Ligue Havraise

Évaluation externe SAMSAH Le Havre

Rapport

Type d'établissement	SAMSAH
Coordonnées	58 rue du Général Chanzy, 76 600 Le Havre
Numéro Finess	760 016 568

Mai 2019

MAZARS

Sommaire

1. Eléments de cadrage 4
   1.1. Présentation de la Ligue Havraise 4
   1.2. Présentation du SAMSAH de la Ligue Havraise 5
   1.3. Les moyens humains dédiés à l'accompagnement 6
      1.3.1. Organigramme hiérarchique du SAMSAH 6
      1.3.2. L'activité 7
      1.3.3. La population accompagnée 7
      1.3.4. Valeurs et objectifs de l'accompagnement 8
2. La procédure d'évaluation externe 9
   2.1. La démarche 9
   2.2. Sources 10
3. Résultats de l'analyse détaillée 12
   3.1. La stratégie du service 12
      3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement 12
      3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie 14
   3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue 17
      3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne 17
      3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration 17
      3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration de la qualité 18
      3.2.4. Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité 18
   3.3. Le parcours de l'usager 21
      3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil 21
      3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé 22
      3.3.3. La fin d'accompagnement 24
   3.4. La qualité de l'accompagnement proposé 25
      3.4.1. Qualité du cadre de vie 25
      3.4.2. L'accompagnement proposé 25
      3.4.3. La coordination de l'accompagnement 28
   3.5. L'effectivité des droits des usagers 30
      3.5.1. Le respect des droits fondamentaux 30
      3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits 30
   3.6. La prévention et la gestion des risques 32
      3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes 32
      3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail 34
      3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance 34
   3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement 35
      3.7.1. L'inscription de l'établissement dans le territoire 35

3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement 36
3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management 37
3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines 37
3.8.2. Organisation et management 39
4. Synthèse de l'évaluation externe 41
4.1. L'évaluation interne et la dynamique d'amélioration continue de la qualité 41
4.2. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre des projets de service et l'organisation de l'accompagnement des usagers 42
4.3. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique 43
4.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers 43
4.5. La garantie des droits et la politique de prévention des risques 44
5. Abrégé du rapport d'évaluation externe 46
5.1. La démarche d'évaluation interne 46
5.2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM 48
5.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation des projets de service et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers 48
5.4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique 53
5.5. Personnalisation de l'accompagnement 54
5.6. L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers 56
5.7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques 57
5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe 60
5.9. Méthodologie de l'évaluation externe 60
5.10. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe 61
6. Annexes 62
6.1. Contrat 62
6.2. Composition de l'équipe 68
6.3. Calendrier de réalisation 70

1. Eléments de cadrage

1.1. Présentation de la Ligue Havraise

La Ligue Havraise est une **association parentale à l'écoute des familles concernées par la déficience intellectuelle, l'autisme et le handicap psychique.** Fondée en 1958, elle base son action sur 3 principes :

- Rassembler des parents et amis
- Mettre à disposition des établissements et services diversifiés
- Assurer l'avenir de l'association

L'association accompagne **près de 900 personnes avec déficiences intellectuelles** et **près de 1 400 personnes sur les dispositifs d'accompagnement à la vie sociale et de soutien aux projets professionnels**.

Elle dispose des établissements et services suivants, répartis sur 3 pôles sur le territoire havrais[1] :

Pôle enfance

- 1 établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés - les Myosotis
- 1 institut Médicoéducatif -l'Arbre à papillons
- 1 institut médico psychologique - l'Espérance
- 1 institut médico professionnel - La renaissance
- 2 services d'Éducation et de Soins spécialisés à Domicile déficiences et autisme
- Une offre de répit (dispositif expérimental)
- 1 unité d'enseignement maternelle pour enfants autistes

Pôle adulte

- 2 centres d'activité de jour- La Salamandre et Le Perrey
- 2 foyers d'accueil médicalisés – La Salamandre et Le Perrey
- 1 foyer d'hébergement- Edmond Debraize
- 2 maisons d'accueil spécialisées - Le Manoir et les Constellations
- Un accueil de jour en Maison d'accueil spécialisée
- 1 service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
- 1 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Pôle travail

- 1 organisme de placement spécialisé - Cap emploi
- 1 Espace de formation Études - EFELIHA
- Des entreprises spécialisées Vauban
- 2 établissements et des services d'Aides par le Travail – La Lézarde et Porte Océane

Les établissements sont localisés en grande majorité sur la commune du Havre.

Les valeurs de la Ligue Havraise sont centrées sur **la dignité, la tolérance, la solidarité et le respect,** comme souligné dans le projet associatif de la Ligue Havraise (2014-2019) :

- **Le respect de la personne dans toutes ses composantes humaines** (dignité, identité, différence, autonomie...) et de ses droits est un principe fondamental de l'Association.
- **Le dialogue régulier entre la personne, son entourage familial et les professionnels** doit permettre la co-construction d'un projet d'accompagnement, qui tient compte de ses besoins, de ses souhaits, de ses capacités et de ses contraintes et qui tend à promouvoir son autonomie et son épanouissement personnel.

Le projet associatif a fixé les priorités suivantes :

- Être force de proposition auprès des pouvoirs publics et répondre aux appels à projets

[1] Source : livret d'accueil

- Adapter les projets de chacun de nos établissements à l'évolution des publics et aux contraintes économiques et sociales
- Développer le travail interne de concertation entre départements, afin de faciliter le parcours et en permettre également la réversibilité
- Développer le travail en réseau et en partenariat afin de nous appuyer sur les dispositifs de droit commun pour diversifier notre offre de service et répondre aux besoins des personnes accueillies.
- Développer des propositions d'accueil temporaire et d'offre de répit pour les enfants et les adultes.
- Accompagner la fin de vie
- Favoriser le parcours par une meilleure connaissance des dispositifs existants

En 2016, la Ligue Havraise a construit son premier projet stratégique « Horizon 2020 » avec pour principal objectif d'améliorer la qualité de vie et les services des établissements gérés par l'association.

1.2. Présentation du SAMSAH de la Ligue Havraise

Le SAMSAH de la Ligue Havraise a vu le jour en 2005. L'établissement est **implanté sur le territoire du Havre, à proximité des transports en commun et des commerces**. Depuis 2010, il est situé dans ses actuels locaux rue du Général Chanzy, en centre-ville du Havre et à proximité directe d'autres services de la Ligue Havraise.

- **Les missions**

Le SAMSAH accompagne des adultes en situation de handicap nécessitant :

- Une aide et une assistance dans les actes de la vie quotidienne
- Un accompagnement dans les actes de la vie sociale et professionnelle
- Un soutien des relations avec l'environnement humain
- Un suivi éducatif et psychologique
- Un accompagnement médical et paramédical
- Des soins réguliers et coordonnés

Dans le cadre de cet accompagnement, priorité est donnée au maintien et au développement de l'autonomie de personnes accompagnées, au respect de leurs droits fondamentaux, à l'encouragement à l'insertion professionnelle si possible, et à la protection et la sécurité de la personne.

Dans le cadre du **projet de service 2019-2023**, l'établissement s'est notamment fixé comme objectif de **passer d'une logique d'accompagnement à une logique de parcours** afin de mieux adapter son offre à chacun de ses usagers. L'un des grands axes de travail sur les prochaines années sera donc pour l'établissement de s'ouvrir à son environnement et **favoriser le travail avec d'autres acteurs** afin de pouvoir modifier son périmètre d'action assez rapidement et d'assurer la coordination des parcours des personnes identifiées.

- **Autorisation et capacité**

Le SAMSAH a reçu **un avis favorable à son ouverture du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), en date du 9 décembre 2004**. Suite à quoi, il a été **autorisé par la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine Maritime en date du 8 août 2005** pour une **capacité de 15 places**.

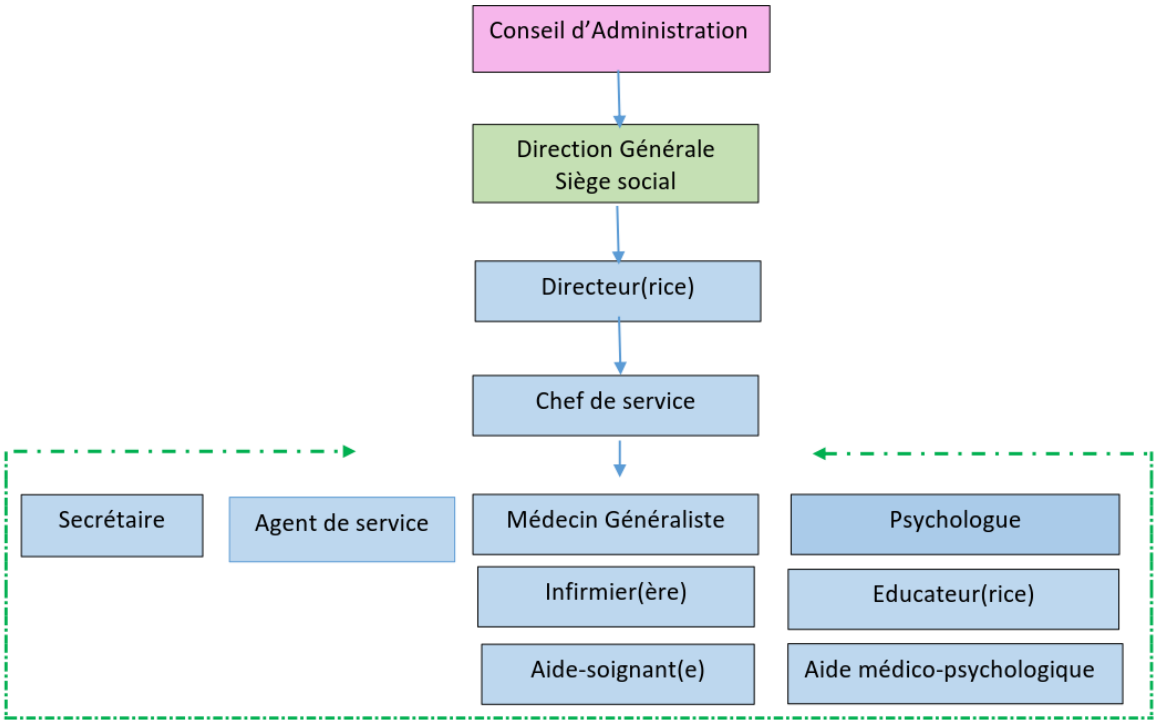
- **L'environnement : la situation géographique**

L'établissement est situé en plein cœur du Havre dans un bâtiment commun avec le SAVS, le SESSAD, Cap'emploi et l'EFELIHA de la Ligue Havraise. Cette localisation lui permet d'être très bien desservi par le réseau de transports du Havre.

1.3. Les moyens humains dédiés à l'accompagnement

1.3.1. Organigramme hiérarchique du SAMSAH

ORGANIGRAMME DU SAMSAH



**Organigramme transmis par le SAMSAH*

Effectifs

	2016	2017	2018
Effectif total	6,49	6,55	5,52
Taux d'encadrement (en ETP par personne accueillie, sur la base de la capacité installée)	0.24	0.262	0.23
Nombre de personnel faisant fonction	0	0	0
Postes sur lesquels sont les faisant fonction	0	0	0
Nombre de stagiaires accueillis	0	0	0
Taux d'entretien annuel réalisé	/	100%	/

**Données transmises par la structure*

1.3.2.L'activité

Sur les trois dernières années, les indicateurs économiques du SAMSAH font apparaître les données suivantes :

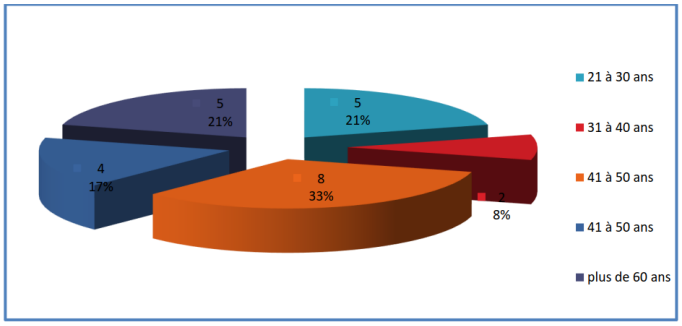
	2016	2017	2018
Budget d'exploitation	330 102	329 351	332 043
Capacité d'accueil autorisée	15	15	15
Capacité installée	27	25	24
Nombre de journées budgétées	3795	3765	3780
Nombre de journées réalisées	6831	6275	6048
Taux d'occupation	180%	166,66%	160%

**Données transmises par la structure*

1.3.3.La population accompagnée

Quelques chiffres sur la typologie du public sont énoncés dans le rapport d'activité du CA 2017. L'établissement accueille 54% de femmes et 46% d'hommes.

