'amélioration de l'établissement.

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

### 3.3.3. La fin d'accompagnement

#### ▪ Les réorientations

La MAS de l'Est est rarement confrontée à des réorientations. Une seule résidente a été réorientée en FAM il y a trois ans. L'établissement a assuré la bonne transmission des informations et du dossier de l'utilisateur et a veillé à la prise de contact avec le foyer afin de favoriser l'intégration de la résidente.

#### ▪ La gestion des fins de vie

**La gestion des fins de vie a fait l'objet d'une réflexion approfondie de la part de l'établissement.** Un paragraphe dans le projet d'établissement est dédié à cette thématique et détaille la procédure à suivre selon le type de fin de vie (fin de vie subite, fin de vie en milieu hospitalier, fin de vie hors cas d'urgence). **Une procédure en cas de décès a également été rédigée.**

**Les équipes (IDE, AS, AMP) ont été formées aux soins palliatifs en 2012 et 2013 et peuvent également s'appuyer :**

- Sur les compétences d'un IDE qui a un Diplôme Universitaire (DU) en soins palliatifs et le médecin qui a un DU sur la douleur ;
- Sur le service de soins palliatifs de Saint-Denis, avec lequel la MAS a conclu un partenariat ;
- La psychologue du service.

La procédure permet aux équipes d'ajuster l'accompagnement afin de répondre aux besoins des personnes et encadrer les pratiques. Par ailleurs, **une fiche « recueil des volontés en cas de décès de la personne accueillie » a été rédigée.** Elle contient les éléments liés au contrat obsèques, veille mortuaire souhaitée, cérémonies religieuses à respecter, personnes à prévenir. Il est prévu qu'elle soit signée par le représentant légal.

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

- La systématisation du recueil des souhaits des usagers concernant la fin de vie ;
- Un soutien renforcé aux familles, aux autres résidents, et aux équipes en cas de décès (intervention d'un psychologue, groupes d'expression par exemple) ;
- En lien avec une action déjà inscrite au PPP, des groupes de parole dédiés.

## 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

### 3.4.1. Qualité du cadre de vie

#### ▪ Les locaux

**Lors de la visite sur site, les locaux de la MAS de l'Est étaient en travaux dans le cadre du réaménagement de l'espace dédié aux 6 places d'accueil temporaire et à l'accueil de jour.**

**Malgré les travaux, le site de l'établissement est agréable,** avec une cour extérieure accessible pour chaque unité de vie. Les différentes unités sont organisées de manière à faciliter le repérage dans l'espace (couleurs différentes pour chaque unité de vie) pour les résidents. Chaque unité est composée de 12 à 15 chambres individuelles, de sanitaires et de salles de bains collectifs, d'une salle de vie avec un office et d'une varangue permettant un accès direct sur la cour extérieure. Si les chambres ne sont pas spacieuses, elles sont bien appropriées par les résidents (décorations, personnalisation des meubles, etc.).

**L'infirmier est située à proximité des trois unités de vie dans l'aile gauche du bâtiment, à côté du bureau du médecin généraliste.** Sa localisation est pertinente et permet un accès facilité pour les professionnels et les résidents.

**L'établissement dispose également d'une salle de rééducation, d'une salle d'activités, d'une salle d'accueil des familles (transformée durant les travaux en bureau des animateurs/ES), d'une cuisine thérapeutique, d'un espace balnéothérapie et d'un espace Snoezelen.**

**Les locaux administratifs sont situés à l'entrée de l'établissement** mais sont en cours de relocalisation dans le cadre de la réorganisation du Pôle et des locaux de la MAS.

Si les locaux sont construits de plain-pied et permettent un accès facilité, certaines salles et espaces sont difficilement accessibles pour les fauteuils.

**Actuellement, la rénovation, la mise aux normes et la transformation des locaux** (agrandissement des chambres avec salles de bain privatives, accessibilité de tous les espaces, ...) **est un enjeu essentiel pour la MAS**, qui y travaille actuellement avec le projet du Pôle Philippe de Camaret, afin de proposer un cadre de vie plus adapté aux besoins des résidents.

#### ■ L'entretien des locaux

**L'entretien des locaux est assuré pour partie par l'équipe de 5 agents hospitaliers spécialisés (AHS) qui interviennent sur les unités de vie, les locaux administratifs et les espaces communs.** 1 agent hôtelier intervient sur chaque unité de vie. 2 agents sont destinés à l'entretien des autres locaux. 2 agents hôteliers sont présents pour l'entretien des locaux le week-end.

**Les agents veillent à respecter les habitudes et horaires des résidents dans l'organisation de leurs interventions** (ils interviennent d'abord le matin dans les sanitaires ou dans les chambres, en fonction des habitudes de chaque personne, au fur et à mesure du lever des résidents et durant les activités en extérieur, par exemple).

**L'entretien des locaux est en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité.** Les AHS ont bénéficié d'une formation HACCP garantissant une bonne connaissance et le respect des normes. Le stockage des produits est sécurisé (local fermé à clé).

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

Si l'établissement dispose de protocoles d'entretien des locaux, de fiches de traçabilité et de fiches produits, **un travail de réactualisation des documents et de formation des professionnels** doit être régulièrement mené avec l'équipe d'entretien des locaux, sous la coordination de la Chef de service. La mise en place d'un temps de coordination dédié à l'équipe d'entretien apparaît nécessaire pour garantir la qualité du service.

#### ■ L'entretien du linge

**L'entretien du linge plat et du linge des résidents est assuré par un prestataire extérieur.**

**La fréquence du nettoyage du linge est adaptée** : le linge plat, le linge des résidents et les tenues des professionnels sont nettoyés du lundi au samedi, sauf les jours fériés. Le linge sale est collecté le matin. Le linge propre est alors déposé dans les locaux de l'établissement, puis redistribué par les agents hospitaliers spécialisés l'après-midi.

L'établissement dispose également d'une lingerie permettant aux agents hôteliers de laver certaines pièces (bavoirs, ...) ainsi que les lavettes servant au nettoyage des locaux. Si les agents ont été formés aux normes RABC, le local de la lingerie ne respecte pas la norme RABC. Une lingerie aux normes RABC va prochainement être installée sur le nouveau site du FAM, situé à proximité de la MAS dans le cadre de la réorganisation du Pôle, afin d'assurer l'entretien du linge plat et du linge des résidents en interne.

**Un point de vigilance toutefois** : les comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale consultés et les entretiens avec les familles ont souligné le mécontentement de certaines d'entre elles quant à la qualité de l'entretien du linge (rétrécissement de certains vêtements, pertes récurrentes, etc.).

#### ■ La restauration

**La restauration est assurée par un prestataire extérieur (SOGECIR),** qui respecte les normes d'hygiène en vigueur. Les plats arrivent en liaison froide, et sont remis en température dans chaque office par l'équipe de proximité formée aux normes HACCP. Les professionnels assurent la remise en température et la réalisation des mixés. Le relevé des températures est effectué à l'arrivée des plats chauds sur les unités, au moment de servir. La température des réfrigérateurs est également relevée régulièrement, les plats témoins sont conservés.

**Les salles de restauration des unités sont agréables,** et disposent d'une petite cuisine de proximité pour favoriser l'autonomie des résidents (ateliers cuisine et réchauffage des plats).

**Les régimes spécifiques (diabétique, textures...) sont respectés par le prestataire** : les informations sont transmises par l'équipe des infirmiers. **Les habitudes culturelles sont également prises en compte** (ex : repas sans porc). Un tableau de suivi des régimes est affiché dans chaque office.

**Certains repas sont organisés spécialement pour des évènements** : repas de Noël, fête des familles, journées à thème, ... . Des repas peuvent également être organisés par les équipes éducatives dans le cadre de la cuisine thérapeutique (desserts, goûters, ...).

**La prise en compte des souhaits des résidents en matière de restauration** est relativement organisée sur l'établissement. Une lecture du menu avec les résidents permettent aux équipes de proximité d'anticiper les changements de plat pour répondre au mieux aux demandes de chacun. Le petit déjeuner est confectionné sur chaque unité de vie, en fonction des choix de chacun. Des commissions restauration ont été mises en place afin d'améliorer la qualité des plats et leur adaptation aux demandes des résidents.

**Les résidents et les familles ont relevé l'amélioration de la qualité des repas, notamment depuis l'organisation de la commission restauration avec le prestataire.**

#### **Temps d'observation : « déjeuner sur l'unité Bougainvilliers »**

Le temps du déjeuner observé par la mission d'évaluation lors de sa visite sur site a permis de souligner le bon déroulement du repas. Le repas est distribué aux résidents par les professionnels. L'autonomie de chacun est encouragée (ceux qui peuvent se servir eux-mêmes sont incités à le faire, certains font passer les plats aux autres résidents, etc.).

Le repas débute entre 12h et 12h30, et se termine une heure plus tard environ, en fonction des rythmes de chacun. Deux professionnels accompagnent les résidents et peuvent les aider s'ils en manifestent le besoin (aide au repas pour une personne).

Enfin, le temps du déjeuner est l'occasion pour les professionnels de rappeler certaines règles (remerciements envers une personne qui vient de vous servir, etc.). L'ambiance est sereine et détendue.

### **3.4.2. L'accompagnement proposé**

#### ▪ **Les soins**

##### La prescription des soins

La MAS de l'Est dispose d'un médecin généraliste à 0,33 ETP, présent 4 demi-journées par semaine, qui est le médecin traitant de tous les résidents. **L'ensemble des traitements sont correctement prescrits**, ainsi que les soins qui doivent l'être.

##### Le projet de soin et la coordination

Le projet d'établissement comprend une partie intitulée « **les soins au quotidien** » qui traite des soins médicaux (curatifs, psychiques, traitement de la douleur), infirmiers et de réadaptation. Le médecin généraliste a participé aux réflexions ayant conduit à ce projet. Une démarche de réactualisation du projet de soin est prévue pour 2015.

##### **La coordination des soins sur la MAS est assurée :**

- Par le **médecin généraliste**, pour ce qui concerne la partie médicale et la prévention ;
- Par la **Chef de service**, qui coordonne l'ensemble de l'équipe soignante et fait le lien avec la Direction ;
- Par **l'équipe de 7 infirmiers**, qui encadrent les personnels soignants et assurent l'interface avec le personnel d'encadrement ainsi qu'avec les professionnels de santé extérieurs. Chaque infirmier est nommé Référent d'une thématique de soins particulière afin d'en assurer le suivi (référent procédures, Référent risque infectieux, Référent PSI, ...).

**La mission tient à souligner que l'absence de poste d'infirmier coordonnateur au sein de l'équipe ne facilite pas la coordination des soins au quotidien même si elle est effective.**

**La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier**, présent en continu durant la journée et la nuit. Les soins délégués aux professionnels AS et AMP sont systématiquement tracés. Un plan de gestion des épidémies ainsi qu'un plan en cas d'alerte cyclonique sont en place sur l'établissement. La MAS veillera à élaborer un plan bleu et un plan de continuité des activités dans la lignée des documents existants et à les actualiser annuellement.

**L'établissement jouit de bonnes relations avec les structures de soins de proximité.** Il a bâti un réseau de partenaires identifiés dans plusieurs spécialités (Groupe Hospitalier Est Réunion situé à côté de la MAS, CHI, spécialistes de dermatologie, neurologie, gynécologie, soins dentaires...) permettant aux résidents de bénéficier d'un accès prioritaire et/ou d'une prise en charge adaptée à leur handicap (consultation sur site, soins sous anesthésie générale...). Des conventions ont été signées avec des kinésithérapeutes libéraux, une orthophoniste, le service de radiologie et le laboratoire de biologie médicale de Saint-Benoît. En revanche, la MAS n'a pu conclure, à date d'évaluation, de convention de partenariat avec un établissement de santé, ni au plan somatique ni au plan psychiatrique. Un travail est actuellement en cours en vue de l'élaboration d'une convention avec le GHER.

#### L'organisation des soins

Les **plannings** du personnel soignant sont validés par la Chef de service.

Chaque résident dispose d'un **plan de soins individualisé** élaboré sur le logiciel de soins PSI qui précise les soins dont il a besoin. Les plans de soins sont disponibles sur les postes informatiques sur chaque unité ainsi qu'à l'infirmierie.

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

**Une trentaine de protocoles de soins généraux sont formalisés sur la MAS** (par exemple : états grippaux, maux divers, prévention infection nosocomiale, pathologies liées à l'excès de chaleur, trithérapie, distribution des médicaments, urgence, ...), sous le pilotage du médecin généraliste avec la collaboration de l'IDE Référent protocoles et l'équipe pluridisciplinaire, à partir des recommandations de bonnes pratiques. Des **protocoles individuels sont également en place** pour certains résidents selon le besoin (douleur, épilepsie...).

Enfin **la délivrance des médicaments fait l'objet d'une attention particulière**, sous la coordination de l'IDE Référent Pharmacie, avec le développement du partenariat avec la pharmacie du GHER et une pharmacie de ville : préparation et livraison hebdomadaire, préparation des piluliers par les IDE, délivrance par les IDE et les AS-AMP par délégation (en dehors des passages IDE, pour certains résidents afin de respecter le rythme des résidents et lors des sorties où l'IDE n'est pas présent). La délivrance des médicaments fait l'objet d'une traçabilité réalisée molécule par molécule sur PSI.

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

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

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

La **gestion de la douleur** fait l'objet d'un protocole et d'un dépistage chez les résidents concernés, au moyen d'outils d'évaluation adaptés à chacun et si possible par le référent ou une personne que le résident connaît bien. Quelques résidents le nécessitant disposent de prescriptions anticipées. Par ailleurs, le médecin généraliste dispose d'un DU prise en charge de la douleur.

Si la **gestion de l'incontinence** peut être complexe au quotidien en raison des problématiques lourdes des résidents, les équipes sont attentives à faire en sorte que même les résidents portant une protection soit accompagnés aux toilettes dès que nécessaire. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement sur ces questions lors des transmissions, réunions d'unité ou réunions cliniques.

**Le suivi des chutes** est effectué : une procédure a été rédigée et les fiches de chutes sont renseignées par les équipes soignantes sur le logiciel PSI. L'objectif pour la MAS est d'améliorer l'utilisation de toutes les fonctionnalités du logiciel PSI afin de réaliser un bilan régulier des chutes et mettre en place des actions préventives.

**Plusieurs résidents sont concernés par des mesures de contention** (pour 4 résidents) **ou des mesures d'isolement** (pour 2 résidents). Il existe des prescriptions médicales pour les contentions et des protocoles d'isolement pour les résidents concernés. Les réévaluations des mesures sont régulièrement discutées en équipe pluridisciplinaire. La mission d'évaluation encourage l'établissement à formaliser une procédure sur la prescription et la réévaluation des mesures de contentions et d'isolement.

Les **risques de dénutrition et de déshydratation** font l'objet d'une attention par les professionnels. Des procédures ont été rédigées. Les résidents le nécessitant peuvent avoir accès à des compléments alimentaires sur prescription, ainsi qu'à des eaux gélifiées. Des fiches de traçabilité sont mises en place au besoin.