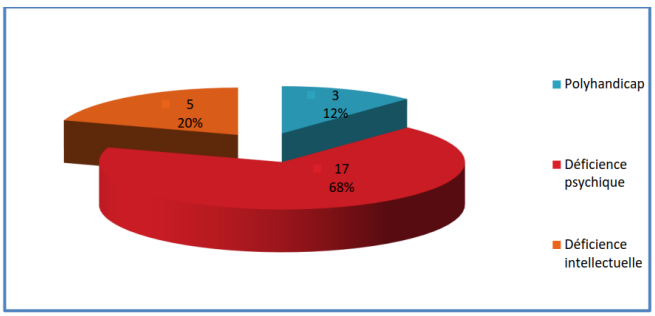
Répartition par âge des personnes accueillies



Les personnes accueillies dans le cadre de la structure ont 21 ans et plus. La moyenne d'âge est de 47,58 ans.

Nature du handicap principal

L'admission de nouveaux bénéficiaires requière une décision sur une durée limitée de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). L'accompagnement cible les personnes adultes en situation de handicap, moteur et/ou avec une déficience intellectuelle et/ou avec un handicap psychique. Le public accompagné est en grande majorité principalement porteur de déficiences psychiques (68% du public accueilli). 20% des personnes accueillies ont pour handicap principal les déficiences intellectuelles et 12% sont polyhandicapés.



Les personnes sont principalement célibataires mais 4 des 20 personnes accompagnées sont en couple. La majorité est sans emploi (12 personnes) invalide (1) ou retraitée (5) mais 3 sont accompagnées à temps partiel dans le cadre d'un ESAT.

Les populations accompagnées rencontrent de grosses problématiques d'addiction, notamment à l'alcool. Selon l'évaluation interne effectuée en 2016, 7 personnes sur les 17 accompagnées étaient sujettes à une addiction à l'alcool, 5 au tabac, 3 aux médicaments et 2 aux drogues.

Présentation des profils accompagnés entre 2016 et 2018

	2016	2017	2018
Moyenne d'âge des usagers accueillis	46,57	47,58	50,25
Nombre de femmes	12	13	15
Nombre d'hommes	11	11	9
Durée moyenne de séjour (en années)	4,22	3,5	3,96
Nombre d'entrées réalisées	9	4	7
Nombre de sorties sur l'année écoulée	4	4	7
dont réorientation	0	1	2
dont décès	1	0	1
autres	3	3	4

*données transmises par la structure

1.3.4. Valeurs et objectifs de l'accompagnement

Comme indiqué plus haut, la Ligue Havraise fonde son accompagnement sur un socle de valeurs que sont **la dignité des personnes, le respect, l'acceptation de la différence, la tolérance et la solidarité.**

Le SAMSAH respecte ces valeurs et les intègre dans ses pratiques en répondant aux principes éthiques et déontologiques suivants :

- Le respect de la personne, de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité
- Le libre choix des prestations adaptées qui lui sont offertes
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son autonomie et son insertion
- Le respect de son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché
- La confidentialité des informations relatives à l'accès de la personne à toute information ou document concernant sa prise en charge
- La participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet personnalisé qui la concerne.

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/HAS, 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 ;
- visite sur site, étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

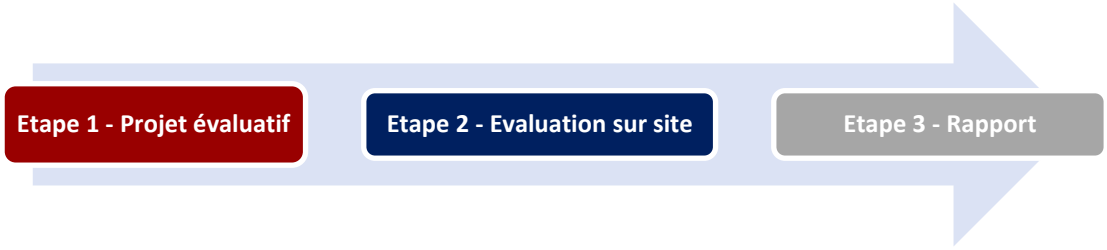
La circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 vient compléter le décret de 2007 en détaillant notamment le cadre du rapport d'évaluation externe et en précisant le calendrier des évaluations externes.

2.1. La 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 s'est déroulée de **février à mai 2019.** L'évaluation sur site a eu **lieu le 20 mars 2019**. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final au mois de mai 2019.

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



Etape 1 : Le projet évaluatif

Elaboré par le cabinet Mazars Santé 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 sur site avec les professionnels suivants :
  - La directrice
  - La cheffe de service
  - La psychologue
  - La secrétaire
  - L'aide-soignante *(AS)*
  - L'aide médico-psychologique *(AMP)*
  - L'éducatrice coordonnatrice
- Des temps d'observation d'activités organisées dans la structure : atelier cuisine, repas avec les usagers
- Des entretiens téléphoniques avec les professionnels indisponibles au jour de la visite :
  - L'infirmière coordinatrice
  - L'agent de service
- Des entretiens téléphoniques avec les partenaires suivants :
  - Le Centre Maurice Begouen Demeaux
  - Le SAAD DYNAMIK 76
  - Le cabinet médical des Hallates
  - Le SAAD UNA
- Des entretiens téléphoniques avec un proche d'une personne accompagnée par le SAMSAH :
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité, DUERP, etc.

- **Etape 3 : le rapport**

Il fait l'objet d'un pré-rapport, composé d'une synthèse et d'un abrégé, indiquant des propositions d'améliorations et préconisations, transmis à la direction le 3 mai 2019 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 29 mai 2019.

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

2.2. Sources

Les recommandations transversales

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009)

- Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap (janvier 2018)

Les recommandations spécifiques à la structure évaluée

- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (janvier 2010)
- L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juillet 2013)
- Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (janvier 2015)
- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (mars 2015)
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (mai 2016)
- Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses (décembre 2016)
- Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte (mars 2018)

La réglementation applicable à la structure évaluée

Les principaux textes applicables aux établissements hébergeant des personnes handicapées :

- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Décret du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ;
- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Décret 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.
- Loi du 1er janvier 2016 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

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 d'établissement

La démarche d'élaboration du projet[2]

Le SAMSAH dispose d'un projet de service actualisé pour la période 2019-2023.

L'élaboration et la réactualisation du projet de service s'est faite de manière pluridisciplinaire, en sollicitant l'ensemble des membres de l'équipe du SAMSAH dans le cadre de réunions qui ont rythmé une partie de l'année 2018. La cheffe de service a reçu l'appui de la Direction Générale afin de rédiger le projet.

Le projet de service a été présenté aux professionnels pour compléments le 23 janvier 2019. Il a été présenté et approuvé par le Conseil d'Administration le 20 mai 2019.

Les bénéficiaires et les partenaires n'ont en revanche pas été sollicités au cours de la démarche.

La mission recommande au service d'associer les bénéficiaires et les partenaires dans le cadre de sa prochaine l'actualisation du projet de service.

Pour ce qui est du projet de service actuel, il s'agira de :

- Réaliser une traduction FALC du projet afin de communiquer un document plus facile à lire et à comprendre pour les personnes accompagnées et même le reste des interlocuteurs ;
- Présenter le projet de service au prochain groupe d'expression des bénéficiaires ;
- Présenter le projet de service aux partenaires ;
- Mettre le projet de service traduit en FALC à disposition dans la salle d'accueil du SAMSAH.

L'exhaustivité des éléments de contenu au regard de la règlementation en vigueur et de la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM / HAS

Etabli pour une durée de cinq ans conformément à l'article L.311-8 du CASF, le projet de service du SAMSAH constitue un cadre de référence structuré. Prenant appui sur la trame proposée par la Ligue Havraise, il intègre la plupart des éléments exigés par la réglementation et figurant dans la recommandation de bonne pratique professionnelle (RBPP) de l'ANESM/HAS :

- Une présentation du service (statut juridique, cadre légale et missions), l'histoire et les valeurs de l'organisme gestionnaire et de l'établissement de rattachement ;
- Les principales caractéristiques et spécificités du public accueilli, ainsi que les évolutions attendues ;
- Les principes d'intervention du service tout au long de l'accompagnement proposé, depuis l'admission jusqu'à la sortie ;
- L'offre de service ;
- Les modalités de personnalisation des projets ;
- Les modalités d'organisation et de fonctionnement du service ;
- Les ressources humaines et compétences mobilisées pour la réalisation des missions du service ;
- Les droits des bénéficiaires ;
- Les relations avec les proches ;
- Les modalités d'expression et de participation des bénéficiaires ;
- Enfin, les perspectives d'évolution et de développement ainsi que les modalités de suivi du plan d'action.

[2] Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM/HAS, janvier 2012

Quelques points auraient toutefois pu venir compléter le projet de service, conformément à la RBPP de l'ANESM/HAS :

- L'inscription du service dans les orientations des politiques publiques locales est précisée en page 3 mais gagnerait à être davantage décrite ;
- La démarche qualité est évoquée en page 28/29 mais aurait également mérité d'être davantage explicitée, notamment sur la gestion des réclamations et des évènements indésirables ;
- La promotion de la bientraitance est évoquée dans le même chapitre que la démarche qualité, mais mériterait d'être explicitée, en particulier la manière dont elle est déclinée de manière opérationnelle sur le service ;
- La mise en valeur de la présentation de l'équipe (compétences et ETP).

La mission recommande ainsi au service de compléter son projet de service afin de préciser ces points.

Forme et structuration du projet de service

La structuration du document est claire et cohérente. La précision, en première page, de sa période de validité permet de se situer dans le temps.

La mise en forme du document est relativement simple (styles, éléments de présentation). Le plan du projet permet une bonne progressivité dans la lecture.

La taille du document (48 pages) est en revanche éloignée des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS, qui préconise une trentaine de pages.

Quelques photos ou illustrations pourraient éventuellement agrémenter davantage le document et venir synthétiser certaines parties.

La mission recommande au service, lors de l'actualisation de son projet, de :

- Réduire la taille du document pour atteindre une trentaine de pages, en particulier en insérant des schémas synthétisant certaines idées ;
- Illustrer davantage le document afin d'en favoriser l'appropriation par tous.

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

Le rôle de pilotage que doit jouer le projet de service dans l'accompagnement au quotidien proposé par l'équipe ainsi que dans la démarche d'amélioration continue de la qualité est bien identifié par la direction et l'encadrement du SAMSAH. En revanche, il n'a pas été constitué de comité de pilotage en charge du suivi et de l'actualisation à venir du projet.

Les fiches actions en fin de projet n'ont pas encore été saisies dans le plan d'action global du service sur Ageval.

L'appropriation du projet par les équipes interrogées apparaît bonne, le document faisant sens et étant en lien direct avec les réalités de terrain rencontrées par les professionnels.