Les résidents de la MAS peuvent être accompagnés en fin de vie. **L'accompagnement en fin de vie est un thème décliné dans le Projet d'Établissement de la MAS** (« L'accompagnement jusqu'au bout de la vie »). Afin de préparer au mieux cette fin de vie, l'établissement procèdera à un recueil de données dès l'admission. Les équipes ont été formées à l'accompagnement en fin de vie. L'équipe de soins palliatifs de Saint-Denis intervient régulièrement avec les équipes de la MAS pour adapter l'accompagnement en fin de vie afin de prévenir et soulager les symptômes physiques, d'anticiper les risques de complication et de prendre en compte les besoins de chaque résident. Le partenariat avec l'équipe de soins palliatifs n'est toutefois pas formalisé par une convention.

**De façon globale, l'enjeu pour l'établissement réside dans la meilleure utilisation du logiciel PSI et de toutes ses fonctionnalités** afin de garantir l'actualisation régulière des plans de soins et la formalisation de bilans sur différentes thématiques (chutes, ...). **La formation de l'ensemble des personnels sur PSI est un axe d'amélioration repéré par l'établissement.** Une IDE a été nommé Référent PSI afin de coordonner son utilisation.

#### ■ L'accompagnement psychologique

**A date d'évaluation, le poste de psychologue (0,50 ETP) est vacant sur la MAS. Le recrutement d'un temps de psychologue constitue un véritable enjeu pour l'établissement afin de garantir l'accompagnement psychologique aux résidents.**

**La mission d'évaluation tient également à souligner que la MAS ne dispose pas de temps de médecin psychiatre, ce qui, malgré les partenariats noués avec l'extérieur, ne permet pas de répondre aux besoins des résidents.** Un projet de réorganisation du Pôle Philippe de Camaret est en cours, à date d'évaluation, avec une réflexion menée sur la possible affectation d'un temps de médecin psychiatre sur l'ensemble des établissements du Pôle.

#### ■ L'accompagnement rééducatif

**L'accompagnement rééducatif est structuré sur l'établissement. C'est un point fort de la MAS qui dispose d'une équipe de rééducation pluridisciplinaire et de moyens matériels adaptés (salles rééducations, balnéothérapie, salle Snoezelen) pour bien répondre aux besoins des résidents.** Un psychomotricien (1 ETP) et deux ergothérapeutes (1,5 ETP) interviennent auprès des résidents. A date d'évaluation, un poste de kinésithérapeute (1 ETP) et un poste d'orthophoniste (1 ETP) ne sont pas pourvus.

**Les accompagnements sont réalisés sur prescription médicale** en kinésithérapie (pas en ergothérapie) et décidés en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Des bilans sont réalisés en amont de la prise en charge. Les professionnels présentent l'accompagnement à la famille et son adhésion est systématiquement recherchée.

Les rééducateurs interviennent tous les jours sur les différentes unités de vie selon un planning organisé. L'équipe intervient à la fois sur un mode individuel (verticalisations, installations au lit, douches thérapeutiques, balnéothérapie, salle Snoezelen ...) et sur un mode collectif (parcours santé, activités manuelles en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, équithérapie, cuisine thérapeutique, ...). Chaque projet collectif est formalisé par l'équipe. Les suivis des accompagnements sont tracés par les rééducateurs dans PSI. Il existe toutefois un enjeu de formation de l'ensemble des rééducateurs au logiciel PSI.

Des professionnels libéraux kinésithérapeutes et orthophonistes interviennent également sur la MAS sur le mode individuel, deux à trois fois par semaine.

L'ensemble des rééducateurs rédige des synthèses pour le Projet personnalisé de chaque résident et participent aux réunions de projet ainsi qu'à différentes réunions d'équipe afin d'assurer la coordination de l'accompagnement.

Les futurs nouveaux locaux de rééducation du FAM voisin de la MAS seront mis à disposition de l'équipe de rééducation. Ils proposeront des espaces de rééducation et un espace balnéothérapie plus spacieux pour un meilleur confort des résidents.

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

##### Structuration

**L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est bien structuré.** Le recueil des habitudes de vie est pleinement effectif. Les heures de lever sont précisées dans les plans de soins des résidents ainsi que les rythmes de vie de chaque personne.

**Des plans de soins sont élaborés sur le logiciel PSI** (disponibles sur les postes informatiques des unités, de l'infirmier et du médecin généraliste). Ils sont réalisés par l'équipe des infirmiers de l'établissement. Le Plan de soins permet de structurer l'accompagnement à la vie quotidienne (toilettes, etc.).

Un enjeu repéré par l'établissement réside dans la formation de l'ensemble des équipes soignantes à l'utilisation de PSI pour l'actualisation régulière des plans de soins.

##### Coordination

**La coordination de l'accompagnement à la vie quotidienne est pleinement effective sur l'établissement.** Elle est assurée à travers plusieurs outils, notamment :

- **Les transmissions écrites réalisées sur le logiciel PSI,**
- **Les temps de transmissions oraux réalisés à chaque changement d'équipe** (nuit/matin, matin/après-midi, après-midi/Soir).

**Des réunions sont également mises en place sur chaque unité de vie ainsi que pour les projets personnalisés.**

**L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est bien coordonné.**

##### Adaptation de l'accompagnement aux besoins et qualité des pratiques

**La taille et la composition des équipes sont ajustées selon le nombre et le profil des résidents accueillis dans l'unité et ont été réfléchies de manière à répondre aux besoins.** Par exemple, sur l'unité Bougainvilliers (accueillant 15 personnes cérébro-lésées et personnes vieillissantes) interviennent 4 professionnels (nombre plus important d'AS) le matin et 3 l'après-midi, alors que sur l'unité Anthurium (accueillant 13 résidents permanent et une personne en accueil de jour avec des TED et troubles autistiques) interviennent 4 professionnels (avec davantage de profils AMP) le matin et 3 professionnels l'après-midi.

**L'accompagnement proposé est adapté aux rythmes des résidents.** Le matin, l'accompagnement est axé sur le lever, la toilette, le petit déjeuner et la distribution de médicaments, le rangement de la chambre, avant des verticalisations par l'équipe des rééducateurs sur les différentes unités et quelques activités (activités manuelles,

lecture de conte, activité audiovisuel, activités plus individuelles...) Les horaires des toilettes et des petits déjeuners sont échelonnés en fonction de l'heure à laquelle les résidents se lèvent. Les horaires du déjeuner sont également adaptés à chacun. Le repas est servi vers 12h mais les plats peuvent être conservés au chaud dans la cuisine pour les résidents souhaitant déjeuner plus tard. L'après-midi s'articule autour de la sieste puis d'activités, selon les besoins et souhaits de chacun. La soirée est rythmée par les toilettes, les repas, la distribution des médicaments et les couchers. **Les plans de soins et les projets personnalisés précisent les habitudes de chacun, de manière à rester au plus près des habitudes des résidents.**

**L'unité Anthurium accueille actuellement une personne en accueil de jour qui arrive** en matinée (autour de 10h) et reste jusqu'à 17h. La personne accueillie en accueil de jour est intégrée à la vie de l'unité (participation aux activités et aux temps de repas.

**La veille de nuit est pleinement assurée** par une équipe constituée d'un infirmier et d'un aide-soignant chaque nuit, présents de 20h à 6h. Des transmissions orales et écrites avec l'équipe de jour permettent d'assurer la continuité des interventions.

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

- **Un taux d'encadrement, une pluridisciplinarité, et une motivation des équipes** permettant de mettre en place un travail de qualité au plus près des besoins des résidents.
- **Le choix de constituer des unités ciblées (en termes de niveaux de handicap et de dépendance des résidents).** Cette hétérogénéité permet de maintenir une dynamique de « lieu de vie ».
- **Les temps de vie et d'activités prennent en compte le rythme des personnes accueillies.**
- **L'accompagnement et les pratiques sont bien cadrés.** Si les équipes ont la possibilité de s'adapter au rythme des personnes, elles s'organisent dans un cadre collectif et respectent les contraintes qu'implique le fonctionnement en collectif (heures de prise des médicaments, articulation avec les prises en charges individuelles, soins, etc.).
- **L'accompagnement est personnalisé au quotidien** (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...).
- **Les postures et les pratiques des professionnels observés par la mission d'évaluation sont de qualité** (implication...).

**Un point d'attention toutefois :** on observe une certaine limitation de la transversalité entre les unités de l'établissement. Bien que le fonctionnement par « lieux de vie » soit un atout, un enjeu de maintien d'une identité d'équipe à l'échelle de l'établissement est relevé.

#### ■ La vie sociale et culturelle

##### Structuration

**L'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé à la MAS de l'Est est de qualité.** Il est coordonné par une éducatrice spécialisée présente à temps plein sur l'établissement. Elle travaille en lien avec une animatrice présente à temps plein (1 ETP) et un animateur à temps partiel (0,5 ETP), avec l'équipe des rééducateurs et l'équipe de proximité (personnel soignant). De nombreux ateliers et activités sont proposés aux usagers, par petits groupes, en individuel, en extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement. Ils sont dispensés par l'équipe soignante de proximité, l'éducatrice et l'équipe des rééducateurs. Chaque personnel est invité à participer à ces temps d'animation, ce qui favorise l'attention de l'ensemble de l'équipe à la mise en œuvre de la vie sociale au quotidien. Le Projet d'Établissement présente les modalités de la vie sociale au sein de la MAS.

**L'ensemble des activités manuelles, ludiques, sportives ou d'expression très variées** sont proposées aux usagers en fonction des souhaits et affinités de chacun et dans le but d'éveiller différents centres d'intérêts et de favoriser l'ouverture sur l'extérieur de la MAS.

**Les projets d'activités sont formalisés par les équipes, sous la coordination de l'éducatrice spécialisée et de l'animatrice, ce qui permet de définir les principes d'intervention communs, de valoriser les bonnes pratiques, d'évaluer les activités et de les communiquer.**

## Coordination

**Les plannings d'activités sont formalisés et assurent une bonne coordination des interventions.** Ils sont établis à la semaine en réunion d'équipe, organisée chaque jeudi sur chaque unité. Un planning spécifique est également construit pour chaque résident sur les bases du Projet personnalisé, du souhait des personnes et sur la base des observations des équipes. Les plannings des activités sont affichés sur chaque unité. Les plannings des résidents leur sont communiqués. Un travail sur l'adaptation des plannings pourrait être mené par l'équipe afin de favoriser leur diffusion et compréhension pour l'ensemble des résidents.

### **Plusieurs modalités permettent la coordination de l'accompagnement :**

- Afin de garantir la continuité de l'accompagnement entre les différents acteurs, **l'éducatrice spécialisée** est chargée de coordonner avec l'animatrice, à la fois les activités sur la MAS et également les projets Personnalisés des résidents ;
- **Un référent et un co-référent du projet personnalisé** sont désignés au sein de l'équipe de proximité, pour chaque usager, permettant le suivi du planning de chaque personne ;

**Des réunions de coordination extérieures peuvent également être organisées avec les partenaires** (association Handi Plage, Club d'Equithérapie, ...).

## Adaptation de l'accompagnement aux besoins et qualité des pratiques

**L'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé par l'établissement est adapté aux besoins des résidents. L'ensemble des équipes veille à favoriser l'accès à la vie sociale et culturelle au quotidien pour les résidents.** Si l'accompagnement à la vie sociale est principalement assuré par l'équipe de proximité (AS-AMP), l'équipe d'animation et l'équipe des rééducateurs, chaque professionnel peut être amené à y participer au quotidien. Ainsi, les infirmiers et les agents d'entretien participent régulièrement aux temps d'activités, à l'intérieur de la MAS mais également lors des sorties extérieures.

**L'accompagnement social, sportif, et culturel est pleinement personnalisé.** Pour chaque activité, les professionnels fixent des objectifs, et les réévaluent au travers du projet personnalisé de chaque personne. Ces objectifs permettent de déterminer si le résident va être inscrit dans telle activité ou telle autre. Une période d'essai durant laquelle les réactions et capacités des résidents sont observées permet de déterminer quelles sont les activités auxquelles un résident va participer.

**Les supports d'accompagnement sont particulièrement diversifiés.** Les activités sont organisées en extérieur (équithérapie, marchés forains, sorties à la plage avec l'association Handi Plage, sorties au restaurant, parcours de santé, sorties cinéma, etc.), comme en intérieur, au sein de l'établissement (ateliers de cuisine thérapeutique, balnéothérapie, projections cinéma etc.). Elles concernent aussi bien des activités sportives (marche, natation...), que des activités culturelles ou de socialisation (lecture de contes, karaoké, jeux de société, préparation des fêtes calendaires, spectacles sur les unités (thématique des pays du monde cette année), ateliers avec une socio-esthéticienne, etc.). Les résidents participent à ces activités en petit groupe, mais des temps d'accompagnement en extérieur sont également prévus en individuel (courses, rendez-vous coiffeur, ...). Des transferts (séjours de quelques jours) ont également déjà été organisés par la MAS (notamment un séjour à Lourdes il y a quelques années). Des grands temps festifs sont également organisés chaque année (Fête des familles, Fêtes calendaires, Journée Fondation, ...)

Le résident peut choisir de ne pas participer à l'activité prévue dans son planning.

Une Commission festivité est organisée environ deux fois par an pour organiser, en équipe et avec des représentants des résidents, les grands événements de l'année.

### **La mission d'évaluation note donc la grande qualité de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé par l'établissement, qui repose sur un grand nombre d'atouts, dont notamment :**

- Des modalités d'accompagnement largement diversifiées et très adaptées aux spécificités et besoins des personnes, avec des finalités à la fois communes et différenciées ;
- Des supports d'activités diversifiés, (activités internes / externes, collectives / individuelles, sorties, liens avec des partenaires), en fonction des besoins et des attentes des personnes (PP), grâce à

l'investissement de l'ensemble de l'équipe et à la mobilisation des compétences en présence (sport, activités culturelles, ...)

- Des activités pensées comme des supports éducatifs (et non seulement occupationnelles) ;
- Une volonté des équipes de donner du sens et de structurer leur accompagnement (réflexion sur les emplois du temps des usagers...)
- Un accompagnement personnalisé au quotidien (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...)
- Des vrais efforts pour promouvoir des activités en lien avec milieu ordinaire (et notamment des sorties) malgré les efforts d'adaptation et d'organisation que cela implique.

**La mission d'évaluation a observé des discours et des postures professionnels bienveillants et respectueux à l'égard des usagers et des familles.**

#### **Observation d'un temps d'activité « tapis au sol » :**

La mission d'évaluation a pu assister à l'activité « tapis au sol », qui est organisée régulièrement sur les unités de vie. Cette activité est animée par l'ergothérapeute avec l'équipe de proximité.

L'activité, qui concerne quatre résidents, consiste à favoriser la stimulation sensorielle de chaque résident par le toucher et la manipulation de différents objets (boules, plumes, rubans, ...). Chaque résident est encouragé à faire des mouvements. Le matériel est adapté et l'activité est proposée en lien avec le projet personnalisé de chacun.

L'environnement est calme et apaisant, l'ambiance conviviale (attention prêtée à chaque résident), la pièce bien aménagée (tapis installés au sol). A la suite de l'activité, un bilan écrit est fait, conservé dans un classeur dédié à l'activité pour le moment. Ces bilans sont utilisés au moment des Projets personnalisés.

**La participation à cette activité a permis d'observer la qualité de l'accompagnement proposé et l'attention portée aux besoins des personnes, de même qu'une bonne organisation matérielle et logistique (ponctualité, respect du programme, traçabilité...).**

**Si l'accompagnement à la vie sociale et culturelle et de qualité, un des axes d'amélioration repéré par l'établissement concerne le temps consacré aux activités qui pourrait être augmenté (notamment le week end) pour répondre aux demandes des résidents et des familles de la MAS.** Une des pistes de réflexion amorcée par l'établissement pour répondre à cet enjeu, consisterait en un déploiement de professionnels aux profils différents sur les unités de vie (par exemple des éducateurs spécialisés présents sur les unités de vie).

**L'organisation d'une Commission activités avec des représentants des résidents pourrait également permettre de creuser les sources d'insatisfaction sur ce thème.**

### **3.4.3. La coordination de l'accompagnement**

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

##### Les réunions

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

- Une réunion IDE a lieu une fois par semaine permettant de réfléchir à l'organisation et à des problèmes rencontrés par certains résidents. La présence du médecin généraliste à cette réunion n'est pas possible chaque semaine, compte tenu de son temps de présence et de ses différentes missions, ce qui semblerait pourtant utile. Un temps de réunion entre le médecin généraliste et l'équipe IDE est toutefois organisé une fois par trimestre. Un temps de réunion entre l'équipe IDE et la Chef de service est organisée une fois par mois ;
- Des réunions d'équipes pluridisciplinaires par unité toutes les 3 semaines (Une réunion/unité chaque semaine) ;
- Des réunions de projets personnalisés organisées chaque semaine avec la participation de l'équipe pluridisciplinaire, du médecin généraliste et de la Chef de service ;

- Des réunions cliniques peuvent être organisées si besoin, avec l'équipe soignante et le médecin généraliste. Toutefois, très peu de réunions cliniques ont été organisées durant ces derniers mois, ce que regrettent les équipes ;
- Des réunions d'organisation des activités qui ont lieu chaque semaine pour l'ensemble des unités avec l'équipe pluridisciplinaire afin de garantir la bonne coordination et la continuité de l'accompagnement ;

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

- Si leur participation à certaines réunions est effective, il demeure, à date d'évaluation, un enjeu de coordination de l'équipe soignante avec les professionnels transversaux (équipe d'animation, équipe des rééducateurs) ;
- Il n'existe pas actuellement de réunion régulière entre les différentes unités pour évoquer en transversal des projets communs, développer la connaissance mutuelle, la cohésion équipe et l'identité de l'établissement (en dehors des réunions institutionnelles ponctuelles).

#### Les transmissions

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

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

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

#### ■ Le dossier de l'utilisateur

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

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

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

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

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

## 3.5. L'effectivité des droits des usagers

### 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

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

**Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement.** Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission. Lors de la visite d'évaluation, ces éléments n'étaient toutefois pas

présents du fait des travaux en cours dans la zone d'accueil. L'établissement veillera à les replacer. En outre, comme indiqué dans la procédure d'accueil du nouveau salarié, les éléments de la loi 2002-2 sont remis à tout nouveau salarié.

Le livret d'accueil intègre les éléments précisés dans la circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, notamment la localisation, l'organigramme, personnes qualifiées, les modalités d'accès au dossier, les prestations proposées. Le document est illustré par des photographies et présente les éléments de vie quotidienne dans l'établissement. Certains éléments pourraient y être ajoutés : le CVS, les formes de participation des personnes accueillies et de leurs familles ou représentants légaux, le numéro d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés à la prise en charge des adultes handicapés notamment. Sur la forme, il pourra être davantage adapté à la compréhension des usagers (utilisation de pictogrammes, etc.).

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

La charte des droits et des libertés est affichée dans les couloirs de la MAS. Un travail a été fait pour la retranscrire à l'aide de pictogrammes et une traduction de phrases clés en créole.

Le contenu du contrat de séjour est conforme au décret n° 2004-1274 du 26 nov.2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge et est signé dans le respect des délais légaux.

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

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

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

Le CVS fait l'objet d'un développement dans le projet d'établissement. **Il est en place sur l'établissement fonctionne en conformité avec le cadre légal** : il se réunit au moins 3 fois par an. Il est commun à la MAS et au SAMSAH depuis 2013. Une réunion commune avec le SAMSAH a eu lieu en 2013 et le souhait des familles serait de regrouper les réunions des 2 CVS. Une famille est Présidente et des comptes rendus sont systématiquement rédigés.

**L'analyse du compte rendu des CVS fait apparaître une bonne dynamique.** Y figurent des informations sur les projets en cours dans l'établissement (travaux, projets en cours), réponses à des questions diverses.

En sus la participation des résidents est sollicitée pour l'organisation de temps forts de la MAS (choix des thèmes pour les journées à thèmes (ex : autour des pays du Monde) activité cuisine thérapeutique. La MAS sera encouragée à systématiser le recueil de l'expression des résidents malgré la difficulté leurs faibles capacités orales.

#### ■ Le droit à l'information

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

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

**Les résidents sont quant à eux informés au quotidien par les équipes.** Néanmoins, certains éléments pourraient être améliorés, afin de les associer pleinement à la vie de l'établissement, par exemple :

- Mettre en place des plannings d'activité adaptés à leur compréhension (utilisation de photographies, de pictogrammes, etc.) et harmoniser les pratiques d'affichage entre les 3 unités ;
- Afficher les menus à jour de la semaine ;
- Mettre en place un organigramme du personnel illustré de photographies, permettant aux résidents de repérer l'équipe d'accompagnement ;
- Au niveau de la signalétique, renforcer les panneaux directionnels et les informations placées sur les portes (type de professionnel, photographie, horaires de présence, etc.) ;
- Systématiser les retours des échanges du CVS aux résidents.

#### ■ Le droit à la protection

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

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

Des dispositifs spécifiques peuvent être mis en place si besoin, pour assurer la protection des usagers : procédure isolement et contention avec prescriptions et réévaluations en équipe pluridisciplinaire.

#### ■ Le droit à l'autonomie

**Le droit à l'autonomie des personnes est respecté dans l'établissement** de par la possibilité pour les résidents de circuler à l'intérieur de celui-ci et de conserver leurs biens. La liberté d'aller et venir fait également l'objet d'un écrit dans le projet d'établissement. Le PPP élaboré à l'issue de la démarche d'évaluation interne comportait également une action d' « Optimisation des conditions de circulation, dans le double respect du devoir de protection et du droit à l'autonomie des personnes accueillies ».

**L'autonomie des personnes est évaluée** dans le cadre de leur admission, lors de l'élaboration et la réactualisation des PP par les bilans des professionnels et par l'utilisation de la grille GEVA. Leurs habitudes de vie sont également respectées (heure du lever, etc.).

**L'autonomie est par ailleurs encouragée dans le cadre de l'accompagnement** grâce notamment à l'intervention des professionnels de rééducation (ergothérapeute et psychomotricienne). L'ergothérapeute de la structure participe par exemple à la réalisation de douches thérapeutiques évaluatives, qui constituent l'occasion d'échanger avec les équipes sur le « faire faire » au lieu du « faire à la place ».

#### ■ Le droit à l'intimité

Bien qu'assez étroites pour certaines, **les chambres individuelles des résidents permettent de respecter leur intimité.** Les usagers peuvent s'approprier cet espace et l'aménager comme ils le souhaitent. Par ailleurs, celles-ci sont respectées par les professionnels (frapper avant d'entrer...).

Cependant, **les salles de bains communes ne permettent pas aujourd'hui un respect de la pleine intimité des résidents.** Il s'agit d'un projet de la MAS que de pouvoir garantir une salle de bain et WC personnels à terme. Les professionnels veillent toutefois à faire prendre des douches individuelles aux résidents, rideaux fermés.

**Le droit à la vie affective et sexuelle** est également décrit dans le projet d'établissement. Les équipes ont bénéficié d'une formation sur le thème « Vie relationnelle, affective et sexuelle de la personne handicapée » en 2012.

#### ■ Le droit à la dignité

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

ont également fait part de ce sentiment. Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité (porte fermée, vigilance salle de bain, etc.) et les résidents sont vouvoyés.

**Une grande attention est portée à l'aspect, l'hygiène et la tenue vestimentaire des usagers.** Des douches sont réalisées tous les jours. Une socio-esthéticienne se rend notamment à la MAS afin de soigner les résidentes qui le souhaitent (soins des ongles, maquillage, parfums...).

Par ailleurs, les formations professionnelles de l'équipe transversale (Humanitude) participent à renforcer la bienveillance et le respect de la dignité observés sur le terrain. Cette philosophie de bientraitance institutionnelle est également rappelée dans le projet d'établissement.

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

**Les liens familiaux et amicaux sont respectés.** Ils sont rappelés dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement. Les familles interrogées sur site ont également fait part de leur bonne intégration dans la vie de l'établissement. En effet, celles-ci peuvent venir partager un repas sur la MAS ou rendre visite à leur proche. Elles sont également associées aux restitutions des PP et sont destinataires des comptes rendus de CVS.

**La fête famille** est également un moment fort de la vie de l'établissement, permettant de faire du lien entre les résidents et leurs entourages.

**Certaines familles ont manifesté leur souhait d'avoir davantage de lieu d'expression** (groupe de parole, réunions thématiques, etc.). Le développement d'actions de soutien envers les familles fait l'objet d'actions dans le cadre du PPP : invitation à un temps d'échange annuel, d'un temps avec le médecin, développement de moyens de communication externes type Skype, créer un espace dédié à l'accueil des familles.

▪ **Pratique religieuse et droits civiques**

**La pratique religieuse est respectée à la MAS de L'Est** : elle est prise en compte dans les régimes alimentaires, des accompagnements à la messe sont proposés aux résidents qui le souhaitent. De plus, elle peut être spécifiée dans le recueil de données relatif au décès.

## 3.6. La prévention et la gestion des risques

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

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

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

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

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

**La dernière Commission de sécurité a émis un avis défavorable à la poursuite de l'activité de la MAS au sein des locaux le 1er Juillet 2010.**

De nombreux travaux de réhabilitation sont en cours de réalisation par l'établissement en vue de répondre aux normes d'hygiène et de sécurité. Dans l'attente de la réhabilitation des locaux de la MAS, des actions correctives ont été mises en œuvre par le Pôle Philippe de Camaret afin de garantir la sécurité des résidents au sein de

l'établissement. **Toutefois, depuis la mise en œuvre de ces actions correctives, la Commission de Sécurité n'a pas réalisé de contre-visite depuis 2010 afin d'évaluer la conformité des locaux. Une visite a été programmée pour le 27 novembre 2014.**

Si le bâtiment est de plain-pied, il ne répond pas totalement aux normes d'accessibilité (problème d'accessibilité de certaines pièces, ...). Il n'y a pas eu de diagnostic accessibilité réalisé par l'établissement à date d'évaluation.

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

**Les formations à la sécurité incendie ainsi que des exercices d'évacuation ont été régulièrement organisés jusqu'en 2012.** Les plans d'évacuation sont correctement affichés à différents endroits de l'établissement. Des consignes à suivre en matière de sécurité incendie sont également diffusées aux professionnels et à plusieurs endroits.

**La MAS a également réalisé son DARI en même temps que l'évaluation interne en étant accompagné par une IDE hygiéniste de l'ARS et du CCLIN.** Des procédures de prévention du risque infectieux (hygiène des mains, précautions standard et complémentaires, gestion des épidémies, conduite à tenir en cas d'AES, isolement sceptique, DASRI, nettoyage des locaux, ...) ont déjà été travaillées par la MAS depuis son analyse des risques. La mission encourage l'établissement à poursuivre la mise en œuvre du plan d'actions issu du DARI en lien avec l'IDE hygiéniste.

**A date d'évaluation, les déchets DASRI ne sont pas entreposés dans un local sécurisé.** Ce point de vigilance est repéré par l'établissement qui prévoit l'installation d'un local dédié aux DASRI dans les nouveaux locaux du FAM du Pôle, prochainement installés à proximité de la MAS. Dans l'attente de ce local, un travail de sécurisation des déchets DASRI a toutefois été mené avec l'IDE hygiéniste partenaire du Pôle, auprès des professionnels (sensibilisation, création d'une procédure), dans l'attente de la création du local dédié.

**En matière d'hygiène, un certain nombre de mesures sont également prises par l'établissement de façon à garantir une bonne sécurité des personnes :**

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

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

- Organiser la contre-visite de la Commission de Sécurité afin de garantir la conformité des locaux avec les normes d'hygiène et de sécurité ;
- Former annuellement les professionnels à la sécurité incendie ;
- Organiser deux fois par an les exercices incendies ;
- Isoler les déchets DASRI lors de l'installation des nouveaux bâtiments du FAM dans le local prévu à cet effet ;
- Effectuer les contrôles annuels de légionnelles et mettre en place le carnet sanitaire sur l'établissement ;
- Réactualiser les procédures et la traçabilité de l'entretien des locaux avec l'équipe dédiée.

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

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

**Les opérations de maintenance sont bien coordonnées, gérées et suivies** au sein de la MAS.

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

L'équipe des agents de maintenance réalise certaines opérations de maintenance et assure le suivi des entreprises intervenant au sein de la MAS :

Maintenance préventive :

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

Maintenance corrective :

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

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

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

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

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

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

- **L'organisation du travail permet la présence d'une équipe en continue toute la journée**, sur l'ensemble de la semaine et du week-end (avec une présence infirmière en continu chaque jour) ;
- **La gestion des remplacements est organisée et formalisée dans une procédure** précisant le rôle de chacun afin de garantir la continuité des interventions : des solutions sont recherchées pour assurer la gestion des remplacements, notamment par la modification des horaires de l'équipe ou personnel temporaire. Le Pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un pool de remplacement avec des professionnels dédiés ;
- **Un système d'astreinte administrative pleinement effectif est assuré par le cadre de proximité et la Direction du Pôle ;**
- **L'établissement a mis en place des procédures d'urgence** (procédure en cas de décès, en cas d'arrêt cardio-vasculaire, en cas d'absence, ....) ;
- **Tous les professionnels sont formés aux gestes de premiers secours ;**
- **Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie ont été réalisées pour les professionnels jusqu'en 2012.** Des instructions incendie sont affichées à différents endroits de l'établissement ;
- Une **veille de nuit organisée, structurée, est assurée par un personnel infirmier et un personnel soignant**, formés aux premiers secours qui effectuent des rondes régulières, répondent aux appels des résidents si besoin ;
- **Le système d'appel malade installé dans toutes les chambres et salles de bain ;**
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament ci-après) ;

- **L'existence de temps de transmissions** à chaque changement de poste (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) ;
- L'existence d'un **DLU** (Dossier de liaison d'urgence) sur PSI ;
- **Une procédure en cas d'alerte cyclonique** est également en place au sein de l'établissement prévoyant son fonctionnement en cas d'intempérie ;
- **Un plan gestion des risques épidémiques** a été réalisé, précisant les modalités d'organisation en cas de crise (composition de la cellule de crise, missions, etc.), mais il n'a pas été réactualisé depuis 5 ans ;

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

- Former les professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Mettre en place le carnet sanitaire pour assurer le suivi et la prévention des risques de légionellose ;
- Poursuivre la mise en œuvre du DARI ;
- Elaborer le Plan bleu et le Plan de Continuité des Activités en étayant les documents existants (Plan d'alerte cyclonique et plan de gestion des épidémies).