La mission d'évaluation encourage le service à :

- Saisir les fiches action dans le plan d'action global du service sur Ageval, pour une bonne mise en cohérence et un bon pilotage du service ;
- Présenter le projet à tout nouveau salarié pour une bonne appropriation lors de sa prise de poste ;
- Mettre en œuvre une instance pluridisciplinaire de pilotage, en charge de l'actualisation du projet de service.

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 service est en pleine **cohérence avec les orientations et valeurs de la Ligue Havraise**, précisées dans le corps du document, en particulier par les références au projet stratégique « Horizon 2020 » de la Ligue Havraise. Les axes stratégiques de la Ligue Havraise sont rappelés en page 6 ; ils ont un écho dans le reste du document, notamment dans la partie « démarche qualité et bientraitance », qui évoque la qualité de vie au travail.

En revanche, il n'est pas fait de lien explicite entre les axes stratégiques de « Horizon 2020 » et leur déclinaison opérationnelle dans le SAMSAH.

En outre, le projet de service n'a pas encore été soumis au Conseil d'Administration pour validation (absence de date sur la première page du document).

La mission invite le service à :

- décliner de manière opérationnelle les axes stratégiques d'« Horizon 2020 » dans son propre projet de service ;
- faire valider son projet de service par le Conseil d'Administration de la Ligue Havraise.

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

Le SAMSAH s'inscrit dans le cadre des missions définies par le CASF et le décret du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Il rend effectif au quotidien le maintien du lien social et la veille sanitaire en :

- Soutenant l'autonomie de la personne ;
- Proposant un accompagnement global et adapté ;
- Facilitant la coordination des soins médicaux et paramédicaux en milieu ouvert ;
- Valorisant l'estime de soi ;
- Tenant compte de l'environnement social, familial et professionnel ;
- Apportant un soutien dans la vie quotidienne ;
- Favorisant l'inscription dans la vie sociale.

Le service est en parfaite adéquation avec l'esprit du décret de 2005, permettant un soutien en milieu ouvert fondé sur la promotion de l'autonomie : la protection liée à la vulnérabilité ne doit pas être un frein à la prise d'initiative de l'adulte accompagné ; les risques sont évalués et mesurés en équipe pluridisciplinaire.

Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, le service organise et met en œuvre les prestations suivantes, délivrées à domicile, dans ses locaux ou tout autre lieu choisi par l'adulte accompagné :

- L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- L'identification du soutien à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants, dont la coordination des soins et des acteurs de santé ;
- Un accompagnement dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion.

Le projet est globalement en adéquation avec les orientations des politiques publiques et en particulier avec le Projet régional de santé Normandie 2018-2022 et le Schéma départemental de l'autonomie de la Seine Maritime qui ont notamment pour objectif convergent de faire bénéficier aux personnes accompagnées d'un parcours de vie et de santé sans rupture, une réponse adaptée pour tous.

Le document fait explicitement référence à ces orientations mais la mission d'évaluation considère que le service aurait pu développer de manière plus précise ces orientations des politiques publiques.

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

Les projets et les dispositifs d'accompagnement du SAMSAH sont globalement en adéquation avec les besoins des publics accompagnés :

- Le dispositif proposé par le service est bien en conformité avec ses missions en tant que SAMSAH permettant d'accompagner les usagers sans se substituer aux professionnels de soin et du champ social, afin à la fois d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement et d'organiser les relais vers les dispositifs de droit commun dans la perspective de la fin de l'accompagnement par le service. Le SAMSAH travaille en particulier de plus en plus auprès de travailleurs d'ESAT ;
- Un accompagnement personnalisé, constitué principalement de suivis individuels mais également de quelques temps collectifs, qui respectent les choix de vie et parcours des bénéficiaires (intervention à domicile, dans les locaux du SAMSAH, accompagnement à des rendez-vous médicaux extérieurs, etc.) ;
- Une équipe pluridisciplinaire qui intervient en bonne complémentarité ;
- Des temps de réunion hebdomadaires qui permettent une bonne transmission de l'information ;
- Le dispositif s'inscrit également dans une dynamique permanente d'adaptation aux besoins des personnes accompagnées (réflexions en cours sur les problématiques d'addictions et de troubles psychiques) ;
- La mise en œuvre effective du projet personnalisé, la bonne structuration d'accompagnement et la bonne coordination des acteurs autour de la situation de chaque bénéficiaire permettent un accompagnement adapté aux besoins.

Cependant, un certain nombre de professionnels ont pu soulever leur manque de formation face au public addict.

Par ailleurs, dans le cadre du CPOM, le diagnostic effectué et partagé avec l'autorité de tarification et de contrôle révèle un besoin, sur le territoire, de prise en charge de personnes atteintes de maladies rares et cérébrolésées. Le SAMSAH se prépare d'ores et déjà à répondre à ce nouveau besoin.

La mission d'évaluation repère donc un enjeu de formation de l'équipe sur les conduites addictives afin d'adapter les compétences des professionnels et d'anticiper ce qui semble être une tendance confirmée d'augmentation du nombre de personnes prises en charge avec ces problématiques.

De plus, dans le cas où des personnes atteintes de maladies rares ou cérébrolésées seraient accueillies, un enjeu clair de formation en amont est détecté.

Le service répond globalement aux besoins du territoire :

Les 15 places autorisées sont pourvues : le SAMSAH a instauré un fonctionnement **en file active depuis 2015.** Cela signifie qu'il suit un plus grand nombre de personnes que le nombre de places agréées. 24 personnes en tout étaient ainsi accompagnées en 2018. L'objectif cible indiqué dans le Projet Régional de Santé Normandie est une file active comprise entre 1,3 et 1,8 personnes.

Le taux d'occupation est de 160 % en 2018.

La liste d'attente n'est en revanche pas garnie. Ceci s'explique certainement par le manque de visibilité du service et la méconnaissance de ses missions par l'extérieur. Il est **insuffisamment repéré par les acteurs** et notamment les orienteurs, avec la complexité d'une multiplicité d'acteurs ayant des rôles assez proches : SAVS, SSIAD, etc.

La mission d'évaluation considère donc qu'il existe un enjeu fort de renforcer la communication sur le rôle et les missions du SAMSAH à destination de tous les partenaires et intervenants, et autour du projet global de la personne.

Les horaires d'ouverture ne semblent en revanche pas correspondre aux besoins des personnes accompagnées, qui souhaiteraient pouvoir contacter ou être accompagnées par le SAMSAH sur des plages horaires plus large ; l'équipe de direction est en cours de réflexion sur ce sujet.

La mission d'évaluation l'encourage à prendre une décision quant à ces horaires d'ouverture élargies, dans le courant de l'année 2019.

Sur le plan des moyens humains, le service apparait bien doté, avec un total de 5,52 ETP. Pendant plusieurs mois, l'absence de directeur a cependant ralenti l'avancée des différents projets du SAMSAH.

Afin de répondre aux besoins du service, l'équipe est à ce jour composée de :

- Un directeur à 0.33 ETP
- Une cheffe de service à 0.50 ETP
- Une Infirmière à 0.85 ETP
- Une référente socio-éducative à 1 ETP
- Une Psychologue à 0.09 ETP
- Une aide-soignante à 1 ETP
- Une aide médico-psychologique à 1 ETP
- Un agent de service à 0.16 ETP
- Une secrétaire à 0.40 ETP
- Un médecin généraliste à 0.10 ETP.

Certains postes sont mutualisés avec les autres services de la Ligue Havraise, notamment le poste de Directeur et de cheffe de service.

A date d'évaluation externe, le poste de médecin (0.04 ETP) prévu dans les ETP théoriques n'est pas assuré de façon satisfaisante, le médecin de se déplaçant pas à la rencontre des bénéficiaires. Il est une personne ressource en cas de situation très particulière ou à risque, mais la situation ne semble pas totalement satisfaisante.

La mission d'évaluation encourage le SAMSAH à poursuivre les actions en vue de faire intervenir de manière plus sécurisée les compétences d'un médecin.

De plus, un petit temps de médecin psychiatre mutualisé pourrait permettre au SAMSAH d'avoir un avis expert sur certaines situations complexes.

A noter que le service devrait bénéficier des fonctions mutualisées de la Ligue Havraise, en particulier sur les postes récemment recrutés de médecin coordonnateur et de référent soins.

Par ailleurs, le service peut compter sur les fonctions supports de la Ligue Havraise : direction des ressources humaines, direction administrative et financière, direction des achats, direction logistique, service de gestion de la communication et de l'information, direction générale adjointe également en charge de la qualité.

Sur le SAMSAH, l'équipes est en tout cas pluridisciplinaire, conformément au décret n°2005-223 du 11 mars 2005 qui encadre les SAMSAH : *« Les prestations du SAMSAH sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes ».*

La localisation du SAMSAH apparait pertinente : les locaux sont situés à une dizaine de minutes du centre du Havre. Les personnes accompagnées peuvent venir facilement au service et profiter des services de la ville, notamment grâce au service de transport « Mobifil ».

Au plan des moyens matériels, le SAMSAH apparaît correctement équipé, hormis pour les locaux qui ne sont pas adaptés en termes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, puisque certains bureaux sont situés à l'étage et que les locaux ne sont pas dotés d'ascenseurs. Des solutions sont trouvées pour recevoir les

personnes accompagnées au rez-de-chaussée. Elles peuvent être reçues en individuel et en collectif, bureaux et salle de réunion existent, et une cuisine permet un accueil des activités culinaires.

Le service dispose par ailleurs de 4 véhicules dont un PMR.

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

L'évaluation interne du SAMSAH a été réalisée en 2016, suite à l'acquisition par La Ligue Havraise du logiciel Ageval en début d'année.

Le SAMSAH étant composé d'une petite équipe, la démarche a été participative et pluridisciplinaire, proposant à la majorité des professionnels de s'exprimer sur chaque domaine d'évaluation. Elle s'est appuyée sur :

- La constitution d'un comité de pilotage, avec la présidente de l'Association, un usager du SAMSAH, un professionnel (AS) du SAMSAH, la directrice et la cheffe de service ;
- La mise en place de 10 réunions pluridisciplinaires hebdomadaires (tous les jeudis de 13H30 à 15H30) ;
- Le recueil de l'avis d'un bénéficiaire, choisi en réunion d'équipe, pour ses capacités intellectuelles et d'échanges lui permettant de comprendre la démarche et de s'exprimer à son sujet ; il a collaboré activement aux comités de pilotage.

En revanche, les partenaires n'ont pas été associés à la démarche.

L'établissement s'est appuyé sur un référentiel validé par la Direction Générale de la Ligue Havraise. Celui-ci a été construit en fonction des spécificités de l'accompagnement proposé en SAMSAH, du public accueilli et s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS. Il se compose de 10 domaines, 42 critères, couvrant au total 120 questions.

Les 10 domaines évalués sont les suivants :

- L'accueil
- Le respect des droits
- L'accompagnement
- Le cadre de vie
- La prévention et la gestion des risques
- Les réseaux
- Le management
- Les outils de la loi 2002-2

Le rapport d'évaluation interne a été validé par le Conseil d'Administration de l'Association et transmis aux autorités de tarification et de contrôle. Les résultats globaux de l'évaluation n'ont pas été présentés au CVS.

La mission souligne la bonne dynamique autour de l'évaluation interne. Toutefois, elle recommande au service pour la prochaine évaluation interne d'associer les principaux partenaires et de profiter de la petite taille du service pour véritablement associer TOUS les professionnels, sans exception. Les résultats devront aussi être présentés aux bénéficiaires.

3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

Suite à la réalisation de l'évaluation interne, un plan d'actions a été élaboré par le SAMSAH, sur le logiciel Ageval. Ce plan d'actions sera par la suite le plan d'actions global de l'établissement, pas seulement issu de l'évaluation interne.