#### ■ **La sécurisation du circuit du médicament**

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

**Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques**, claires et lisibles conservées dans les dossiers des résidents.

**L'approvisionnement est assuré par la pharmacie de l'hôpital du Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) situé à côté de la MAS ou par la pharmacie de ville.** Les ordonnances sont transmises directement au GHER chaque mois, ou plus si besoin. L'équipe d'IDE contrôle la livraison des médicaments. **Les IDE de nuit assurent la préparation des piluliers des résidents chaque semaine.** L'établissement dispose d'un stock tampon de médicaments (antibiothérapie notamment) permettant de démarrer le traitement au plus vite si besoin (encadré par une procédure).

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

L'armoire à médicaments est située dans l'infirmerie fermée à clé.

**La mission souligne la bonne sécurisation du circuit du médicament mis en place au sein de l'établissement.**

L'établissement réfléchit actuellement à la mise en place d'une PUI afin de simplifier le circuit du médicament.

#### **La mission relève toutefois que :**

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

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

**Un système de signalement et de recueil des événements indésirables est pleinement effectif sur l'établissement.** Une fiche d'incident est en place sur le Pôle Philippe de Camaret depuis 2010. Cette fiche précise le nom du déclarant, la personne concernée, la nature de l'incident et sa description, la réaction du déclarant, ses suggestions ainsi qu'une traçabilité des actions mises en œuvre. Les fiches d'incidents sont mises à disposition en salle du personnel.

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

Depuis début 2014, 24 fiches ont été formalisées. L'examen de ces fiches montre que les signalements sont réalisés par les professionnels. Les signalements de 2014 ont porté sur des situations de violence, de problème de comportement, des chutes, des risques professionnels, de défaillance du matériel.

Les fiches sont principalement traitées par le CODIR qui communique sur les actions correctives mises en œuvre. Les fiches sont centralisées dans le Classeur des événements indésirables situé dans le bureau Direction. Un bilan est réalisé chaque mois et chaque année.

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

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

**Il est à relever qu'en date d'évaluation, les procédures de signalement et les fiches d'incidents sont en cours de redéfinition et de réactualisation par les professionnels du Pôle en vue de mieux répondre aux besoins des établissements, de mettre en place une analyse consolidée et une politique ciblée de réduction des incidents.**

**La mission d'évaluation encourage le Pôle à réactualiser ces procédures et à les diffuser aux acteurs de la MAS.**

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

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

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

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

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

- **Une évaluation sur la pénibilité au travail** a été menée par le Pôle avec la mise en œuvre d'actions dédiées ;
- **Deux professionnels du Pôle sont formés PRAP ;**
- **La formation professionnelle** : des actions de formations sont proposées aux salariés. Il peut s'agir de formations collectives, individuelles, ou mutualisées au niveau de la Fondation. Les thématiques proposées apparaissent en bonne adéquation avec les besoins des professionnels et de l'établissement ;

- La **mise en place des entretiens professionnels** tous les deux ans, par l'équipe de Direction et/ou la chef de service ;
- La **mise en place d'un système de rotation du personnel** : un roulement entre les unités est prévu tous les trois ans, en accord avec les professionnels ;
- Les **réunions hebdomadaires et mensuelles** organisées sur chaque unité avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'échanger sur des thématiques de prise en charge et contribuent à la prévention de l'usure professionnelle ;
- Un dispositif de **soutien psychologique aux professionnels** est mis en place : des analyses de pratiques ont été organisées en 2012 et 2013 avec un psychologue extérieur ;

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

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

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

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

L'établissement s'inscrit dans une **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance**. Des formations mutualisées ont été menées en 2013 au niveau du Pôle. Des formations sur l'amélioration de la bientraitance, l'approche *Humanitude* et la gestion des situations de violence en institution ont été organisées pour 21 professionnels en 2014.

**La thématique de la bientraitance a également fait l'objet de discussions fréquentes avec les équipes**, notamment lors des réunions et des assemblées générales. La synthèse de l'ANESM relative à la mise en œuvre de la bientraitance leur a également été présentée. La visite d'évaluation a également pu permettre de percevoir que le questionnement sur la qualité de l'accompagnement est permanent au sein des équipes de la MAS.

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

**Si la dynamique de bientraitance est donc bien en place, la MAS sera encouragée à poursuivre les efforts de formation de l'ensemble du personnel sur ce sujet** (incluant les personnels logistiques et administratifs). La mise en place d'un Comité Bienveillance ou d'un Comité d'Éthique pourrait également venir compléter le dispositif de promotion de la bientraitance de l'établissement.

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

**L'établissement dispose d'une procédure de signalement en cas de maltraitance rédigée en 2006 et diffusée** aux professionnels qui semblent avoir connaissance des obligations et des règles de signalement.

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

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

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

- Afficher le numéro national d'appel contre la maltraitance 3977 dans l'établissement ;
- L'établissement veillera à intégrer les éléments sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2 remis aux usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement), qui doivent également comporter la mention du numéro 3977 ;

- un travail pourra être poursuivi en vue de l'appropriation des règles de signalement des actes de maltraitance par les professionnels.

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

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

##### ■ Implantation territoriale et accessibilité

**L'implantation de l'établissement au sein du pôle sanitaire de l'Est et la proximité de la clinique Saint-Benoit favorise les échanges médicaux avec la structure.** Un centre de dialyse est également situé à proximité. Si l'établissement est situé en dehors du centre-ville de Saint-Benoit dans la zone de Bras-Fusil, il reste toutefois assez facilement accessible par la route et assez proche des commerces et équipements (cinémas, médiathèque, etc.). Le réseau de transport collectif ne permet toutefois pas une bonne accessibilité du site. La signalétique mise en place permet de repérer l'établissement depuis la route.

En termes de communication, une page sur le site internet de la Fondation Père Favron permet de présenter l'établissement. Le projet d'établissement y est disponible en téléchargement.

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

La MAS de l'Est a mis en place une bonne dynamique d'ouverture à et sur l'environnement. Cet aspect est également longuement développé dans le projet d'établissement.

- **L'établissement est tout d'abord ouvert à l'environnement**, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de l'extérieur à l'intérieur de l'établissement :
  - Les familles régulièrement présentes sur l'établissement, pour des visites ponctuelles de leurs proches ou lors de temps institutionnels, comme la fête des familles ;
  - Les partenaires sont également invités à se rendre dans l'établissement : des représentants de la Mairie de Saint-Benoit participent par exemple aux fêtes institutionnelles ;
  - La MAS accueille régulièrement de nombreux stagiaires (une vingtaine de stagiaires accueillis en 2012) à différents postes (IDE, AS, assistante sociale, professionnels de santé libéraux). Cet accueil est favorisé par sa relation de partenariat avec des instituts de formation (IFSI, IRTS, Lycée professionnels, ...) ;
  - Un certain nombre de prestataires extérieurs se rendent également dans la MAS :
    - Une socio-esthéticienne, qui intervient auprès de résidents ;
    - Des professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes) se rendent dans l'établissement pour des interventions libérales. Des conventions ont été conclues avec ces professionnels en 2006, 2009 et 2010 ;
    - Une convention a également été signée avec une psychologue et psychanalyste pour la réalisation de groupes d'analyse de pratiques dans l'établissement ;
    - L'ESAT de la Confiance pour l'entretien des espaces verts (convention signée en 2012) ;
    - Les prestataires hôteliers comme pour la livraison de repas (convention signée en 2003) ;
    - Les fournisseurs d'équipements et de matériels spécialisés ;
    - Les récupérations DASRI (convention signée en 2009).
- **L'établissement est également ouvert sur l'environnement**, c'est-à-dire qu'il mène des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville :
  - Sur le volet santé et médico-social :
    - Un partenariat a été conventionné en 2006 avec une radiologue de Saint-Benoit ;
    - Une convention a été signée en 2010 avec le laboratoire de biologie médicale de Saint-Benoit ;

- Sur le service de soins palliatif de Saint-Denis, avec lequel la MAS a conclu un partenariat
  - Des liens existent avec le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER), proche de l'établissement, qui assure les soins d'urgence, certains soins et également les consultations dentaires ;
  - Des liens existent avec les pharmacies de ville ou interhospitalières. Si une convention a été signée en 2004 entre la clinique de Saint-Benoît et la MAS pour ce qui concerne la livraison de médicaments, aucune convention n'a été signée depuis, avec le GHER, pour la livraison des médicaments. La mission invite l'établissement à formaliser cette convention avec le GHER pour davantage sécuriser le circuit du médicament ;
  - Un travail partenarial est mis en place avec d'autres associations, établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Pôle Sanitaire de l'EST, ASFA, AFL, IRSAM, ALEFPA...) ;
  - De par son appartenance au Pôle Philippe de Camaret, la MAS dispose de liens avec le FAM et le SAMSAH. Des événements communs ont été mis en place avec le SAMSAH.
- Sur le volet socio culturel-loisirs, de nombreuses sorties sont organisées pour les résidents vers l'extérieur. Il s'agit notamment de partenariat en place avec :
- La médiathèque de Saint Benoit ;
  - Un centre équestre pour la réalisation d'équithérapie ;
  - La commune de Saint Paul réunion pour mise à disposition de matériel handicap plages (une convention a été signée en sept 2014) dans le cadre de l'opération Handiplages ;
  - Les résidents se rendent également au marché forain de Saint-Paul, faire des courses en ville, à des concerts, au cinéma, au restaurant, dans la nature pour des parcours santé.

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

- Développer les interventions bénévoles au sein de la MAS, notamment par la sollicitation d'associations locales ;
- Conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques.

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

#### ▪ Les usagers

**Les 4 usagers rencontrés sur site ont fait part de leur satisfaction quant au cadre de vie et à l'accompagnement proposé à la MAS.** Ils ont décrit une bonne ambiance dans la structure, entre résidents, et une relation de qualité avec les professionnels. Ils apprécient les temps de repas, conviviaux et la cuisine servie, le plus souvent du carry créole. Les résidents rencontrés ont également souligné leur satisfaction quant aux activités auxquelles ils participent : cuisine thérapeutique et activités manuelles notamment. Ils se sont déclarés bien informés de la vie de l'établissement, du planning des activités et ont mentionné ses temps forts comme Grand-mère Kal, qu'ils sont en train de préparer, ou encore le Carnaval.

Les résidents rencontrés faisaient partie des plus autonomes, qui peuvent verbaliser leurs demandes. Ces derniers ont souligné un certain manque d'activités le week-end et le souhait de sortir davantage de la MAS pour des sorties individuelles encadrées, comme du shopping.

#### ▪ Les familles

**Les familles rencontrées sur site (3) et contactées par téléphone (2 familles) ont exprimé leur satisfaction quant à la prise en charge proposée à la MAS de l'Est.** Elles soulignent la variété des activités et sorties proposées. Elles estiment être en bonne communication avec l'établissement et les professionnels, qu'elles jugent attentionnés et accueillants. Elles se disent bien informées de la vie de l'établissement, notamment par la réception de nombreux courriers et sont informées très rapidement (par téléphone notamment) en cas de problème. Leurs demandes sont également prises en compte. Elles jugent le personnel attentionné et accueillant. Enfin, les familles ont fait part d'un bon état de santé des résidents qu'elles trouvent « heureux » à la MAS. Bien que les

locaux soient un peu vétustes, elles ont souligné la possibilité pour les résidents de personnaliser leur chambre, la décorer et l'investir comme espace personnel.

Si elles s'estiment satisfaites de l'accompagnement, certaines familles ont toutefois fait remonter quelques points d'amélioration. Notamment, elles souhaiteraient qu'il y ait davantage d'activités proposées le week-end grâce à la présence de plus de professionnels, être davantage informées de la prise en charge médicale (notamment les rendez-vous de consultation pris). Enfin, elles souhaiteraient que les espaces verts (jardins) soient davantage aménagés pour permettre la circulation des résidents, comme lieu de promenade. Ce dernier point est d'ores et déjà prévu par la MAS, après les travaux de rénovation.

#### ■ Les partenaires

**Les partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation disposent d'une vision globale positive de leur partenariat avec la MAS de l'Est.** Ils ont tous déclaré travailler dans de bonnes conditions avec l'établissement. Chacun des partenaires dispose d'un interlocuteur identifié au sein de la structure, avec lequel il entretient de bonnes relations. Certains partenaires ont salué la qualité et la rapidité des réponses apportées. Les modalités de coopération entre les 2 structures sont bien définies et bien organisées, pour ce qui concerne les prestations au sein de l'établissement ou à l'extérieur (avec le club hippique de l'Est par exemple). Les partenaires ont ainsi salué le professionnalisme des équipes et la prise en charge globale proposée à la MAS.

**Le principal point soulevé par les partenaires lors des échanges** concerne le fort turnover observé à la MAS, qui peut altérer la qualité des coopérations mises en place (changement d'interlocuteur, de pratiques, etc.). Les partenaires contactés ont déclaré ne pas avoir d'objection quant à la mise en place de conventions précises encadrant les modalités de coopération.

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

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

#### ■ Le recrutement

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

Le recrutement des postes en CDD est géré au niveau de l'établissement par la Chef de service et l'équipe de Direction.

L'établissement a mis en place une procédure détaillée de gestion des remplacements.

**L'établissement rencontre des difficultés de recrutement sur les postes de psychologue, de kinésithérapeute et d'orthophoniste. La Mas rencontre également des difficultés à remplacer les personnels en cas d'absence.** L'équipe de Direction du Pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un pool de remplacement avec du personnel dédié, permettant de pallier aux absences sans faire appel à des remplaçants ou du personnel intérimaire.

#### ▪ L'accueil des nouveaux salariés

Depuis août 2009, le Pôle Philippe de Camaret a formalisé le processus d'accueil des nouveaux salariés.

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

- Dès l'embauche, le nouveau salarié se voit remettre un certain nombre de documents (contrat de travail, fiche de poste, organigramme, Plaquette de présentation de la Fondation, règlement intérieur, règlement de fonctionnement, Livret d'accueil, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Charte de la Fondation, fiche évaluation fin de CDD et période d'essai CDI, , ...). Des documents sont également consultables sur les établissements pour les nouveaux salariés : Projet d'Etablissement, Projet d'Unité, Fiche d'incident et les procédures diverses ;
- Les contrats à durée indéterminés sont signés au Siège de la Fondation par le salarié avec une rencontre du Directeur Général ;
- A sa prise de poste, le salarié est accueilli par la Directrice du Pôle et un représentant de la Fondation Père Favron pour lui présenter les missions et valeurs de la Fondation. Dans un second temps, le professionnel rencontre la Chef de service qui lui présente les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents et la Démarche Qualité ;
- Le nouveau professionnel est ensuite présenté aux résidents et salariés ;
- Un système de parrainage est mis en œuvre dès l'arrivée du salarié pendant deux ou trois jours selon les possibilités de chaque unité. Une personne accueillante est l'interlocutrice privilégiée de la personne, elle a pour mission de guider le nouveau professionnel dans la structure, de lui faire connaître son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement des soins, ...). Le « parrain » présente également les us, coutumes et les valeurs de la résidence, il est chargé de lui transmettre le savoir être dans l'établissement (comportement, manière de se présenter, de se conduire devant les situations difficiles, devant des agressions, d'être en relation avec les familles, les résidents ...) ;
- Des temps d'échange sont organisés une fois par semaine entre le nouveau salarié et la Chef de service durant ses premières semaines de travail afin de s'assurer de la bonne intégration du professionnel et de l'adéquation de son profil avec le poste ;
- En fin du premier mois, un bilan d'intégration est réalisé avec le professionnel. Cette rencontre est guidée par la fiche d'évaluation remise au salarié dès son arrivée. La Chef de service et la Direction rencontrent le nouveau salarié afin d'échanger sur les pratiques, le sentiment d'intégration, les atouts et les points d'amélioration à travailler par le candidat.

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

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

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

qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. En 2013, la MAS a accueilli environ 25 stagiaires issues de différentes formations (IFSI, IRTS, Ecole d'AS, d'AVS, site qualifiant pour le CAFDES et le CAFERUIS).

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

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

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

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

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

- Un questionnaire de recueil des besoins en formation est distribué chaque année aux professionnels en août afin de pouvoir les intégrer dans le Plan de formation formalisé en octobre. Une synthèse est faite et présentée au CODIR, au CE/DP ainsi qu'à la Commission Formation du Pôle composée d'un DP, de la psychologue du FAM, d'un cadre, de l'équipe de Direction ainsi que d'un salarié de chaque établissement
- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), des besoins et souhaits communs tout en respectant le budget.
- Les représentants du personnel sont informés et consultés sur le plan de formation. Le plan de formation annuel est présenté au CODIR. Il est ensuite affiché pour information.

La Commission Formation se réunit deux à trois fois par an, elle est chargée de faire la synthèse des demandes des professionnels, d'analyser les besoins des publics accueillis afin de mettre en œuvre des formations adaptés aux différentes demandes. La Commission évalue également les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme ;

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

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

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

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

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public (formation « Humanitude », formation « Améliorer la Bienveillance », formation « Aggressivité et fin de vie en institution », formation « Mise en place de stratégies éducatives avec des personnes aux troubles autistiques », formation « Soins palliatifs », DU « Soins Palliatifs »,...) Une formation au management a également été organisée pour l'encadrement intermédiaire.

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

- Former l'ensemble des professionnels à la sécurité incendie chaque année ;

- Poursuivre l'organisation des formations sur les pathologies des résidents, les formations « Humanitude » et à la bienveillance pour l'ensemble des professionnels ;
- Poursuivre la communication aux professionnels sur l'élaboration du plan de formation et les choix opérés ;
- Poursuivre la communication sur le rôle de la Commission Formation et diffuser l'évaluation des formations aux équipes.

#### ■ La promotion de la mobilité

**L'établissement et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels** (entre unités, entre établissements de la Fondation). La Direction des ressources Humaines de la Fondation diffuse régulièrement des notes d'information sur les modalités à suivre pour faire remonter les souhaits de mobilité au Siège. Ce dispositif sera développé dans le cadre de la GPEC. Les offres d'emploi ouvertes dans les établissements de la Fondation sont diffusées à l'ensemble des structures. L'entretien d'évaluation et les demandes individuelles des professionnels permettent le recueil des souhaits des professionnels sur ce thème.

L'établissement a favorisé et favorise les évolutions de carrière. Des formations individuelles et qualifiantes ont été proposées aux salariés en poste en vue d'une promotion (Nombreuses Formations passerelles ASD, DU Soins Palliatifs et accompagnement, CAFERUIS pour deux professionnels, ...)

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

**Une politique de GPEC est initiée** depuis 2014 par le service RH de la Fondation et la Direction sur l'établissement. Des fiches de poste ont été élaborées et sont diffusées au sein de l'établissement depuis 2011. Un travail de réactualisation des fiches de postes vient d'être finalisé au niveau du Siège, ces dernières seront prochainement diffusées dans les établissements.

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

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

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

### 3.8.2. Organisation et management

**La répartition des fonctions est globalement claire et lisible.** Les entretiens menés par la mission d'évaluation montrent que les professionnels sont au fait des liens hiérarchiques et des responsabilités et missions de chacun. **La mission d'évaluation encourage toutefois l'établissement à poursuivre la communication sur le rôle de la Directrice, de la Directrice Adjointe et des cadres de proximité, au vu des évolutions récentes de leurs missions et en prévision de la réorganisation prochaine du Pôle.**

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

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

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

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

- **Le Comité de direction** se réunit en moyenne trois fois par mois et regroupe l'équipe de direction et les cadres de proximité des établissements. Il permet de faire un point sur les questions de l'encadrement, les problématiques du moment, la communication, etc. ;

- **La réunion des cadres élargie** se réunit environ une fois par mois et regroupe l'équipe de Direction, les cadres techniques (médecin, psychologues, cadres administratif) et l'ensemble des cadres de proximité de l'établissement. Cette réunion permet également d'échanger sur les problématiques rencontrées par l'équipe ainsi que de diffuser des informations sur les orientations et les projets de l'établissement ;
- **Des réunions en Comité de veille qualité** sont organisées en moyenne 4 à 5 fois par an, elles permettent d'assurer le suivi du Plan d'actions de l'évaluation interne et de la Démarche Qualité initiée ;
- **Des réunions spécifiques par fonctions** sont organisées entre :
  - o L'équipe d'IDE
  - o L'équipe pluridisciplinaire des unités de vie
  - o L'équipe d'animation
  - o L'équipe des rééducateurs
- **Des réunions institutionnelles** ont lieu autant que de besoin, en fonction des thèmes à aborder, avec l'ensemble des professionnels ;
- **Des réunions générales** à destination de l'ensemble du personnel ont lieu deux fois par an, et permettent de diffuser les informations sur les orientations et les projets de l'établissement ainsi que de recueillir l'avis des professionnels ;
- **Les temps de réunion avec l'équipe de nuit** sont peu développés à date d'évaluation ;
- **Les réunions avec les IRP ;**
- **Des temps informels** sont également organisés entre :
  - o L'équipe de maintenance et la direction : échanges sur le registre de sécurité, le suivi prestataire, etc.
  - o Le personnel administratif : point sur un dossier résident, sur la comptabilité, etc.
- **La réunion de Direction de la Fondation** a lieu une fois par mois avec l'ensemble des Directeurs, Directeurs Adjointes et les cadres du Siège.

**Les ordres du jour et comptes-rendus sont diffusés au personnel par voie d'affichage.**

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

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

- Le découpage en unités présente l'avantage de l'adaptation aux besoins de chaque population et de la spécialisation des professionnels. Une attention est à porter toutefois à maintenir des temps collectifs d'échanges professionnels/réunions institutionnelles pour garantir la transversalité, la cohésion d'équipe et le maintien d'une identité d'établissement et du Pôle ;
- Améliorer la coordination de l'équipe de proximité avec l'équipe des transversaux (équipe d'animation, équipe de rééducateurs, ...)
- Organiser un temps de coordination dédié à l'équipe d'entretien des locaux ;
- Réorganiser des temps de réunion avec les équipes de nuit.

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

## 4. Synthèse de l'évaluation externe

### 4.1.1. La démarche d'évaluation interne

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

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

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un travail de réalisation de propositions d'amélioration a été mis en œuvre** à l'occasion d'un groupe de progrès, en août 2013. En parallèle des travaux de définition des PPP pour chaque établissement, un travail de mise en cohérence a été fait au niveau du pôle, afin de créer un plan global évitant les redondances des actions au niveau de chaque établissement. Le plan créé se décline en 19 objectifs généraux répondant à des problèmes posés, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels et actions prioritaires. **Au total, près de 80 actions prioritaires ont été dégagées.** La forme du plan apparaît opérationnelle : il s'agit d'un fichier Excel avec un planning de mise en œuvre par action, pilotes, etc. Il prévoit aussi un encart de suivi de l'avancement des actions. Le PPP ainsi créé a été affiché dans l'établissement. Il a également fait l'objet d'échanges en CVS. La MAS sera encouragée à poursuivre son appropriation par le personnel.

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

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

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

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

**La MAS de l'Est dispose d'un Projet d'Etablissement réactualisé en 2009, avec l'aide d'un cabinet extérieur (EFFICIO).** L'élaboration du projet d'établissement s'est déroulée durant toute l'année 2009. **La démarche a été globalement participative.** Elle a inclut une présentation aux professionnels de l'établissement et a été pilotée par un Comité de pilotage pluridisciplinaire. Par ailleurs, des groupes de travail participatifs d'élaboration du

projet ont été organisés. Tout au long de la démarche, une bonne information a été faite aux professionnels. Le projet a été validé par le CVS et le Conseil d'Administration. Il a également été envoyé aux autorités de tarification en 2010. Lors de sa prochaine réactualisation, **l'établissement veillera à associer l'ensemble des parties prenantes à la réactualisation prochaine du Projet d'Etablissement** (familles, résidents, partenaires notamment).

**Le projet d'établissement aborde la grande majorité des thématiques obligatoires énoncées dans la Loi 2002-27 et dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm<sup>8</sup>.** Il intègre l'histoire, les valeurs et l'organisation de l'organisme gestionnaire, le public accueilli et son entourage, les principes d'interventions de la structure, etc. **Toutefois, le projet d'établissement n'aborde pas son intégration dans les politiques publiques régionales et départementales** (Projet régional de santé et Schéma d'organisation médico-sociale de la Réunion publiés par l'ARS en 2012). De plus, s'il présente bien ses objectifs d'évolution, il ne les décline pas dans un plan d'actions opérationnel prévoyant les pilotes, échéances et indicateurs de mesure. Enfin, il aborde globalement l'ensemble des thématiques exigées par le décret du 20 mars 2009 concernant les MAS-FAM-SAMSAH<sup>9</sup>

**Le projet est mis à disposition à différents endroits de l'établissement** (en salle du personnel et à l'accueil). Il est également disponible en version numérique sur le site internet de la Fondation Père Favron ainsi que sur les différents postes informatiques de l'établissement. Il a été présenté en Comité de Pilotage et qu'aux professionnels et aux représentants du CVS de la MAS dans le cadre de plusieurs réunions organisées en novembre 2009. Le Projet est présenté au nouveau salarié dès son embauche. **Si les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont témoigné d'une bonne appropriation du projet, la mission relève un enjeu de réactualisation du projet avec l'ensemble des acteurs de la MAS afin de transformer ce document en véritable outil faisant sens au quotidien.**

Le projet de la MAS de l'Est est cohérent avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence. L'établissement s'inscrit également pleinement dans le cadre des missions définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles pour les établissements de cette nature.

**Les fondements du projet et le dispositif en place sont pertinents** au regard de la population accompagnée et des besoins identifiés. **Le dispositif est en effet en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis. Par ailleurs, l'établissement semble également offrir une réponse adaptée aux besoins locaux.** Il n'y a que deux MAS situées dans l'Est de l'île. La structure est la seule MAS de Saint-Benoît. En témoigne le taux d'occupation élevé (99 % en 2012) et la liste d'attente d'environ 30 personnes.

**La dynamique d'adaptation aux besoins des personnes est positive** : rénovation des locaux en cours, reconnaissance locale développée et image positive sur le territoire, partenariats extérieurs, unités de vie spécialisées et adaptées, formation des professionnels aux nouvelles techniques (TED, etc.).

**Au plan des moyens humains, le ratio ETP/place est actuellement de 1,28. L'établissement apparaît correctement doté. Par ailleurs, la palette de professionnels intervenant apparaît diversifiée.** Au plan des moyens matériels, la MAS apparaît également correctement équipée

Depuis août 2009, le Pôle Philippe de Camaret a formalisé le **processus d'accueil des nouveaux salariés**. Le processus d'accueil est bien structuré, il permet une réelle prise de repères et favorise la bonne intégration de la personne. Par ailleurs, un livret d'accueil des salariés vient d'être édité au niveau associatif et sera remis aux prochains salariés. Enfin, depuis octobre 2008, le Pôle a également formalisé une procédure permettant d'organiser l'accueil des stagiaires afin de favoriser leur intégration et d'organiser l'encadrement de chaque personne pour garantir la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

**L'établissement dispose d'un CHSCT**, commun au pôle Philippe de Camaret, et dont le fonctionnement est conforme avec la réglementation. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été réalisé en 2008. **La démarche d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux n'est pas encore développée** sur l'établissement. Un travail de réflexion est en cours entre le siège de la Fondation et les

<sup>7</sup> Article L.311-8 « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (...) »

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

<sup>99</sup> Cf. CASF, art. D.344-5-1

organisations syndicales, afin de préciser la démarche appropriée au sein de la Fondation, qui sera déclinée dans les établissements. Plusieurs mesures concourent à la **prévention de l'usure professionnelle** : évaluation de la pénibilité du travail menée par le pôle, professionnels formés au PRAP, mise en place des entretiens professionnels, mise en place d'un système de rotation du personnel, dispositif de soutien psychologique aux professionnels notamment. **La MAS est encouragée à réactualiser le DUERP et réorganiser les groupes d'analyses de pratiques professionnelles en lien avec les demandes des professionnels.**

**L'accompagnement est structuré, coordonné et adapté aux besoins du public.** Chaque résident dispose d'un plan de soins individualisé élaboré sur le logiciel de soins PSI qui précise les soins dont il a besoin. Les plans de soins sont disponibles sur les postes informatiques sur chaque unité ainsi qu'à l'infirmier. Les transmissions infirmières et soignantes sont réalisées chaque jour sur PSI. Le dossier médical du résident est sur PSI, coordonné par le médecin généraliste de la MAS qui assure l'homogénéité et la structuration du contenu. Une trentaine de protocoles de soins généraux sont formalisés sur la MAS et la délivrance des médicaments fait l'objet d'une attention particulière. Les thématiques spécifiques (douleur, incontinence, chutes, etc.) sont également bien prises en compte. L'accompagnement proposé sur le plan psychologique et rééducatif est également de grande qualité.