Il est décliné de façon opérationnelle et comprend les items suivants :

- Objectifs
- Thèmes
- Sources (peut donc être identifiée là l'évaluation interne, comme toute autre source)
- Responsable de l'objectif
- Echéance
- Priorité
- Etat d'avancement

Le dimensionnement du plan est adapté au SAMSAH. Les actions identifiées sont pertinentes : projets personnalisés et outils de la loi 200-2 (projet de service en particulier), procédure d'admission, bientraitance, gestion des risques et démarche qualité (traçabilité, enquête satisfaction), etc.

Des fiches-actions détaillées ont été formalisées et apparaissent dans le rapport d'évaluation interne.

Les résultats de l'évaluation interne, ainsi que le plan d'actions ont été présentés à l'ensemble des salariés.

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

Le suivi du plan d'actions est assuré par l'équipe de Direction. Un suivi du plan d'actions est également assuré chaque semestre, puisqu'il est présenté au Conseil d'Administration de la Ligue Havraise.

Cependant, en l'absence de Direction pendant plusieurs mois, le suivi en interne, au sein du SAMSAH, n'a pu être optimal et un retard s'est fait sentir dans la mise en œuvre de certaines actions issues de l'évaluation interne.

Le service s'applique cependant à indiquer le suivi du plan d'actions dans chaque rapport d'activité. Pour ce qui est du rapport d'activité 2017, par exemple, il a été précisé que :

- Le projet de service, qui était une des actions clé repérée lors de l'évaluation interne, était en cours d'élaboration ;
- Le système d'informations a été refondu (avec l'arrivée d'IMAGO, en particulier) ;
- Le service a participé à la campagne de l'ANAP (tableau de bord).

Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre du plan d'actions.

Pour ce qui est du suivi, l'équipe de direction constate qu'il serait pertinent de définir et suivre quelques indicateurs pertinents pour juger de l'amélioration de la qualité des prestations rendues.

La mission d'évaluation invite le service à :

- Prévoir une instance, même rétrécie, chargée du suivi et de l'actualisation du plan d'actions, en déterminant une périodicité ;
- Communiquer régulièrement auprès des professionnels sur la mise en œuvre du plan d'actions afin que cela soit source de motivation et de valorisation du travail effectué ;
- Définir et suivre quelques indicateurs qualité pertinents.

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

Le pilotage de la démarche qualité

Le SAMSAH s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de l'accompagnement proposé. Le service est de petite taille et la démarche qualité est pilotée et suivie par l'équipe de direction. **Ce pilotage semble adapté et pertinent.**

Le soutien de la Directrice Générale Adjointe de la Ligue Havraise s'est avéré très important en l'absence de direction sur le SAMSAH.

L'appropriation par les professionnels de la démarche qualité est plutôt bonne. Ils ont, pour la plupart, tous connaissance du plan d'actions et de sa mise en œuvre.

La mission recommande au service de continuer à communiquer régulièrement auprès des équipes sur la démarche d'amélioration de la qualité et de les impliquer dans les actions les concernant.

Le recueil de la satisfaction des usagers

Le recueil de la satisfaction des usagers existe sur le SAMSAH par différents moyens :

- Les groupes d'expression des usagers, accessibles à tous les bénéficiaires et organisés 1 fois par trimestre ; ils sont supervisés par un professionnel, mais l'expression des usagers est très libre ;
- Les échanges réguliers entre les bénéficiaires et les professionnels qui favorisent également le recueil de l'avis des personnes au quotidien ; en particulier, une fois par mois, la référente éducatrice voit les personnes à leur domicile ou au SAMSAH et ce temps d'échanges permet de recueillir leur avis sur tous les sujets ;
- Les réunions projets personnalisés, qui permettent aux bénéficiaires d'exprimer leurs satisfactions et insatisfactions.

L'incitation à la participation à deux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) présents au Havre a existé mais les usagers n'ont pour l'instant pas accroché avec ces groupes. La mission d'évaluation reconnait là une très bonne initiative et invite le service à persévérer dans cette incitation.

Il n'existe pas de registre ou de fiche de plainte ou réclamation à disposition des usagers et de leurs proches et aucune enquête satisfaction n'a été menée en 2018.

La mission recommande au service d'élargir les possibilités de recueil de la satisfaction des usagers, et en particulier de :

- Mettre en place une enquête de satisfaction annuellement, à destination des usagers, adaptée en FALC, qui porterait notamment sur les thématiques suivantes : la santé, la vie quotidienne, la vie pratique, la vie sociale, les professionnels et leurs interventions, l'autonomie du bénéficiaire ;
- Mettre en place une enquête de satisfaction annuellement, à destination des proches ;
- Mettre en place une procédure et un système de gestion des plaintes et réclamations.

La gestion documentaire

Le système documentaire se structure autour d'un dossier usager dématérialisé sur le logiciel IMAGO et d'un dossier commun informatique accessibles à tous les professionnels selon des droits d'autorisation.

IMAGO rassemble :

- les dossiers administratifs des usagers (tous les documents y sont scannés, y compris le DIPC) ;
- les éléments de connaissance de la personne ;
- le projet personnalisé ;
- le journal de l'usager, avec le planning d'activités et de rdv, y compris pour les interventions extérieures
- les informations diverses
- le suivi des soins.

Le logiciel est bien renseigné et intuitif.

Certaines procédures ont pu être consultées, à titre d'exemple la procédure d'admission (créée en 2017), la procédure de consultation et d'accès au dossier de l'usager (créée en 2016), la procédure de déclaration et de gestion des évènements indésirables (créée en 2015, révisée en 2017), le protocole de signalement des évènements indésirables graves à l'ARS.

Certains documents sont également regroupés au sein d'un classeur papier et sont globalement connus des professionnels interrogés : le projet de service, les arrêtés d'autorisation, les rapports d'activités, les procédures principales, les outils de la loi 2002-2, le livret d'accueil des nouveaux salariés.

La mission d'évaluation note la bonne dynamique qui entoure la structuration de la gestion documentaire et une très bonne appropriation du logiciel IMAGO de la part des professionnels qui, globalement, considèrent ce logiciel comme une véritable aide au quotidien. Plusieurs professionnels indiquent que le logiciel leur permet de structurer leurs propos et de communiquer les informations plus facilement avec l'ensemble de l'équipe.

La mission d'évaluation note le travail de formalisation et de mise à jour des documents.

Elle encourage l'établissement à :

- poursuivre dans la dynamique d'actualisation des procédures et protocoles ;
- travailler une procédure de gestion des risques lors des interventions à domicile ;
- scanner les actualisations des projets personnalisés sur IMAGO.

La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS sont mises à disposition des professionnels, dans l'armoire du bureau de la cheffe de service. Ce lieu ne semble pas idéal pour consulter facilement les recommandations.

Le siège de la Ligue Havraise envoie également régulièrement des veilles sur le serveur commun, qui permettent de mettre à jour certaines connaissances notamment issues des recommandations de bonnes pratiques.

Les recommandations sont utilisées par le service lors de ses différentes démarches institutionnelles (projet de service, évaluation interne, projet personnalisé, etc.).

Les professionnels rencontrés sont sensibilisés aux grandes notions des recommandations de bonnes pratiques (projet personnalisé notamment) et les temps de réunion permettent d'échanger sur les situations. **Cependant, ils ont du mal à raccrocher le contenu des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à leurs pratiques quotidiennes, par manque d'appropriation.**

En effet, il n'existe **pas de rappels réguliers formalisés** et spécifiquement dédiés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La mission encourage l'établissement à :

- mettre en place des temps de sensibilisation dédiés aux recommandations de bonnes pratiques, de façon à permettre une bonne appropriation par les professionnels ;
- mettre les recommandations de bonnes pratiques dans un lieu qui permette un accès plus facile par l'ensemble des professionnels.

3.3. Le parcours de l'usager

3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

Accueil physique et téléphonique

Un accueil physique et téléphonique est proposé dans l'établissement :

- du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30

L'accueil téléphonique est assuré par le secrétariat du SAMSAH qui se situe au premier étage de l'établissement. La secrétaire s'occupe du standard pour le SAMSAH et le SAVS sur 0,7 ETP. Les appels sont transférés par la secrétaire à l'équipe si besoin. Tous les messages qui nécessitent une réponse ou une prise en connaissance des membres de l'équipe sont notés sur IMAGO qui est régulièrement consulté par les professionnels. Un répondeur permet de réceptionner les messages en l'absence de la secrétaire qui en prend connaissance à son retour au bureau.

La secrétaire peut également assurer un accueil physique mais la disposition de son bureau ne facilite pas la réception de nouveaux visiteurs. **Les visiteurs sont généralement accueillis par le secrétariat de Cap' Emploi** situé à côté des portes d'entrée. La secrétaire de Cap' Emploi réoriente les visiteurs vers les différents services et vers la secrétaire du SAMSAH pour toutes les questions administratives. **Les locaux n'étant pas adaptés aux normes PMR**, certains bureaux sont inaccessibles pour des visiteurs à mobilité réduite (bureau de la secrétaire, de la cheffe de service, de la psychologue à l'étage) ; les professionnels de l'équipe peuvent alors descendre pour assurer un accueil au rez-de-chaussée où des salles peuvent être mises à disposition pour recevoir les visiteurs.

Une salle d'attente est accessible à l'entrée de l'établissement avec des prospectus et documents informatifs sur la Ligue Havraise et différents dispositifs médico-sociaux disponibles sur le territoire.

La mission note que les visiteurs et personnes appelant le SAMSAH sont orientés vers les personnes de manière adéquate et que l'information transmise est de qualité.

Les conditions architecturales des locaux ne permettent pas un accueil optimal des visiteurs ; cependant l'équipe s'adapte à ces conditions afin de réceptionner au mieux les personnes se rendant dans l'établissement.

Procédure d'admission

Le processus d'admission et d'accueil d'un nouveau bénéficiaire est décrit dans le projet de service. Une procédure formalisant les modalités d'admission permet une mise en œuvre clair, progressive et bien structurée du processus :

- Dès réception d'une notification MDPH envoyée par un mandataire, une assistante sociale ou un hôpital, la secrétaire du SAMSAH transmet en retour un dossier de préadmission ; puis, une fois complété, elle intègre le dossier de la personne à l'outil IMAGO sur la liste d'attente pour intégrer la structure. Si l'orientation ne correspond pas à l'établissement, la personne est rappelée et réorientée.
- La secrétaire informe ensuite la cheffe de service à l'oral des nouveaux dossiers reçus. Si l'établissement dispos de places, la cheffe de service prend rdv avec l'usager ou son mandataire si la personne est protégée, et se rend ensuite au domicile de la personne pour identifier d'éventuels besoins. Elle peut être accompagnée par l'IDE si la personne a des besoins médicalisés, ou par la référente socio-éducative.
- La demande d'admission, si confirmée suite au premier RDV, est ensuite présentée à la commission d'admission qui se tient de manière hebdomadaire avec la Directrice, la cheffe de service, les membres de l'équipe éducative et soignante et la psychologue, au cours de la réunion du mercredi matin. La commission émet alors soit un avis favorable à l'admission soit un refus motivé. La Directrice prononce ensuite la décision d'admission ou de refus clairement motivée (contre-indication médicale, infrastructure inadaptée, localisation géographique…).

- Si la personne est acceptée dans le service, un entretien avec la cheffe de service est organisé avec l'usager et son mandataire et l'assistante sociale de la personne le cas échéant, afin de formaliser l'entrée dans le service. Sont à cette occasion remis le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement du service et le DIPC contre signature par les mandataires/l'usager d'une feuille certifiant la remise de ces documents, qui est ensuite scannée et rentrée sur IMAGO. Un document formalisant le droit à l'image est également signé par le mandataire à cette occasion.