**L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement est bien structuré.** Le recueil des habitudes de vie est pleinement effectif. Les heures de lever sont précisées dans les plans de soins des résidents ainsi que les rythmes de vie de chaque personne. **L'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé à la MAS de l'Est est de qualité.** De nombreux ateliers et activités sont proposés aux usagers, par petits groupes, en individuel, en extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement. Ils sont dispensés par l'équipe soignante de proximité, l'éducatrice et l'équipe des rééducateurs.

**Ainsi, les usagers bénéficient d'un accompagnement de qualité.** L'organisation et les soins réalisés sont pensés et réalisés selon une approche personnalisée prenant en compte les habitudes de vie, le rythme et les préférences de chaque résident. L'ensemble des acteurs s'appuie sur l'outil commun de projet personnalisé. L'organisation en unités de vie permet une personnalisation de la prise en charge. **La qualité des pratiques et des postures professionnelles est à souligner chez l'ensemble des acteurs.**

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

**L'implantation de l'établissement au sein du pôle sanitaire de l'Est et la proximité de la clinique Saint-Benoit favorise les échanges médicaux avec la structure.** Un centre de dialyse est également situé à proximité. Si l'établissement est situé en dehors du centre-ville de Saint-Benoit dans la zone de Bras-Fusil, il reste toutefois assez facilement accessible par la route et assez proche des commerces et équipements (cinémas, médiathèque, etc.). Le réseau de transport collectif ne permet toutefois pas une bonne accessibilité du site. La signalétique mise en place permet de repérer l'établissement depuis la route.

**On note une réelle dynamique d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement,** en témoignent la présence de stagiaires, d'une bénévole, ou la venue de partenaires, prestataires extérieurs et familles dans l'établissement, notamment lors des temps festifs (fêtes familles par exemple). Par ailleurs, la MAS développe des coopérations vers l'extérieur tant au niveau sanitaire et médico-social (établissements de santé, pharmacies, clinique Saint-Benoit ; etc.) que sur le volet socio-culturel et des loisirs (médiathèque de Saint-Benoit, équithérapie, dispositif Handiplages à Saint Paul, sorties sur les marchés forains, etc.). La MAS est toutefois encouragée à conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques.

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

**A date d'évaluation, les projets personnalisés sont effectifs à la MAS de l'Est** : tous les résidents ont un projet personnalisé, réactualisé depuis moins d'un an. L'ensemble des projets sont signés. Ils sont réalisés 3 mois après

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

**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.** Le recueil des souhaits des usagers est bien pris en compte, la démarche est pluridisciplinaire et coordonnée par un référent de projet. L'établissement s'appuie également sur **un certain nombre d'outils et de documents clés** pour l'élaboration des projets personnalisés.

**Le contenu des projets personnalisés apparaît tout à fait pertinent :** il prend en compte les différentes dimensions de l'accompagnement. Les projets font par ailleurs systématiquement l'objet d'un **avenant au contrat de séjour**. La visite sur site a permis de constater que le contenu des projets était de bonne qualité et les écrits relativement homogènes. Les grilles de recueil des souhaits étaient remplies (souhait du résident, souhait de sa famille, souhaits de son représentant légal).

**L'établissement dispose d'un CVS fonctionnant en conformité globale avec les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm.** Il réunit trois fois par an et inclut résidents et familles. L'instance apparaît active et dynamique : des temps d'information et de recueil des demandes sont prévus. La MAS sera toutefois encouragée à systématiser le recueil de l'expression des résidents malgré la difficulté leurs faibles capacités orales.

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

**Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement.** Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission. Lors de la visite d'évaluation, ces éléments n'étaient toutefois pas présents du fait des travaux en cours dans la zone d'accueil. L'établissement veillera à les replacer. En outre, comme indiqué dans la procédure d'accueil du nouveau salarié, les éléments de la loi 2002-2 sont remis à tout nouveau salarié.

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

**Le droit à la protection est correctement assuré sur l'établissement :** le cadre de vie est contenant et sécurisant, le respect de la confidentialité est effectif. Le droit à l'autonomie est également assuré : liberté de circulation à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, participation aux tâches de la vie quotidienne etc.

**Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est favorisé par l'établissement.** Les résidents peuvent recevoir autant de visites qu'ils le souhaitent, et les familles sont impliquées dans l'accompagnement (PAP, CVS). Une fête des familles est également organisée tous les ans. Malgré tout, certaines familles ont manifesté leur souhait d'avoir davantage de lieux d'expression (groupe de parole, réunions thématiques, etc.). Le développement d'actions de soutien envers les familles fait l'objet d'actions dans le cadre du PPP.

**La dernière Commission de sécurité a émis un avis défavorable à la poursuite de l'activité de la MAS au sein des locaux le 1er Juillet 2010.** De nombreux travaux de réhabilitation sont en cours de réalisation par l'établissement en vue de répondre aux normes d'hygiène et de sécurité. **La mission relève que le registre de sécurité est disponible et correctement tenu à jour.** Les contrôles périodiques sont réalisés aux rythmes prévus (électricité, SSI, moyens de secours, ...) par des sociétés habilitées. Les formations à la sécurité incendie ainsi que des exercices d'évacuation ont été régulièrement organisés jusqu'en 2012. La MAS a également réalisé son DARI en même temps que l'évaluation interne en étant accompagné par une IDE hygiéniste de l'ARS et du CCLIN.

**La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées à travers :** l'organisation du travail, qui permet la présence d'une équipe en continue toute la journée, la gestion des remplacements : organisée et formalisée dans une procédure, un système d'astreinte administrative pleinement effectif et assuré par le cadre de proximité et la Direction du Pôle, des procédures d'urgence, des formations aux gestes de premiers secours,

des formations obligatoires en matière de sécurité, une veille de nuit organisée, structurée et assurée par un personnel infirmier et un personnel soignant, un circuit du médicament, formalisé et organisé, l'existence de temps de transmissions, d'un DLU, d'une procédure en cas d'alerte cyclonique, et d'un plan gestion des risques épidémiques. Toutefois, la pharmacie hospitalière qui livre les médicaments à la MAS ne peut légalement le faire puisqu'elle est placée, à date d'évaluation, dans l'hôpital de Saint-Benoît et non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie la MAS (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique).

**Un système de signalement et de recueil des évènements indésirables est pleinement effectif sur l'établissement.** Une fiche d'incident est en place sur le Pôle Philippe de Camaret depuis 2010. Cette fiche précise le nom du déclarant, la personne concernée, la nature de l'incident et sa description, la réaction du déclarant, ses suggestions ainsi qu'une traçabilité des actions mises en œuvre. Les fiches d'incidents sont mises à disposition en salle du personnel. Les procédures de signalement et les fiches d'incidents sont en cours de redéfinition et de réactualisation par les professionnels du Pôle en vue de mieux répondre aux besoins des établissements, de mettre en place une analyse consolidée et une politique ciblée de réduction des incidents. La mission d'évaluation encourage le Pôle à réactualiser ces procédures et à les diffuser aux acteurs de la MAS.

L'établissement s'inscrit dans une **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance**. Des formations mutualisées ont été menées en 2013 au niveau du Pôle. Des formations sur l'amélioration de la bientraitance, l'approche *Humanitude* et la gestion des situations de violence en institution ont été organisées pour 21 professionnels en 2014. La thématique de la bientraitance a également fait l'objet de discussions fréquentes avec les équipes, notamment lors des réunions et des assemblées générales. Des analyses de pratiques ont régulièrement eu lieu en 2012 et 2013 avec un intervenant extérieur.

**L'établissement dispose d'une procédure de signalement en cas de maltraitance rédigée en 2006 et** diffusée aux professionnels qui semblent avoir connaissance des obligations et des règles de signalement. L'établissement sera invité à afficher le numéro national d'appel contre la maltraitance 3977 dans l'établissement, intégrer les éléments sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2 remis aux usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement), qui doivent également comporter la mention du numéro 3977, et poursuivre l'appropriation des règles de signalement des actes de maltraitance par les professionnels.

## 5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

### 5.1. La démarche d'évaluation interne

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

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

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

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

<b>La mobilisation des recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des RBPP évoquées dans la procédure d'élaboration des projets personnalisés et utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (PE, EI)</li> </ul>		
--	---	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet datant de 2009, structuré, approuvé par le CVS et le Conseil d'administration de la Fondation</li> <li>Sa rédaction dans le cadre d'une démarche participative qui a associé les professionnels (COFIL, groupes de travail, ...)</li> <li>Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm, avec des données et illustrations adaptées</li> <li>La mise à disposition du projet et sa présentation en réunions institutionnelles et au CVS</li> <li>Un dispositif de suivi des objectifs du Projet organisé durant les premières années de sa mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'absence d'association directe des usagers, familles et partenaires à l'élaboration du projet</li> <li>L'absence de déclinaison des orientations en un plan d'action opérationnel précisant les objectifs sur cinq ans</li> <li>L'absence d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Engager une démarche participative avec l'association de l'ensemble des acteurs de la MAS (professionnels, résidents, familles, partenaires) lors de la réactualisation prochaine du Projet d'Etablissement</li> <li>Intégrer l'ensemble des éléments préconisés par la législation et la RBPP lors de l'élaboration du nouveau projet (document avoisinant les 30 pages, illustrations, ...)</li> <li>Lors de l'actualisation du projet, se positionner explicitement par rapport aux orientations retenues dans les outils de planification (plan ARS, schéma CG...)</li> <li>Rédiger une synthèse du futur projet permettant la communication et l'appropriation du projet</li> <li>Concevoir un plan d'action reprenant les objectifs du projet et les déclinant en actions concrètes avec précision des moyens, échéances, indicateurs de résultats. Ce plan d'action peut s'envisager de façon conjointe avec l'évaluation interne puis externe, de façon à n'avoir qu'un document de pilotage global sur l'établissement.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
<p><b>Cohérence et pertinence du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire, validé par lui</li> <li>Un projet cohérent avec les missions des MAS et les orientations de politique publique</li> <li>Un dispositif varié d'accueil (accueil permanent, temporaire et de jour) permettant une réponse aux différents types de besoin et le projet de réaménagement de l'accueil temporaire et de jour</li> <li>La localisation pertinente combinant les avantages de la ville (accès aux services de santé, infrastructures...) et l'environnement calme de la MAS</li> <li>La bonne réponse aux besoins se traduisant par une activité importante</li> <li>L'identification de la MAS par les pouvoirs publics comme un lieu adapté à la prise en charge des résidents (polyhandicap, profils cérébro-lésés...)</li> <li>Le très bon niveau d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque personne accueillie (3 unités avec une organisation adaptée, des professionnels dédiés et formés...)</li> <li>La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse-dépendance) via l'adaptation progressive de la prise en charge</li> <li>La remise en question régulière des pratiques</li> <li>La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels avec le décret de 2009 et le projet porté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux actuellement plus aux normes de sécurité ni de confort pour les résidents ;</li> <li>L'absence d'une offre de chambre avec salle bain individuelle pour tous les résidents ; l'inadaptation en nombre ou au plan ergonomique de certains locaux (projet de réhabilitation en cours)</li> <li>Des postes vacants : psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, 2 AS</li> <li>L'absence de temps de médecin psychiatre sur la MAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener à bien le projet de restructuration des locaux et de réorganisation du Pôle afin de garantir des locaux aux normes actuelles de sécurité et de confort pour tous les résidents</li> <li>Recruter les postes vacants afin d'assurer l'accompagnement des résidents dans tous les domaines</li> <li>Poursuivre la réflexion amorcée dans le cadre de la réorganisation du Pôle sur la nécessité de négocier un temps de médecin psychiatre sur la MAS</li> <li>Veiller à maintenir la cohésion institutionnelle via l'organisation régulière de réunions à l'attention de tout le personnel et le travail autour de projets communs</li> <li>Poursuivre la sollicitation des établissements et professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et les services d'urgence, afin de parvenir à un réseau formalisé de partenaires</li> <li>Poursuivre le travail amorcé avec les autorités de contrôle sur la reconnaissance de l'accompagnement de la MAS des personnes avec TED</li> <li>Poursuivre l'effort de spécialisation, déjà engagé, de l'accompagnement en fonction du profil du public accueilli (connaissance des pathologies et de l'accompagnement spécifique, vieillissement-dépendance...) : composition de l'équipe, activités proposées, partenariats spécifiques</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le recours dès que nécessaire à des compétences techniques externes (kiné, orthophoniste...)</li> </ul>		
<b>Qualité d'accompagnement</b>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un accueil physique et téléphonique organisé et adapté</li> <li>Un cadre de vie agréable</li> <li>Des locaux propres et bien entretenus</li> <li>Des normes HACCP bien respectées par l'équipe de la MAS</li> <li>Une commission restauration instaurée ayant permis d'améliorer la qualité des repas</li> </ul> <p><u>Soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'existence d'un projet de soins dans le projet d'établissement</li> <li>Une coordination et l'organisation des soins effectives gérées par le Médecin généraliste, la Chef de service et l'équipe d'IDE avec le système de Référents</li> <li>La continuité des soins permise par la présence des infirmiers en continu (jour et nuit)</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux ne répondant plus aux normes de sécurité ni de confort pour les usagers</li> <li>Des travaux ne facilitant pas la vie quotidienne au sein des locaux de la MAS</li> <li>Le manque d'espaces extérieurs permettant de se balader en dehors des locaux</li> <li>Des procédures d'entretien des locaux à réactualiser</li> <li>L'insatisfaction des résidents et familles sur l'entretien du linge</li> </ul> <p><u>Soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'absence d'un cadre de santé ne facilitant pas toujours la coordination et l'organisation des soins</li> <li>L'absence de temps de psychiatre</li> <li>Une livraison des médicaments de la MAS assurée par la pharmacie hospitalière située non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie la MAS, mais dans l'hôpital</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie, hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre la rénovation et la réorganisation des locaux en vue d'améliorer le cadre de vie quotidien des résidents (taille des chambres, mise en place de salles de bains privatives, ...)</li> <li>Dans le cadre de la réorganisation du Pôle, réfléchir à l'aménagement d'espaces de promenade sur le nouveau site</li> <li>Réactualiser les procédures et documents d'entretien des locaux avec l'équipe d'AHS dédiée et former régulièrement les professionnels</li> <li>Instaurer un temps de coordination pour l'équipe d'entretien des locaux</li> <li>Creuser les sources d'insatisfaction sur l'entretien du linge avec les résidents et les familles</li> </ul> <p><u>Soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de l'actualisation du projet d'établissement (2015), associer les professionnels de l'établissement (médicaux et paramédicaux) directement à l'écriture du projet médical et de soins</li> <li>Poursuivre la réflexion amorcée sur le redéploiement de l'équipe soignante de la MAS (temps de médecin psychiatre et temps de cadre</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La sécurisation du circuit du médicament coordonnée par un IDE Référent</li> <li>▪ Un dossier de soins informatisé</li> <li>▪ La formalisation de nombreux protocoles de soins (généraux et individualisés) à poursuivre</li> <li>▪ L'approche des thématiques de soins spécifiques (protocoles, partenariats, outils dédiés)</li> <li>▪ Des partenariats existants avec les structures de soin (établissements, professionnels de santé libéraux...) garantissant aux résidents un accès aux soins facilité</li> <li>▪ Un accompagnement rééducatif structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles permettant une bonne réponse aux besoins</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le respect des rythmes de vie des résidents (levers échelonnés, durée des repas, etc.)</li> <li>▪ Un taux d'encadrement, une pluridisciplinarité, et une motivation des équipes permettant de mettre en place un travail de qualité au plus près des besoins des résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un partenariat sur la livraison des médicaments non formalisé avec la pharmacie du GHER</li> <li>▪ La traçabilité sur PSI à perfectionner</li> <li>▪ L'absence de certains protocoles non encore formalisés (contention, incontinence...)</li> <li>▪ Le poste vacant de psychologue ne permettant pas de répondre aux besoins des résidents</li> <li>▪ L'absence de Plan Bleu et de PCA</li> <li>▪ L'absence de convention signée avec les pharmacies partenaires</li> <li>▪ Des partenariats avec les structures de soin non formalisés</li> <li>▪ Des postes de kinésithérapeutes et d'orthophoniste vacants</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une coordination perfectible entre les équipes de proximité et les professionnels transversaux (équipe d'animation et équipe de rééducateurs)</li> </ul>	<p>de santé sur la MAS) lors de l'aménagement du FAM dans les nouveaux locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les discussions amorcées avec le GCS et l'ARS pour assurer la livraison des médicaments de la MAS en respectant le cadre légal (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique)</li> <li>▪ Formaliser une convention de partenariat avec la pharmacie du GHER en vue de sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la délivrance</li> <li>▪ Former l'ensemble des équipes sur PSI et ses différentes fonctionnalités</li> <li>▪ Poursuivre la formalisation des pratiques par la rédaction de l'ensemble des protocoles utiles</li> <li>▪ Recruter un psychologue</li> <li>▪ Elaborer le Plan bleu et le PCA sur les bases des documents existants (Gestion des épidémies, alerte cyclonique) et les réactualiser annuellement</li> <li>▪ Poursuivre la sollicitation des établissements et professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et les services d'urgence, afin de parvenir à un réseau formalisé de partenaires</li> <li>▪ Recruter les kinésithérapeutes et orthophoniste</li> </ul> <p><u>Vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la mise en place de temps de coordination entre les différentes équipes</li> </ul>
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le choix de constituer des unités spécialisées en termes de niveaux de handicap et de dépendance afin de permettre une dynamique de « lieu de vie ».</li> <li>▪ Une mutualisation possible des moyens humains sur les différentes unités de vie</li> <li>▪ Un accompagnement et des pratiques bien cadrés</li> <li>▪ Un accompagnement personnalisé au quotidien (selon les capacités, les rythmes, les habitudes,...)</li> <li>▪ Des postures et des pratiques des professionnels de qualité (implication, intérêt manifeste, remise en question des pratiques,...)</li> </ul> <p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des modalités d'accueil et d'accompagnement largement diversifiées et très adaptées aux spécificités et besoins des personnes, avec des objectifs à la fois communs et différenciés</li> <li>▪ Des supports d'activités diversifiés (activités internes / externes, collectives / individuelles, sorties, liens avec des partenaires...</li> <li>▪ L'investissement des professionnels et la mobilisation des compétences en présence (sport, activités culturelles, ...)</li> <li>▪ La satisfaction des familles sur la diversité des activités, dont profitent les usagers</li> <li>▪ Des activités pensées comme des supports éducatifs (et non seulement occupationnelles)</li> <li>▪ Une volonté d'adapter l'accompagnement aux évolutions du public (vieillesse-dépendance, troubles du comportement...) : adaptation des</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des activités paraissant parfois insuffisantes (notamment durant le weekend) au regard des besoins des résidents</li> <li>▪ Une faiblesse du nombre de salles d'activités</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la réflexion amorcée pour organiser d'avantage d'activités, notamment le weekend end, afin de répondre aux besoins de tous les résidents</li> <li>▪ Poursuivre la réflexion amorcée en vue d'optimiser les espaces destinés aux activités</li> <li>▪ Réfléchir à la création d'une Commission activités avec des représentants des résidents afin de creuser les sources d'insatisfaction et d'y apporter des réponses</li> </ul>
--	--	---	---