Les archives des dossiers papiers d'admission reçus sont stockées dans un classeur dans une armoire fermée à clef dans le bureau de la secrétaire.

La mission souligne la qualité du processus d'admission, favorisant ainsi la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux besoins de chaque usager et veillant au recueil de leur consentement.

Elle encourage la mobilisation des ressources en médecins généralistes pour appuyer le processus d'admission.

L'attention portée à l'accueil du nouvel usager

Plusieurs dispositifs sont mis en œuvre afin de faciliter le temps d'accueil du nouveau bénéficiaire au sein du service.

Deux référentes sont attribuées à chaque nouvel arrivant :

- **Une coordinatrice** : IDE ou référente selon le profil de la personne accompagnée, une personne ayant des besoins plus médicalisés sera orientée vers l'IDE et une personne ayant des besoins plus éducatifs vers l'éducatrice. Les deux professionnels se répartissent aussi au plus équitablement possible la charge de travail au regard de leurs disponibilités.
- **Une intervenante à domicile** : l'aide-soignante ou l'AMP, toujours selon le profil, les besoins des personnes et la répartition des charges de travail entre les deux professionnels.

Les onglets « habitude » et « intérêts » sont rapidement remplis afin d'assurer une meilleure connaissance des usagers par les professionnels en début de prise en charge. Les accompagnements proposés sont choisis avec le bénéficiaire, en fonction de ses capacités. **Une évaluation des compétences de chaque nouveau bénéficiaire du service** est réalisée dans cette perspective par la référente socio-éducative en partenariat avec l'AMP.

La mission d'évaluation met en avant plusieurs points forts :

- Un bon déroulement de la phase d'accueil du nouveau bénéficiaire, qui lui permet de prendre progressivement ses repères ;
- Un effort pour adapter l'accompagnement dès le début aux souhaits et besoins du bénéficiaire ;
- Une démarche d'accueil et d'intégration connue des professionnels rencontrés ;
- Un système de coréférence intéressant et pertinent, qui montre que le service est dans une démarche d'amélioration continue de son accompagnement.

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

L'effectivité des projets personnalisés

Actuellement, **l'ensemble des bénéficiaires du SAMSAH dispose d'un projet personnalisé, élaboré pour sa première version** dans les 6 mois suite à l'admission, puis **actualisé chaque année *a minima***.

	A date d'évaluation
Taux de projets personnalisés élaborés avec le bénéficiaire et/ou son représentant légal	100 %
Taux de projets personnalisés signés par le bénéficiaire et/ou son représentant légal	100 %

	A date d'évaluation
Taux de projets personnalisés réactualisés depuis un an ou moins	100 %

Données communiquées par le service à date de l'évaluation

Le contenu du projet personnalisé

Le SAMHSAH a formalisé une trame de Projet Personnalisé (PP) à remplir sur le logiciel IMAGO.

Le contenu des projets personnalisés apparaît pertinent. La trame contient les éléments suivants :

- Un recueil des attentes et des besoins du bénéficiaire
- Les objectifs de la prise en charge
- Les moyens à mettre en œuvre sur 4 grands axes : la vie quotidienne, la vie sociale et santé/soin/bien-être de la personne accompagnée et l'emploi

La mission a eu l'occasion de consulter un échantillon de 4 projets personnalisés et a pu observer l'identification d'objectifs pertinents, réalisables et adaptés pour chacune des personnes accompagnées.

En cas de modification, le projet fait l'objet d'un avenant, directement modifié sur IMAGO. La mission n'a cependant pas pu observer la signature systématique des projets initiaux lors de la visite sur site.

La mission encourage l'établissement à bien veiller à la signature de chacun des projets personnalisés, à la fois à leur création et à leur évaluation, et en garder la trace sur IMAGO.

Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Chaque nouveau bénéficiaire du SAMSAH dispose d'un projet personnalisé créé au plus tard 6 mois après le début de son accompagnement conformément à l'obligation légale. **La démarche de projet personnalisé est évoquée dans le projet de service et connue des équipes.** Elle se déroule de la manière suivante :

- Pendant un mois, les professionnels observent le nouvel arrivant et collectent des informations sur les habitudes, les besoins et les souhaits des bénéficiaires ;
- La référente infirmière ou éducatrice centralise les informations collectées par les AMP/AS et réalise un entretien avec la personne nouvellement accueillie ;
- La référente (infirmière ou éducatrice) rédige ensuite le PP qui est présenté aux équipes soit pendant les transmissions soit pendant les réunions ;
- Le PP est ensuite présenté à l'usager par la référente ; des modifications peuvent alors y être apportées à cette occasion ;
- Il est ensuite refait au propre puis relu à l'usager et signé, soit à domicile, soit au SAMSAH ;
- Le PP est ensuite signé par l'AS ou AMP référente ;
- Il est enfin envoyé à la direction pour validation et signature.

La démarche d'élaboration des projets apparaît structurée.

La mission encourage la structure à développer le caractère pluriprofessionnel de la construction des projets personnalisés, notamment en discutant plus systématiquement les PP en réunion pluridisciplinaire plutôt qu'en transmission avec les équipes AS/AMP/IDE/éducatrice. Cela permettra une discussion pluridisciplinaire avec la psychologue et la direction notamment.

Suivi et évaluation du projet personnalisé

Le projet personnalisé est bien repéré par les équipes intervenant sur le terrain et constitue **un véritable outil d'accompagnement**, permettant une individualisation de celui-ci.

Le PP est évalué par les référentes chaque année. La référente éducatrice ou infirmière apporte ainsi des modifications directement sur le document qui sont ensuite discutées pendant la réunion pluridisciplinaire du mercredi matin ou en transmission. La référente prend ensuite rdv avec l'usager ou ses référents afin de valider les modifications et d'apporter d'autres ajustements si nécessaires aux yeux de l'équipe.

De même que pour la démarche d'élaboration, la mission encourage la structure à développer une démarche d'évaluation des projets personnalisés pluridisciplinaire associant tous les professionnels intervenants auprès de la personne accompagnée.

3.3.3.La fin d'accompagnement

La fin d'accompagnement est souvent caractérisée par une réorientation vers une prise en charge par un autre établissement ou par un accompagnement en fin de vie de la personne.

Dans le cas d'une réorientation, un **entretien a lieu avec la direction et le bénéficiaire et/ou ses représentants** pour valider définitivement le souhait de fin d'accompagnement par le SAMSAH. La référente produit alors une demande de fin d'accompagnement envoyée à la MDPH qui envoie par la suite à la structure une notification de fin de suivi. Les dossiers de suivi des bénéficiaires peuvent être transmis en interne à d'autres établissements de la Ligue Havraise par le biais d'IMAGO si la personne intègre l'un des établissements de l'Association. Dans le cas d'un souhait d'intégrer une structure autre que celles de la Ligue Havraise, l'infirmière rédige un état des lieux de la prise en charge médicale de la personne (besoins de suivis médicaux réguliers, ordonnances, problématiques médicales spécifiques, derniers rdv médicaux effectués et prochains rdv planifiés…) à transmettre à la nouvelle équipe prenant en charge le bénéficiaire. Un accompagnement à la visite de la nouvelle structure est également réalisé par les référentes, ce qui permet un dialogue avec les équipes qui prendront ensuite en charge le bénéficiaire. Les référentes se rendent également disponibles par téléphone afin de répondre aux questions des nouveaux encadrants de l'usager.

Dans le cas d'un accompagnement en fin de vie, **le réseau de soins palliatifs RESPECT peut être sollicité par la structure :** le cas échéant, des points réguliers sont faits avec l'infirmière et un interlocuteur identifié du réseau afin d'assurer une bonne qualité de la prise en charge en fin de vie. Des démarches spécifiques pour collecter et assurer la prise en considération des dernières volontés de la personne ont ainsi pu être mises en place et transmises aux interlocuteurs concernés (souhait de non acharnement thérapeutique transmis au SMUR par exemple). L'AMP dispose d'une **formation à l'accompagnement en fin de vie**. Les cessions de partage d'expérience avec une psychologue extérieure à la structure permettent un dialogue sur ces sujets entre AMP/éducateur/AS et IDE.

La mission encourage la structure à formaliser la démarche de fin d'accompagnement au sein d'une procédure. Le dossier IMAGO de suivi des bénéficiaires du SAMSAH pourra également être transféré aux structures ne faisant pas partie de la Ligue Havraise prenant en charge l'ancien bénéficiaire, le cas échéant et dans le respect de la volonté du bénéficiaire.

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1. Qualité du cadre de vie

Les locaux

Les locaux du SAMSAH de la Ligue Havraise sont situés en centre-ville du Havre dans un bâtiment hébergeant également d'autres services de l'association : le SAVS, le SESSAD, Cap'emploi et l'EFELIHA de la Ligue Havraise. Le bâtiment est situé sur plusieurs étages. En l'absence d'ascenseur, l'ensemble du site n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Le bureau de la secrétaire, de la psychologue et de la direction notamment, situés à l'étage, sont peu accessibles aux PMR.

Les locaux comprennent un espace d'accueil, une salle de réunion, une cuisine et des bureaux pour l'ensemble de l'équipe. Un parking est à disposition des professionnels qui souhaitent se garer à proximité de la structure.

La localisation de l'établissement est pertinente car elle permet au SAMSAH de mutualiser des espaces avec les autres services (cuisine, parking…). Le positionnement au centre de la ville du Havre favorise également son identification et l'accessibilité pour les familles, partenaires et bénéficiaires.

La signalétique du SAMSAH gagnerait à être renforcer, afin de pouvoir différencier clairement les bureaux du SAMSAH de ceux des autres services de la Ligue Havraise présents sur le site.

3.4.2. L'accompagnement proposé

L'accompagnement global proposé par le service est en bonne cohérence avec les missions d'un SAMSAH. Il est basé sur plusieurs volets :

- L'accompagnement médical et paramédical ;
- L'accompagnement éducatif et social ;
- L'accompagnement psychologique ;
- L'accompagnement budgétaire et administratif.

L'ensemble des interventions du SAMSAH vise à favoriser l'autonomie de la personne et sa réinsertion/insertion en milieu ordinaire. La coordination des interventions est assurée par l'IDE et par l'éducatrice coordinatrice qui s'occupent respectivement du volet médical et paramédical et du volet éducatif et social.

L'accompagnement médical et paramédical

Le SAMSAH dispose d'une infirmière à hauteur de 0,85 ETP. **Actuellement, la structure ne dispose pas de médecin coordonnateur ; un temps de 0,04 ETP de médecin généraliste est prévu mais non réellement mobilisé**.

L'IDE est en charge de la coordination médicale autour du bénéficiaire. Cela comprend :

- la prise de contact avec le médecin traitant en début d'accompagnement et avec les médecins spécialistes si besoin ;
- L'accompagnement aux rendez-vous médicaux si besoin (évaluation du besoin au regard de la problématique du bénéficiaire et du travail d'autonomisation) ;
- le lien avec les partenaires médicaux et paramédicaux ;
- la rédaction, le suivi et l'évaluation des projets personnalisés avec la référente éducatrice.

L'accompagnement médical et paramédical (incluant la gestion des médicaments et la réalisation des soins) n'est pas réalisé directement au sein du service. Il est mis en place avec les acteurs de la santé du milieu ordinaire (médecins généralistes et spécialistes libéraux, paramédicaux de ville...) en accord avec le bénéficiaire. L'infirmière est en contact direct avec les professionnels de santé qui interviennent auprès des usagers : elle participe aux rdv lorsque la personne en émet le souhait, sinon elle garde contact avec les professionnels afin de connaitre les changements de prise en charge médicale et paramédicale et de pouvoir assurer le suivi des

prescriptions (prise de rdv avec des professionnels de santé, changement dans l'accompagnement des aides à domicile…).

Une ergothérapeute partenaire de la structure peut intervenir si nécessaire adaptation du logement ; une visite avec l'IDE est dans ce cas organisée afin d'identifier les besoins, suite à quoi l'IDE rédige si besoin une demande d'aménagement du logement auprès de la MDPH.

Un partenariat avec un cabinet de médecins généralistes du Havre permet au SAMSAH de soutenir les démarches des bénéficiaires dans leur recherche de médecins généralistes sur le territoire, peu dense en professionnels de santé. Les médecins généralistes du cabinet reçoivent les personnes accompagnées par le SAMSAH qui en ont fait la demande.

Lors de l'arrivée d'un nouveau bénéficiaire au SAMSAH, l'IDE et la référente éducatrice s'entretiennent individuellement avec lui à son domicile. Ces échanges permettent aux professionnels de présenter leur rôle, d'identifier les besoins de la personne accompagnée, de recueillir des informations sur l'état de santé de la personne et de déterminer les aides techniques qui pourront ensuite être mises en place pour améliorer le quotidien de la personne (réaménagement du logement de la personne, fauteuil roulant…).

Les comptes-rendus des visites à domicile sont relatés sur IMAGO, tout comme les informations collectées par l'infirmière sur l'état médical des personnes accompagnées. Les temps de transmission permettent un échange sur les informations collectées avec les équipes d'aides à domicile.

La mission d'évaluation note la bonne organisation et coordination de l'accompagnement médical et paramédical. Les interventions des professionnels sont personnalisées en fonction des besoins des bénéficiaires et l'établissement veille tout particulièrement à coordonner son action avec les autres professionnels médicaux /paramédicaux intervenant auprès du bénéficiaire.

L'accompagnement éducatif et social

Le SAMSAH dispose d'une **référente socio-éducative, d'une aide-soignante et d'une aide médico-psychologique.** Les missions de l'aide-soignante et de l'aide médico-psychologique consistent à :

- Accompagner les bénéficiaires dans les gestes du quotidien ;
- Donner à la personne les moyens d'acquérir, de maintenir et de développer son autonomie sociale, voire professionnelle ;
- Favoriser la sociabilisation des bénéficiaires : par le biais d'accompagnement aux sorties individuelles, d'ateliers collectifs et de sorties collectives organisés au SAMSAH ;
- Accompagner les bénéficiaires dans leur quotidien afin de favoriser leur accès aux droits dont le droit à la citoyenneté.

Les missions de la référente socio-éducative sont les suivantes :

- Evaluer les compétences des bénéficiaires et travailler au maintien de ses acquis ;
- Soutenir les bénéficiaires qui en témoignent le besoin dans leur recherche de financements, de logement et leurs démarches administratives diverses ;
- Gérer la coordination des interventions du SAMSAH avec celles des autres intervenants chez les bénéficiaires, notamment avec les SAAD et SSIAD
- Développer les partenariats de la structure, toujours dans une logique de coordination de la prise en charge autour du bénéficiaire.

Cela s'illustre lors de :

- **Visites au domicile du bénéficiaire** afin de travailler sur les différents aspects de sa vie quotidienne : toilette, courses, ménage, démarches administratives… ;
- **Mise en place de liens avec les partenaires éducatifs et sociaux du territoire** afin de favoriser une logique de parcours dans l'accompagnement des bénéficiaires ; des visites communes avec des

professionnels de SAAD ont ainsi pu être organisées pour leur expliquer les enjeux de la conservation des acquis ;
- **Accompagnement des bénéficiaires dans la réalisation de différentes formalités administratives ;**
- **Invitation des bénéficiaires à participer à des activités collectives portées par le SAMSAH :** Des ateliers cuisine sont organisés par petits groupes de 2 ou 3 toutes les 2 semaines ; suivis de temps de partage du repas cuisiné avec tous les bénéficiaires du SAMSAH le souhaitant. Une fois par mois est organisée une sortie collective selon les souhaits des bénéficiaires (cinéma, bowling, pique-nique…).

La référente socio-éducative assure le contact avec les partenaires extérieurs et la coordination des équipes sur le terrain. Les temps de transmission chaque matin avec l'IDE, l'AS et l'AMP permettent une communication entre les équipes et une adaptation aux imprévus du quotidien pour assurer au mieux l'accompagnement.

La combinaison de temps individuels et collectifs proposés aux bénéficiaires caractérise l'accompagnement offert par la structure et en fait la richesse. Les temps collectifs sont particulièrement appréciés par les bénéficiaires rencontrés lors de la visite sur site.

Des partenariats ont été établis afin d'assurer la diversité de l'accompagnement et la continuité de la prise en charge grâce à un dialogue entre les structures :

- Les ESAT où travaillent certains bénéficiaires du SAMSAH peuvent parfois être invités à des synthèses du PP dans le cadre du SAMSAH ;
- Des associations d'activité sportive : L'association « loisirs et détente pour tous », Sport plus, le club d'aviron sont également en contact avec le SAMSAH ; certains usagers ont pu être réorientés vers ces structures pour encourager la pratique sportive et la sociabilisation.

Les **proches/référents légaux des usagers peuvent être sollicités** pour participer à des temps collectifs (temps de fêtes, évènements) mais aussi dans le cadre de démarches administratives ou pour assurer une bonne coordination avec les équipes éducatives dans l'accompagnement des usagers. Elles peuvent aussi bénéficier d'un accompagnement dans le développement de leur relation avec la personne accompagnée par le SAMSAH (bien souvent une relation parent/enfant). Ces contacts se font dans le respect des souhaits de la personne accompagnée ; certaines personnes ne souhaitant pas que leurs proches interfèrent avec leurs activités dans le cadre du SAMSAH, ces souhaits sont respectés par l'équipe du SAMSAH et l'usager est averti en cas de prise de contact avec les proches.

La structure ne propose cependant **pas de temps propres dédiés à la prévention de l'usure des aidants, ni de temps dédiés autour du répit.**

La mission recommande ainsi au SAMSAH de développer un **accompagnement aux familles et aux proches des bénéficiaires afin de prévenir d'éventuelles situations d'usure**. Des temps de réunion dédiés et des groupes de paroles pourront ainsi être proposés aux proches et familles pour leur permettre d'échanger sur leurs situations et de partager leurs expériences avec d'autres familles.

Par ailleurs, la mission d'évaluation souligne la qualité globale de l'accompagnement auprès des bénéficiaires du SAMSAH.

Elle encourage la structure à développer ses partenariats pour diversifier son offre culturelle et de loisirs et favoriser l'insertion en milieu ordinaire de la personne accompagnée.

La prise en charge est de qualité et adaptée aux besoins des personnes, en bonne adéquation avec les missions du SAMSAH. Plusieurs points forts sont repérés dans le dispositif global :

- **Une équipe pluridisciplinaire** dotée de compétences variées intervenant en bonne complémentarité au service du bénéficiaire ;
- **Une recherche de complémentarité avec les autres acteurs intervenant à domicile** afin d'assurer une continuité dans le parcours de soin et une coordination de la prise en charge ;
- **Un accompagnement global de qualité** permettant le développement de l'autonomie des bénéficiaires et d'éviter l'isolement ;
- **Des interventions organisées à la fois au domicile du bénéficiaire et sur l'extérieur ;**

- **Des modalités d'intervention à la fois individuelles et collectives** sur les différents volets, en fonction des besoins repérés pour chaque bénéficiaire ;
- **Une préparation de l'« après SAMSAH » avec l'usager :** avec le développement de partenariat avec des établissement de type EHPAD (« les Jardins d'Elodie », Charmette, Belle étoile…), l'organisation de séjours temporaires en EHPAD, un accompagnement de l'usager à visiter des établissements…

L'accompagnement psychologique

Une psychologue intervient sur le service à hauteur d'une demi-journée par semaine le mercredi matin. Elle intervient également sur les autres services situés dans les locaux du SAMSAH et est donc disponible dans les locaux du SAMSAH 3 jours par semaine.

Elle participe aux réunions pluriprofessionnelles du mercredi matin et réalise des consultations auprès des usagers du SAMSAH. Elle se tient également à la disposition des équipes de terrain pour les épauler, notamment sur des problématiques de posture à adopter auprès des bénéficiaires en situation complexe.

Un gros **travail avec les bénéficiaires est réalisé sur les problématiques d'addiction** en collaboration avec l'infirmière, qui réalise des entretiens avec la personne en question pour évaluer le niveau de conscience de l'addiction de la personne et un potentiel déni. La personne est alors accompagnée vers une prise en charge : accompagnement chez des professionnels (médecin généraliste, addictologue, psychologue…), organisation de l'hospitalisation, proposition de cures de sevrage…

La psychologue retrace le compte-rendu de ses séances sur IMAGO et dans la limite de la confidentialité des données, transmets par ce biais des informations aux équipes afin de faciliter la compréhension du bénéficiaire et sa prise en charge.

L'établissement travaille également avec une **autre psychologue libérale formée à l'accueil d'un public handicapé**, vers laquelle les bénéficiaires sont réorientés si besoin d'un suivi plus approfondi. D'autres psychologues ont pu être sollicités dans le cadre d'accompagnement spécifiques, à la vie affective et sexuelle par exemple.

La mission souligne l'intérêt de cet accompagnement psychologique pour les résidents ainsi que de la disponibilité de la psychologue auprès des membres de l'équipe.

Elle encourage à une participation plus poussée de la psychologue à l'élaboration et à l'évaluation des projets personnalisés.

L'accompagnement aux démarches budgétaires et administratives

La référente socio-éducative peut à la demande de la personne accompagnée rencontrer les mandataires judiciaires, notamment l'ATMP et le CMBD. Dans le cadre de l'accompagnement de certains bénéficiaires, la référente peut également dialoguer avec l'ASE.

Un travail est également fait pour **accompagner les bénéficiaires dans le cadre de démarches liées au logement.** Un partenariat avec l'association d'Accompagnement Social Lié au Logement ADEO est à ce titre mobilisable pour aider usagers à trouver un logement.

3.4.3.La coordination de l'accompagnement

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

Le service a mis en place plusieurs temps assurant la coordination des accompagnements et l'harmonisation des pratiques (liste non exhaustive) :

- Des transmissions quotidiennes, tous les matins, en présence du personnel éducatif, de l'AMP, de l'infirmier, pour faire le point sur les accompagnements et les éventuels points particuliers de la veille et du jour ;
- Une réunion clinique tous les mercredis de 9H30 à 12H qui rassemble la psychologue, l'infirmier, L'aide-soignante, l'AMP, la référente socio-éducative, la cheffe de service et la directrice selon les besoins) ;
- Une réunion d'analyse de la pratique professionnelle une fois par mois avec un psychologue extérieur, à destination de tous les professionnels exceptées la directrice et la cheffe de service ; ces temps visent à distinguer les aspects émotionnels, discerner les enjeux d'une pratique professionnelle, pouvoir les analyser, ce qui permet de prendre du recul, de se dégager de situations critiques, mais également de renforcer la cohésion d'équipe et acquérir des compétences relationnelles ;
- Une réunion hebdomadaire d'équipe qui rassemble l'ensemble de l'équipe autour des situations des personnes accompagnées, qui permet également d'aborder les demandes d'admission ;
- Une commission d'admission qui réunit la directrice, la cheffe de service, les membres de l'équipe éducative, de soin et la psychologue et qui se tient lors de la réunion hebdomadaire d'équipe ;
- Une réunion entre la Direction et l'équipe de proximité du SAMSAH, 1 fois par trimestre.

Un ordre du jour et un compte-rendu sont systématiquement réalisés pour les réunions et enregistrés sur le serveur pour un accès et une consultation facilités par l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs et pour assurer la diffusion des informations, **les professionnels assurent une traçabilité de leurs accompagnements dans le logiciel IMAGO**.

En revanche, il n'existe pas de réunion formalisée entre la directrice et la cheffe de service. Les temps de travail sont effectifs mais non institutionnalisés, du fait de leur intervention sur trois services différents.