	<p>objectifs éducatifs aux besoins de chaque population</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une volonté des équipes de donner du sens et de structurer leur accompagnement (réflexion sur les projets d'unités et sur les ateliers, emplois du temps des usagers...)</li> <li>▪ Un accompagnement personnalisé au quotidien (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...)</li> <li>▪ L'organisation d'une Commission festivités environ deux fois par an afin de préparer les grands évènements de l'année</li> </ul>		
--	---	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une implantation qui favorise les liens avec le pôle Sanitaire de l'Est et la clinique Saint Benoit</li> <li>▪ Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, prestataires extérieurs</li> <li>▪ Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats mis en place avec un certain nombre de structures sanitaires et médico-sociales</li> <li>▪ De nombreuses sorties organisées vers l'extérieur et le milieu ordinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un partenariat non formalisé pour la livraison des médicaments</li> <li>▪ Un certain nombre de partenariats non conventionnés ou des conventions qui ne sont plus à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer les interventions bénévoles au sein de la MAS, notamment par la sollicitation d'associations locales</li> <li>▪ Formaliser le partenariat portant sur la livraison des médicaments</li> <li>▪ Conventionner les partenariats existants et veiller à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations réciproques</li> </ul>
<b>Visibilité et perception de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des résidents satisfaits de l'accompagnement proposé au sein de la structure, notamment des activités et de l'ambiance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des familles qui soulignent le manque d'activités le week-end et la volonté d'être plus associées au suivi des rendez-vous médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener une réflexion sur les moyens permettant de proposer davantage d'activités pour les résidents le week-end</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des familles satisfaites de la prise en charge proposées à la MAS et des pratiques professionnelles</li> <li>Des partenaires qui sont satisfaits de leur coopération avec la MAS, grâce à des interlocuteurs identifiés et une bonne communication avec la structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un turnover à la MAS qui peut altérer la continuité du travail partenarial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Davantage associer les familles au suivi des rendez-vous médicaux</li> <li>Etablir des conventions avec les partenaires, encadrant de façon précise les modalités de coopérations</li> </ul>
--	--	--	---

### 5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Processus d'admission et fin d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un processus d'admission structuré et organisé, encadré par une procédure</li> <li>Une démarche pluridisciplinaire, qui intègre plusieurs types de professionnels, et une commission d'admission pluridisciplinaire</li> <li>Une évaluation de l'adéquation du profil de la personne avec les caractéristiques de l'établissement (recueil de données)</li> <li>Une attention portée au consentement de la personne (possibilité de visiter établissement)</li> <li>Des visites organisées à domicile en fonction des besoins de la famille</li> <li>Un parcours progressif avec un accueil séquentiel possible et modulable avant une intégration définitive</li> <li>Des contacts pris avec les établissements d'origine afin de recueillir les éléments liés au parcours des personnes et garantir une continuité de l'accompagnement</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à jour une procédure d'entrée précisant les modalités d'information du personnel et des usagers notamment</li> <li>Systématiser l'organisation d'un temps convivial (pot, repas, goûter) à l'entrée d'un nouveau résident</li> <li>Systématiser le recueil des souhaits des usagers concernant la fin de vie</li> <li>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...)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une bonne organisation de l'accueil de nouveaux résidents (conditions matérielles de l'entrée, information, prise de repères, nomination d'un référent)</li> <li>▪ Une réflexion sur la fin de vie et une procédure formalisée en cas de décès</li> <li>▪ Des équipes formées aux soins palliatifs</li> <li>▪ Un IDE et un médecin formés aux soins palliatifs et à la douleur</li> <li>▪ Une convention passée avec le service de soins palliatifs de Saint-Denis</li> <li>▪ Une fiche « recueil des volontés en cas de décès de la personne accueillie »</li> </ul>		
<p><b>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des projets personnalisés, réactualisé depuis moins d'un an, signés et réalisés 3 mois après l'admission</li> <li>▪ Des modalités d'élaboration des projets sont encadrées par une procédure qui fait référence aux RBPP de l'Anesm</li> <li>▪ Une co-construction du projet avec l'usager ou son représentant légal (recueil des souhaits et restitution du projet)</li> <li>▪ Une démarche coordonnée par le référent et le co-référent et une méthode d'élaboration pluridisciplinaire (réunion de projet)</li> <li>▪ Des outils permettant d'évaluer la situation de chaque usager (GEVA, grille de recueil des souhaits, bilans écrits des professionnels)</li> <li>▪ Des contenus des projets personnalisés pertinents et une trame commune, extraite du logiciel PSI</li> <li>▪ Des projets qui font systématiquement l'objet d'un avenant au contrat de séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des modifications apportées au projet en cours d'année qui ne font pas l'objet d'une traçabilité et une réactualisation formelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une traçabilité formelle des modifications faites au projet</li> <li>▪ Ajouter des indicateurs d'évaluation plus précis à la grille de suivi d'objectifs de façon à objectiver encore davantage la réévaluation des projets</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une réactualisation des projets bien organisée : ces derniers sont réactualisés chaque année conformément à l'obligation légale</li> <li>▪ L'existence d'une grille de suivi d'objectifs opérationnels qui reprend les objectifs opérationnels du projet, les moyens mis en œuvre et un bilan de l'action</li> </ul>		
<b>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des PP qui donnent lieu à des emplois du temps personnalisés</li> <li>▪ Des PP qui sont utilisés comme de véritables outils et permettent une réelle individualisation de l'accompagnement</li> <li>▪ Un respect des habitudes de vie des résidents (heure du lever, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>L'effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un CVS en place, qui fonctionne dans le cadre légal et présente une bonne dynamique</li> </ul>		
<b>La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'expression des usagers prise en compte lors des temps forts et activités de la MAS (thèmes de fêtes, menus de l'activité cuisine thérapeutique...)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Systématiser et tracer le recueil de l'expression des résidents malgré la difficulté que cela représente du fait de leurs faibles capacités orales</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des outils formalisés, diffusés, affichés dans l'établissement et remis dans le cadre de la procédure d'admission et à tout nouveau salarié</li> <li>▪ Des outils conformes</li> <li>▪ Une charte des droits adaptée à la compréhension des usagers (pictogrammes, traduction en créole)</li> <li>▪ Un droit à l'information effectif</li> <li>▪ Un droit la protection pleinement assuré</li> <li>▪ Un droit à l'autonomie respecté et encouragé dans le cadre de l'accompagnement</li> <li>▪ Un droit à l'intimité respecté et une réflexion sur la vie affective et sexuelle des résidents</li> <li>▪ Un droit à la dignité assuré par des équipes bienveillantes et formées</li> <li>▪ Un respect effectif des liens familiaux et amicaux</li> <li>▪ Des résidents dont le droit à la pratique religieuse est respecté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des affichages qui ne sont plus en place à cause des travaux dans l'établissement</li> <li>▪ Des informations pas systématiquement transmises ou adaptées à la compréhension des résidents</li> <li>▪ Des salles de bain communes qui freinent le droit à l'intimité des résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A la fin des travaux, remettre en place les affichages obligatoires</li> <li>▪ Poursuivre l'adaptation des outils à la compréhension des usagers (règlement de fonctionnement notamment)</li> <li>▪ Poursuivre l'accès de l'information de la part des résidents par la mise en place d'outils d'affichage et une signalétique adaptés</li> <li>▪ Poursuivre les réflexions sur des travaux permettant aux résidents de disposer de salles de bain individuelles</li> <li>▪ Proposer aux familles davantage de temps d'expression communs</li> </ul>
<b>Sécurité des lieux et de personnes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, dispositifs de contention en dernier recours</li> <li>▪ Des documents obligatoires à jour et disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux actuellement non-conformes aux règles d'hygiène et de sécurité (avis défavorable de la commission de sécurité en 2010)</li> <li>▪ Les exercices d'évacuation ne sont pas organisés deux fois par an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser la contre-visite de la commission de sécurité dès la fin des travaux</li> <li>▪ Organiser deux exercices d'évacuation par an conformément à la réglementation ;</li> <li>▪ Former chaque année les professionnels à la sécurité incendie</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les professionnels ne sont pas formés chaque année à la sécurité incendie depuis 2013</li> <li>▪ L'absence d'analyses annuelles des légionelles et l'absence de carnet sanitaire</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Joindre la traçabilité de la maintenance des systèmes de climatisation au registre de sécurité</li> <li>▪ Mettre en place le carnet sanitaire et assurer l'analyse annuelle des légionelles</li> </ul>
<p><b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le service responsable et la direction de l'établissement</li> <li>▪ Des normes HACCP effectives sur l'établissement et appropriées par les professionnels</li> <li>▪ Un circuit du médicament globalement sécurisé ;</li> <li>▪ Une permanence de direction assurée en permanence</li> <li>▪ L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour)</li> <li>▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace avec une présence IDE : consignes et procédures formalisées, professionnels formés</li> <li>▪ Une gestion formalisée et effective des remplacements</li> <li>▪ L'existence d'un DLU</li> <li>▪ L'existence d'un DARI, d'un Plan d'alerte cyclonique et d'un plan de gestion des épidémies</li> <li>▪ Des procédures de signalement des événements indésirables mises en place sur l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les locaux de la lingerie ne garantissant pas le respect des normes RABC</li> <li>▪ Une livraison des médicaments de la MAS assurée par la pharmacie hospitalière située non pas dans le GCS Est Réunion, dont fait partie la MAS, mais dans l'hôpital</li> <li>▪ L'absence de Plan bleu et de PCA</li> <li>▪ Des locaux DASRI non sécurisés ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réactualiser les procédures d'entretien des locaux et la traçabilité des actions avec l'équipe d'entretien</li> <li>▪ Former les équipes aux normes RABC et formaliser le circuit du linge (nouveau local RABC prévu dans les nouveaux bâtiments du FAM voisin)</li> <li>▪ Poursuivre les discussions amorcées avec le GCS et l'ARS pour assurer la livraison des médicaments de la MAS en respectant le cadre légal (article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique)</li> <li>▪ Formaliser une convention de partenariat sur la livraison des médicaments en vue de sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la délivrance</li> <li>▪ Sécuriser les DASRI (local prévu dans nouveaux bâtiments du FAM voisin)</li> <li>▪ Elaborer le PCA et le Plan bleu sur la base des Plans épidémique et Plans d'alerte cyclonique</li> <li>▪ Poursuivre l'élaboration des procédures de gestion du risque infectieux et former régulièrement l'ensemble des équipes à la prévention du risque infectieux ;</li> </ul>