La mission d'évaluation reconnait la bonne dynamique de réunions qui permettent une bonne coordination autour des bénéficiaires et pour le fonctionnement du service.

Elle recommande toutefois la mise en œuvre de :

- une réunion de CODIR entre la directrice et la cheffe de service, formalisée, avec un ordre du jour et un compte-rendu à l'appui ;
- une réunion plus régulière entre la Direction et l'équipe de proximité du SAMSAH (tous les deux mois par exemple).

Le dossier de l'usager

Chaque bénéficiaire dispose d'un dossier de l'usager (administratif et suivi des soins) informatisé sur IMAGO. L'utilisation du logiciel permet de garantir des droits d'accès réservés en fonction de chaque type de professionnel. La confidentialité des informations est respectée.

Les documents médicaux des bénéficiaires sont scannés sur IMAGO mais un double papier est conservé sous clés.

Les bénéficiaires ont la possibilité d'accéder à leur dossier. Une procédure d'accès au dossier est formalisée.

La mission d'évaluation souligne la bonne structuration du dossier de l'usager.

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

Le SAMSAH a mis en place l'ensemble des outils de la loi du 2 janvier 2002.

Le règlement de fonctionnement comprend une présentation des objectifs et de l'organisation du service, des droits et devoirs de la personne accueillie et de la structure (confidentialité des données, sécurité des personnes, prévention de la maltraitance), des sanctions si non-respect du règlement.

La mission invite la structure à compléter le règlement de fonctionnement en y précisant/détaillant :

- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement quand elles ont été interrompues ;
- Les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports et aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations à l'extérieur ;
- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle ;
- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement.

Le règlement de fonctionnement est signé lors de l'admission du bénéficiaire.

Le livret d'accueil intègre la majeure partie des 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. Il est organisé selon le plan suivant : présentation de la ligue Havraise, présentation du SAMSAH, procédure d'admission, procédure de sortie, l'équipe du SAMSAH, les partenaires du SAMSAH, les droits des usagers, les domaines d'intervention du SAMSAH, les infos pratiques (personnes qualifiées…). La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est également annexée.

La mission recommande à la structure de compléter son livret d'accueil avec les éléments suivants :

- Des éléments d'information sur les conditions de facturation des prestations ;
- Les garanties souscrites en matière d'assurance contractées par l'établissement et celles qui relèvent de la personne accueillie ;
- La protection des données médicales par le secret professionnel.

Le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) présente les modalités de création du DIPC, les différentes parties prenantes et la durée du contrat, les conditions d'admission, les objectifs de l'accompagnement, les modalités et conditions d'accompagnement, les conditions de participation financière, de modification et de résiliation du DIPC ainsi que les clauses de réserve et contentieux. Le DIPC est signé lors de l'admission du bénéficiaire. La charte des droits et des libertés est également remise au nouveau bénéficiaire lors de l'admission.

La mission d'évaluation encourage la structure à travailler la lisibilité des documents pour les bénéficiaires (ajout de pictogrammes, style rédactionnel simple, etc.) Un travail peut être réalisé directement avec les bénéficiaires sur les outils afin d'en faciliter l'appropriation.

3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

Le droit d'expression et de participation

Le SAMSAH a mis en œuvre différents moyens assurant le respect du droit d'expression et de participation de ses bénéficiaires :

- Des groupes d'expression réunissent les usagers qui le souhaitent une fois par trimestre sous la supervision d'un professionnel afin de discuter des souhaits d'accompagnement des bénéficiaires et permettre un temps d'échange ;
- La référente socio-éducative rencontre chacun des bénéficiaires à minima une fois par mois, à domicile ou au SAMSAH ;

- L'équipe AS/AMP intervenant au quotidien auprès des personnes accompagnées assure une écoute des personnes et peut faire part de ces éléments lors des transmissions ;
- Les bénéficiaires sont pleinement acteurs de leur accompagnement de par leur intégration dans les projets personnalisés .

Les bénéficiaires rencontrés ainsi que les familles interrogées ont indiqué qu'ils pouvaient solliciter facilement les différents professionnels pour toute demande. **Les modalités d'accompagnement, principalement individuelles, favorisent la prise en compte de l'expression des bénéficiaires**.

Le droit à l'information

Le droit à l'information est respecté via **la remise et l'explication des documents obligatoires** (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, Charte des droits et libertés de la personne accueillie) à chaque nouveau résident. Le **consentement de la personne**, ou de son représentant légal le cas échéant, est systématiquement recherché au moment de l'admission, sur la base d'une information claire et transparente sur les rôle et missions du service. Le droit à l'information est également favorisé par la **disponibilité de l'ensemble des professionnels** pour répondre aux questionnements des bénéficiaires le cas échéant.

Le droit à la protection

Le droit à la protection est bien respecté par le service. Le système de référence permet d'assurer la continuité des interventions auprès du bénéficiaire. La protection au sein des locaux est assurée grâce à la présence des professionnels.

La mission d'évaluation invite le service à multiplier les temps d'échanges sur l'équilibre entre autonomie et protection afin de partager les visions de chacun et d'harmoniser ainsi les pratiques.

Le droit à l'autonomie

Le droit à l'autonomie est le maitre mot de l'accompagnement du SAMSAH. Il est formalisé dans les projets personnalisés et mis en œuvre par les professionnels au quotidien sous tous ses aspects (vie quotidienne, activités, sorties, soins, etc.). Par ailleurs, les professionnels du SAMSAH sont à l'écoute des souhaits des usagers et n'imposent jamais leur intervention : ils font des propositions que les bénéficiaires sont libres de suivre ou non. Le partenariat avec les autres services d'accompagnement à domicile de la ville (l'UNA et DYNAMIK 76 notamment) permet d'assurer le relai dans le maintien des acquis.

La mission d'évaluation reconnait la très bonne dynamique autour de l'autonomisation des personnes accompagnées. Les usagers rencontrés ont d'ailleurs souligné ce fait.

Le droit à l'intimité et à la dignité

Les professionnels favorisent le droit à l'intimité en mettant en place une relation de confiance avec l'usager, favorisée par l'attribution d'un intervenant privilégié par bénéficiaire. Le bénéficiaire est informé en amont du passage des professionnels à son domicile.

Le droit à la dignité est garanti par les professionnels qui veillent à ne pas mettre les bénéficiaires en difficulté.

Droit au respect des liens familiaux et amicaux

L'entourage et/ou la famille du bénéficiaire est une ressource pour l'équipe sur laquelle elle s'appuie fortement. **Les proches sont sollicités et associés à l'accompagnement dès lors que le bénéfice est identifié pour l'usager et que ce dernier a donné son accord ou en a émis le souhait.** Une attention toute particulière est portée au respect du souhait des bénéficiaires ne désirant pas que leurs proches soient trop impliquées dans leur accompagnement afin d'assurer le respect à l'intimité décrit plus haut.
La mission encourage le service à poursuivre cette dynamique.

Pratique religieuse et droits civiques

L'exercice des droits est assuré par l'équipe qui peut accompagner le bénéficiaire dans ses démarches civiques comme religieuses (créer une carte d'identité, voter, aller à la messe…)

3.6. La prévention et la gestion des risques

3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes

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

Il existe un registre de sécurité pour le site, localisé au niveau du bureau d'accueil Cap Emploi au rez-de-chaussée. Le registre est correctement tenu et les suivis périodiques sont réalisés.

Les opérations de contrôle périodiques et de maintenance au sein du SAMSAH sont effectués par l'APAVE pour, l'installation électrique et VULCAIN SMATIS pour la sécurité incendie. Les procédures de sécurité existantes sont les suivantes :

- Procédure incendie : PDC SEC 001-V1
- Procédure gestion des évènements indésirables : PCD SEC 002-V3
- Protocole sécurité informatique : PTC SEC 001-V1

Les formations incendie, PRAP, SST, habilitation électrique sont réalisées et consignées sur serveur Ligue havraise.

La directrice est le référent sécurité.

La réalisation et le suivi de la maintenance

La ligue Havraise étant locataire d'un bail commercial, l'établissement est tenu par un certain nombre d'obligations en matière d'entretien, de réparations et remplacements.

La société Renoving peut être appelée pour programmer des travaux.

Dans la majorité des cas, la secrétaire au CAPEMPLOI sollicite le factotum de l'IMPRO de la Ligue Havraise pour la reprise des problèmes techniques et planifie les interventions nécessaires.

La continuité et la sécurité des interventions

La réunion d'équipe, organisée toutes les semaines avec l'ensemble de l'équipe, et les réunions de transmissions quotidiennes, sont des temps favorisant la continuité et la sécurité des interventions auprès des bénéficiaires. De nombreux échanges informels entre les intervenants permettent également d'assurer cette continuité.

L'accueil téléphonique et physique est assuré par la secrétaire et pour la réponse téléphonique, préférentiellement par l'infirmière ou la référente socio-éducative en son absence, ou tout autre professionnel si besoin. Les professionnels s'organisent pour réaliser les rendez-vous et accompagnements sur des temps qui conviennent aux personnes accompagnées.

Il n'existe pas de système d'astreinte en dehors des horaires d'ouverture, notamment les soirs et week-ends, mais c'est un choix de la part du service qui fait partie, selon l'équipe de direction, de la gestion du paradoxe ; il s'agit de laisser aussi aux personnes accompagnées leur autonomie et de les laisser « grandir » parfois sans l'aide du SAMSAH, tout en se sentant sécurisées par un accompagnement de proximité le reste du temps, sur les horaires d'ouverture du service. Le SAVS étant ouvert le samedi, il arrive que certains usagers du SAMSAH appellent si besoin le SAVS.

En cas d'absence, il arrive que les professionnels ne puissent être remplacés. Le service réorganise le travail en conséquence.

Par ailleurs, le service ne dispose pas de toutes les procédures d'urgence nécessaires à la bonne sécurité des interventions (en cas d'accident, en cas d'agression ou de risque d'agression, gestion du risque suicidaire, gestion des situations difficiles et urgences à domicile, etc.). En particulier, a pu être cité le **besoin de disposer d'une procédure de gestion des risques à domicile, notamment de la violence, en cas d'ébriété.**

La mission encourage le service à répertorier les procédures d'urgence intéressantes à formaliser, avec l'équipe, et à les coconstruire avec les professionnels, afin d'en assurer une bonne appropriation.

En revanche, **les professionnels sont bien formés tous les deux ans aux gestes de premiers secours.**

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

Une procédure de gestion des évènements indésirables existe (créée en 2015, révisée en octobre 2017). Elle y décrit de manière claire les différentes étapes à suivre en cas d'évènement.

Une fiche de déclaration d'évènement indésirable est également formalisée. Les professionnels peuvent y indiquer la nature des faits, les circonstances et le déroulement des faits, le nombre de personnes victimes ou exposées, ainsi que les conséquences constatées.

Les fiches sont en principe ensuite transmises à la secrétaire du SAMSAH en charge de les saisir sur Ageval puisque le traitement des évènements indésirables se fait directement via le logiciel. Les fiches sont alors immédiatement visualisables par la Direction Générale de la Ligue Havraise et le Conseil d'Administration, qui peuvent demander des explications complémentaires aux équipes pour mieux comprendre l'évènement et la manière dont il va être traité.

Cependant, dans les faits, aucune fiche de signalement n'a été complétée ces derniers mois.

Les professionnels n'ont pas été sensibilisés à la déclaration et à la gestion des évènements indésirables depuis plusieurs années.

Le manque d'appropriation de cette démarche explique sans doute la réticence de certains professionnels à s'y engager et à remplir des fiches de signalement bien que cela soit parfois justifié.