<p><b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un dispositif de prévention des risques psychosociaux mis en place : CHSCT au niveau du Pôle, DUERP, disponibilité et communication de la direction</li> <li>▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : fiches de pénibilité, rotation des équipes, mobilité interne possible, dispositif de formation</li> <li>▪ Des entretiens professionnels organisés tous les deux ans</li> <li>▪ Des analyses de pratiques organisées régulièrement jusqu'en 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DUERP peu connu des professionnels, ne prenant pas en compte les risques psychosociaux et à réactualiser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réactualiser le DUERP avec la participation des professionnels et en y intégrant les risques psychosociaux</li> <li>▪ Réorganiser les analyses de pratiques professionnelles</li> </ul>
<p><b>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'établissement</li> <li>▪ Promotion de la bientraitance au cœur du projet (projet d'établissement, ...) et à travers des sensibilisations et formations bientraitance à destination des professionnels de l'établissement</li> <li>▪ Une organisation permettant l'échange sur les pratiques (nombreux temps de réunion et échanges avec l'ensemble des équipes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le numéro national de lutte contre la maltraitance non affiché ni communiqué</li> <li>▪ L'absence de référence aux dispositifs de prévention de la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2</li> <li>▪ L'absence d'une instance de type Commission bientraitance et/ou référents bientraitance pluridisciplinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher et communiquer sur le numéro national 3977</li> <li>▪ Intégrer des références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2</li> <li>▪ Réactualiser les procédures de signalement des événements indésirables et des faits de maltraitance en lien avec les professionnels</li> <li>▪ Mettre en place une organisation spécifique en place sur l'établissement pour promouvoir la bientraitance ou prévenir les risques de maltraitance</li> <li>▪ Réorganiser des analyses de pratiques professionnelles régulières</li> </ul>

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

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

**Le bilan de l'évaluation est très positif** : la MAS de l'Est propose un accompagnement de qualité aux personnes en situation de handicap qu'elle accueille et propose un haut niveau de personnalisation de la prise en charge, formalisée dans les projets personnalisés et mise en œuvre au quotidien. Elle a en effet mis en place une organisation par unités de vie, qui permet de s'ajuster au plus des près des besoins des personnes. Elle a notamment développé une expertise certaine et reconnue dans la prise en charge des personnes cérébro-lésées, polyhandicapées et des personnes avec troubles envahissants du développement. Les équipes, pluridisciplinaires et régulièrement formées, sont très engagées, 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'extérieur. Les activités proposées sont très nombreuses, variées (vie sociale, culturelle, sorties...) et fréquemment réalisées en partenariat avec des institutions ou associations extérieures, donc certaines du milieu ordinaire. Les efforts déployés par l'équipe pour promouvoir l'inclusion sociale des résidents sont à souligner. La formalisation des partenariats permettraient de garantir leur qualité.

Cette dynamique positive est soutenue par un encadrement disponible et impliqué. Elle est citée par les familles et les partenaires comme un point fort de la structure.

Si les locaux de la MAS sont bien entretenus, ces derniers ne permettent pas de proposer une chambre avec salle de bain individuelle aux résidents et souffrent de nombreux écarts par rapport aux normes actuelles d'hygiène et de confort. Face à cela, des travaux et un projet de restructuration sont en cours (notamment au regard de l'installation prochaine du FAM du Pôle dans les locaux voisins de la MAS avec possibilité de mutualiser certains locaux). La mission d'évaluation encourage l'établissement à mener à bien ces travaux et cette restructuration en y associant les usagers, familles, professionnels et partenaires.

Les autres enjeux d'amélioration repérés pour la MAS concernent le recrutement des postes vacants, la stabilisation du personnel ainsi que la poursuite des formations des professionnels sur les pathologies des résidents. Il existe également un enjeu pour l'établissement, au-delà de la spécialisation par unité des professionnels, de maintenir une cohésion générale d'équipe et une bonne transversalité des réflexions. Le projet de restructuration constitue une opportunité à cet égard. On note également, sur la MAS, 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 Comité de veille Qualité en tant qu'instance de suivi de la Démarche d'amélioration continue ainsi que la communication régulière aux équipes et leur implication dans les actions menées vont permettre à la MAS de pérenniser la démarche Qualité engagée.

## 5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
<b>Outils utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée</li> <li>▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)</li> <li>▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...)</li> <li>▪ Visite de l'établissement</li> <li>▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de transmission, temps d'activités</li> </ul>
<b>Modalités d'implication des parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien avec la Direction</li> <li>▪ 13 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels</li> <li>▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (6)</li> <li>▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (4)</li> <li>▪ 3 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires</li> </ul>
<b>Déroulé de l'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de mois : 4 mois</li> <li>▪ 8 septembre : validation du projet évaluatif</li> <li>▪ 22 et 23 septembre 2014 : évaluation sur site</li> <li>▪ 23 octobre 2014 : remise du pré-rapport</li> <li>▪ 5 décembre 2014 : remise du rapport définitif</li> </ul>
<b>Nombre de jours-hommes</b>	2 jours sur site
<b>Date de début et de fin de mission</b>	<i>Septembre 2014 – Décembre 2014</i> (envoi du rapport final)

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

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><b>Globalement, le déroulement de l'évaluation externe était adapté et satisfaisant, nous avons maintenu l'organisation quotidienne habituelle avec les contraintes de fonctionnement du quotidien.</b></p> <p><b>Les entretiens se sont réalisés sur une modalité de confiance et de transparence. C'est une étape intéressante, enrichissante dans la vie institutionnelle. L'évaluation a permis à tout un chacun de s'arrêter, de s'interroger sur son établissement, sur ses pratiques à un moment donné en tenant compte de ce regard extérieur sur nos missions et la qualité du service rendu.</b></p> <p><b>Les évaluatrices se sont parfaitement intégrées au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement, dans une atmosphère détendue.</b></p>	<p>Conclusions rassurantes et qui permettent de se projeter, pour poursuivre l'amélioration de nos prestations et du service rendu.</p>

## 6. Annexes

### 6.1. Contrat



## FONDATION PERE FAVRON

DIRECTION GENERALE  
Service achats

Le candidat remplit un imprimé pour chaque lot et variante

MARCHE DE FOURNITURE

ACTE D'ENGAGEMENT

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

#### ■ Objet du marché :

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

Pour l'ensemble des établissements de la FONDATION PERE FAVRON

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

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

### B - Engagement du candidat.

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

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

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

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire WILLIAM BOTTARO CO GERANT

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

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

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

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

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

SIRET 510 818 065 00029

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

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

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

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

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

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

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

**B3 - Compte (s) à créditer :**

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

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

■ Numéro de compte :

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

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

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

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

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

**B6 - Délai de livraison :**

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

**B7 - Domiciliation :**

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

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

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

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

**La présente offre est acceptée.**

*n: Saint Pierre, le 13 mars 2014*

Signature

*1/0*



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

## 6.2. Composition des équipes



### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

#### Présentation

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

Dotée d'une solide expérience auprès des acteurs du secteur, elle a travaillé à la construction d'entités adaptées aux besoins et au positionnement des structures. Elle réalise l'accompagnement des établissements dans le pilotage des évaluations internes et externes, dans la mise en œuvre de Démarches Qualité adaptées ainsi que dans le contrôle de projets. Concrètement, elle favorise l'efficacité des leviers managériaux sous-tendus par la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue dans les établissements, elle explique le processus et les bénéfices de l'évaluation interne et externe pour l'ensemble des acteurs.

Avant de réaliser plusieurs évaluations d'établissements et services médico-sociaux (intersectoriels), Elodie dispose d'une expertise opérationnelle approfondie du secteur et de ses enjeux.

#### Carrière

- Depuis 2014 : Consultante Sénior EQR
- 2013 : Consultante indépendante Evaluation interne des ESMS
- 2012-2013 : Démarche Qualité Arvaion - Les Pyrénées
- 2010-2012 : Responsable Qualité AIEBH

#### Formation

- Master Spécialisé en Management de la Qualité @PENSIM (Paris)
- Thèse postdoctorale : Mise en place d'une démarche Qualité adaptée au secteur médico-social
- Formation universitaire Intitulé en Sciences sociales (Licence/Master-Doctorat en cours @ITEHSS, Paris)

#### Clients

- Agences publiques nationales (MARS...)
- Associations départementales ou locales (ADAPT 67, ADAPT 68, ADAPT...)
- Entreprises, associations (Association Prévention et Accueil, Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité...)
- Diverses administrations, établissements et services sociaux et médico-sociaux



### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

#### Références

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

- ANPP – Formation en région à la phase de généralisation d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social
- AURELBU – Accompagnement de l'association à l'élaboration du nouveau projet associatif
- ADAPT Haute-Normandie – Accompagnement de l'association à la mise en place de la démarche qualité
- Les Pyrénées – DLRAD (La Ville du Bois, Reims, Reims) : Mise en place de Démarche Qualité, élaboration d'outils
- AIEBH 68 – Mise en place de Démarche Qualité, élaboration d'outils

##### Evaluations internes :

- ANPP – ITP Le Logis – Accompagnement de l'établissement à l'évaluation interne
- ESSAD Océan Santé 78
- Les Pyrénées : DLRAD opération dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (La Ville du Bois)
- AIEBH 68 : Siège Social de l'association, ESAT (Rumoy), ESAT (Reims), Foyer d'hébergement Les Coquelottes (Rumoy), Foyer d'hébergement du Bary (Rumoy), EAPro (Reims), SAVS-SAMSAH (Rumoy)

##### Evaluations externes :

- Association Monsieur Vincent : EHPAD Saint-Vincent et Saint-Maurice (Metz), EHPAD La Chanaye (Aché-sur-Cher), EHPAD Sainte-Hélène (Epinay-sur-Seine), EHPAD Accueil Santé-emploi (Antony-sur-Bois), SSAD de l'Antony-sur-Bois
- Association Partage Accueil : EHPAD « Les Pyrénées » (Metz)
- ASAPEI : Unité de gestion de Florantin (IME Main de Charente), SESSAD Le Loinet, FOT Henri Enguillbert
- ADAPT : ESAT « La Collinette » (Metz)
- AURELBU : Foyer de Vie/foyer d'hébergement La Belle Vie de Pontivy, IME de Humécac, IME de Kerdrin
- Fondation Caisse d'épargne pour la Solidarité : EHPAD « Clairfontaine » (Montail au Vicentin), EHPAD « Hôpital » (Saint-Riquiers)





## Agathe GROS | Consultante

### Présentation

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

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

### Carière

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

### Formation

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

### Clients

- **Ministère de la santé** : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- **Collège national d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)**
- **Agences régionales de santé (ARS)** : Bretagne-Corse, Normandie
- **Collectivités territoriales et leurs regroupements** : communes et intercommunalités (Coculommiers, Canakou, Bourgenneuf, CC Pays d'Arcais...), Pays (Pays Ouest d'Indre), Pays de Gâtine)
- **Établissements de santé**
- **Établissements et services médico-sociaux et leurs gestionnaires** (dans le cadre d'évaluations externes)

## Agathe GROS | Consultante

### Références

#### Évaluation de politiques publiques

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

#### Études stratégiques et territoriales

- **ARS Bretagne-Corse/groupe ETAPES** - Aide sur l'organisation des relations entre les professionnels de santé de ville et d'Espoirs d'Accueil Médicalisés (EAM) ou Maisons d'Accueil Spécialisés (MAS) de la région Bretagne-Corse : réalisation d'un diagnostic organisationnel des structures, entretiens avec les professionnels concernés, formulation de recommandations d'actions et accompagnement dans la mise en place des actions.
- **Mutualité Française Île-de-France (2012)** - étude diagnostique sur l'accès aux droits à la santé des jeunes en Île-de-France : conduite d'entretiens, travaux d'analyse et de synthèse.
- **DGOS** - réalisation d'un benchmark international des pratiques de lutte contre les infections nosocomiales dans le cadre de l'évaluation de l'organisation et des missions des Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCIN) et des Antennes de lutte contre les infections nosocomiales (ALIN)
- **DAT&R** - participation à l'étude pour la certification des territoires en tendon pour l'installation de jeunes médecins : recherches documentaires, analyses et synthèse, travail sur des indicateurs, recensement nationales des pratiques locales innovantes pour améliorer l'attractivité des territoires, réalisation d'une journée de restitution nationale (organisation, réalisation des supports), formalisation de fiches action.

**Références**

**Excellence territoriale**

- > Centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme (88) - Audit des organisations du CHB5 Saint Valéry sur Somme – Pas
- > CH 2H Santé (Cray-sur-Veronne, Mourtha et Moeelle) - Diagnostic interne sur le fonctionnement des services de l'établissement : réalisation d'entretiens, formalisation du diagnostic d'audit et recommandations d'actions

**Établissements territoriaux de santé – mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires**

- > Interventions dans plusieurs missions de mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires : Communes de Bourgneuf (23), Saint-Marc (18), Pays Ouest-Creuse (23) : élaboration de diagnostics territoriaux, réflexion sur la faisabilité du projet avec les acteurs locaux et suivi de projet.
- > EHPAD Tauves (63) - réalisation d'un diagnostic territorial de santé axé sur les besoins des personnes âgées. L'analyse a conduit à la réorganisation des 2 CHPAD de Tauves et de la Tour d'Auvergne.

**Analyses de besoins sociaux**

- > CCAS du Fleisix-Trévis (94) : réalisation d'un rapport de diagnostic sociaux/démographiques, entretiens porteurs et accompagnement du CCAS dans la définition de sa stratégie d'intervention.
- > CCAS de Meulan (92) : réalisation de rapports de diagnostic sur l'analyse socio/démographique du territoire et mise en place de groupes de travail sur différentes thématiques sociales (personnes âgées, jeunesse, précarité) aboutissant à des recommandations d'actions et la création d'un observatoire social.

**Évaluations externes**

<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; EHPAD Jean-Maxet à Etilé (20) (Fondation Calme d'Épange)</li> <li>&gt; EHPAD Saint-Georges de l'Île (Association M. Vincent)</li> <li>&gt; EHPAD Notre-Dame des Apôtres (Association Partage Accueil)</li> <li>&gt; EHPAD Saint-Joseph (Association Partage Accueil)</li> <li>&gt; EHPAD L'Olivier (Association Espérance Accueil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; IME Alain de Charrière (MASPO)</li> <li>&gt; Foyer de vie Englebert (AGART)</li> <li>&gt; EHPAD La Neuvaine (Fondation Calme d'Épange)</li> <li>&gt; IMPro Vieillesse-sur-Creuse (Fondation Léopold Bellan)</li> <li>&gt; CMPS La Neuville (Fondation Léopold Bellan)</li> <li>&gt; Foyer de vie et foyer d'hébergement Les Bruyères (Adapet 22)</li> </ul>
---	---

## 6.3. Calendrier de réalisation



## 6.4. Attestation sur l'honneur

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

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

### 1. Intégrité

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

### 2. Objectivité

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

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

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

A Paris,  
Le 31 juillet 2013,

William BOTTARO, co-gérant

Signature



EQR CONSEIL  
FONDATION PÈRE FAVRON  
PARIS FRANCE



SAS EQR Conseil

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

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