Cependant, il a aussi été noté par un certain nombre d'entre eux que la capacité à apporter des réponses à chaque situation délicate rencontrée et l'anticipation de celles-ci permettaient de traiter les évènements indésirables de manière informelle, certes, mais efficace.

La mission d'évaluation recommande toutefois au service de :

- s'assurer de la mise à jour de la procédure de gestion des événements indésirables (et veiller à la bonne coordination avec le siège de la Ligue Havraise, en particulier en cas d'évènements indésirables graves) ;
- la diffuser et la présenter à l'ensemble de l'équipe, sans exception, dans le cadre d'une réunion dédiée ;
- expliquer l'intérêt de la déclaration et sensibiliser les professionnels à la culture positive de l'erreur ;
- mettre les fiches de signalement d'évènements indésirables à disposition dans les locaux du SAMSAH, de sorte que toute personne puisse s'en saisir et les compléter si besoin ;
- mettre en place des retours d'expérience suite aux événements indésirables ;
- réaliser un plan d'actions suite à tout évènement indésirable ;
- réaliser un bilan annuel des événements indésirables.

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

Un CHSCT est en place.

De plus, **une cellule de soutien** existe au niveau de la Ligue Havraise et peut intervenir au besoin sur le service en cas de difficulté.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), réalisé au niveau du SAMSAH, a été révisé pour la dernière fois en novembre 2018. Il comprend notamment une analyse des risques psycho-sociaux. Les équipes ont participé à son élaboration. Les actions identifiées ont donné lieu à un plan d'actions, qui n'est cependant pas intégré au plan d'actions global du service sur Ageval.

Il n'a pas encore été déterminé de modalités de suivi régulier de ce DUERP en lien avec le CHSCT.

De plus, jusqu'à présent et concernant le dernier DUERP en date qui avait été réalisé en 2016, **il n'y avait pas eu de mise en œuvre réelle et opérationnelle des actions correctives identifiées**.

D'autres mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle :

- La fluidité de la communication au sein de l'équipe ;
- La prise de relai des professionnels les uns vis-à-vis des autres, en cas d'usure ou de prise en charge complexe : le principe de la double référence permet cela ;
- La formation professionnelle ;
- La mise en place des entretiens professionnels tous les deux ans ;
- La mise en place de groupes d'analyse de la pratique animés par une psychologue extérieure.

La mission d'évaluation encourage le service à poursuivre dans cette dynamique et à :

- Pérenniser la réalisation des groupes d'analyse de la pratique ;
- Réfléchir à l'opportunité de mettre en place des groupes de parole libre ;
- Mener une réflexion autour de la « cohésion d'équipe », comme envisagé par l'équipe de direction ;
- Réviser annuellement le DUERP et intégrer les actions correctives qui en sont issues au plan d'actions Ageval, à faire vivre autant que toutes les autres actions d'amélioration avec un objectif, un pilote, une échéance, un indicateur de suivi et/ou de résultat, un état d'avancement ;
- Mener des réflexions sur la qualité de vie au travail, qui est une des 8 priorités fixées par le projet associatif de la Ligue Havraise, en intégrant une évaluation de la pénibilité du travail.

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

Le SAMSAH s'inscrit dans une dynamique générale de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance :

- Les pratiques au quotidien favorisent la bientraitance ;
- Les discussions et échanges en réunions, portent directement ou indirectement sur la bientraitance ;
- Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles qui sont mis en place favorisent les échanges autour de cette thématique ;
- Les professionnels se questionnent régulièrement sur leurs pratiques et leurs postures professionnelles ;
- La réflexion autour des projets personnalisés questionne régulièrement cette thématique ;

Cependant, **il n'existe pas de procédure en lien avec cette thématique**.

Il n'existe **pas non plus de formation annuelle** sur le repérage et la gestion des actes de maltraitance auprès des professionnels du SAMSAH et les recommandations de bonnes pratiques en lien ne sont pas appropriées.

La mission encourage ainsi le service à :

- faire bénéficier ses professionnels de formations annuelles sur la bientraitance ;

- poursuivre la sensibilisation et les réflexions en équipe pluridisciplinaire en prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM.

La mise en œuvre de l'obligation de signalement

Il n'existe pas de procédure concernant la maltraitance et ce thème n'est pas inclus dans la procédure de gestion des événements indésirables.

Les professionnels rencontrés sont sensibilisés à la notion de maltraitance et sur la nécessité d'en alerter la hiérarchie.

Au jour de l'évaluation, le numéro d'appel 3977 n'était pas affiché dans les locaux.

La mission recommande au SAMSAH de :

- formaliser une procédure en cas de maltraitance ;
- effectuer des rappels réguliers sur l'obligation de signalement de la maltraitance ;
- afficher le numéro maltraitance dans les locaux du SAMSAH.

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

3.7.1. L'inscription de l'établissement dans le territoire

Implantation territoriale, accessibilité et repérage

Le SAMSAH est accessible par la route, et est également très bien desservi par le réseau de bus local grâce à sa proximité avec le centre-ville**.**

De manière générale, la Ligue Havraise est une association reconnue sur le territoire mais le SAMSAH gagnerait à être davantage connu et repéré par l'ensemble des acteurs locaux.

La mission d'évaluation recommande au service de multiplier les actions en vue de se faire davantage connaitre par l'extérieur, d'organiser des journées dans ses locaux et en dehors pour présenter ses missions, etc.

Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

Le SAMSAH est ouvert à son environnement, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de personnes extérieures à l'intérieur de l'établissement :

- Les familles et aidant sont accueillis en ses murs ;
- Des stagiaires sont ponctuellement accueillis et les modalités d'accueil sont formalisées dans le projet de service.

L'établissement travaille également à développer son ouverture sur l'environnement en mobilisant des partenariats permettant une plus grande richesse de son accompagnement et une meilleure coordination avec les autres acteurs du territoire :

- Volet médical et paramédical :
  - le CSAPA Nautilia et l'association ambulatoire en addictologie Lamartine
  - les professionnels libéraux du territoire, psychologues et généralistes notamment
  - les EPSM de la ville
  - le GH qui propose des consultations handicap (suite à un AVS, traumatisme crânien) : et guide les équipes du SAMSAH vers l'identification des besoins de prise en charge
  - les cliniques de la ville (les Ormaux, Estuaire, Océane…)

- le magasin de matériel médical HMS

- Volet institutionnel : MDPH, conseil départemental, organismes de tutelles, CCAS, service handicap de la mairie etc.
- Volet social et médico-social : CCAS, La résidence Lamartine, l'EHPAD Les jardins d'Elodie, les services d'accompagnement à domicile (UNA, Dynamik 76, Croix-Rouge…)
- Volet professionnel : ESAT de la Ligue Havraise, ESAT APF
- Volet associatif : Sport loisirs et détente pour tous, Sport plus, club d'aviron…

La mission valorise la diversité des partenariats créés. Elle encourage l'établissement à formaliser les partenariats existants par des conventions.

3.7.2.La perception de l'établissement par son environnement

Les usagers

Les bénéficiaires rencontrés dans le cadre du temps de repas collectif et durant le temps d'atelier cuisine sont très satisfaits de leur accompagnement au SAMSAH.

Les accompagnements sont de qualité, personnalisés et adaptés aux besoins et capacités de chacun. Les bénéficiaires ont le sentiment d'être accompagnés sans entrave à leur liberté et à leur libre choix. Les activités collectives sont tout particulièrement appréciées, les ateliers comme les sorties.

Concernant la phase d'admission, les bénéficiaires rencontrés ont reçu les outils règlementaires. Ils ont tous un PP qu'ils identifient clairement.

L'entourage

Les proches des personnes accompagnées contactées dans le cadre de l'évaluation sont très satisfaits de l'accompagnement offert par le SAMSAH.

L'admission a permis aux proches de bien comprendre les modalités d'accompagnement et de rencontrer les équipes. Les interlocuteurs sont clairement identifiés par les proches qui savent qu'ils peuvent contacter la coordinatrice si besoin.

« Mon fils est beaucoup plus ouvert sur son environnement. [L'accompagnement du SAMSAH] lui a donné confiance en lui et le motive pour se prendre en charge ».

Une famille souligne les grands progrès de leur proche dans sa sociabilisation et son autonomie.

Les familles sont également satisfaites de la place qui leur est donné dans l'accompagnement. Certaines restent en retrait par respect de la volonté de leurs proches accompagnés mais gardent toujours une visibilité sur l'accompagnement dispensé par le SAMSAH, d'autres participent plus activement à la prise de décision sur l'accompagnement.

Les partenaires

Les partenaires soulignent unanimement l'excellent contact avec le SAMSAH et la « réactivité » des équipes. Des temps d'échanges peuvent être organisés pour dialoguer avec les partenaires et les interlocutrices (infirmière ou coordinatrice éducatrice) sont bien identifiées. Le respect mutuel entre le SAMSAH et les partenaires a été fortement valorisé lors des entretiens avec les acteurs du territoire travaillant avec le SAMSAH.

« On est vraiment reconnus en tant que partenaire, c'est valorisant pour nos équipes et c'est essentiel pour le bien-être de la personne accompagnée ».

Une coordination spécifique est mise en place avec les autres acteurs de l'aide à domicile (SAAD SSIAD, infirmiers à domicile…), avec dans la plupart des cas un système de cahiers de liaison qui permet aux équipes de terrain de se tenir informées du suivi de chaque bénéficiaire.

Certains partenaires indiquent cependant une méconnaissance des modalités de l'accompagnement dispensé par le SAMSAH et un souhait de connaitre mieux les activités et accompagnements proposés.

Une communication plus régulière pourra être faite auprès des différents partenaires pour informer sur les modalités d'accompagnement du SAMSAH.

Une formalisation des partenariats par des conventions pourra également plus systématiquement être réalisée, plusieurs partenaires en ayant fait la demande.

La mission encourage aussi la structure à présenter/discuter des PP avec certains partenaires clés, notamment ceux ayant également formalisé des PP (SAAD…) afin d'assurer la cohérence de la prise en charge et la continuité entre les accompagnements.

3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

Le recrutement

La procédure de recrutement a été formalisée suite au repérage de son manque dans le cadre de l'évaluation interne de 2016.

Le service des ressources humaines de la Ligue Havraise pilote la démarche de recrutement pour les directeurs des ESMS et intervient également dans les recrutements des chefs de service.

Le recrutement des cadres de proximité en CDD est réalisé par la directrice et la cheffe de service. Les recrutements en CDI sont réalisés par la directrice en lien avec le service des ressources humaines de la Ligue Havraise.

Les différentes étapes du recrutement sont respectées :

- Expression des besoins par les établissements (fiche de demande formalisée permettant le lancement du process) ;
- Définition des profils de poste ;
- Gestion du recrutement (diffusion de l'offre en interne (affichage, intranet) et en / pré-sélection des candidats) ;
- Organisation des entretiens de sélection (entretiens individuels et collectifs) ;
- Choix du candidat retenu.

Une traçabilité est réalisée pour tout candidat reçu et envoyée à la Ligue Havraise pour information.

Pour les recrutements en CDD, pour respecter la loi et éviter la requalification en CDI, une procédure de demande de contrat CDD est élaborée par la Ligue Havraise et dument respectée par le service.
Il existe enfin une procédure pour réaliser la DPAE.

Le processus de recrutement est bien organisé, bien qu'il existe peu de recrutement au vu de la petite équipe du SAMSAH.

L'accueil des nouveaux salariés

Le processus d'accueil des nouveaux salariés est bien structuré et formalisé autour d'une procédure dédiée de la Ligue Havraise, qui a été adaptée pour le SAMSAH. **Il permet une prise de repères favorisant la bonne intégration de la personne. Une procédure d'accueil des stagiaires est également formalisée** et permet un bon encadrement des personnes intervenant dans l'établissement, en particulier via des stages en immersion.

Le livret d'accueil du salarié est remis au nouveau professionnel à son arrivée ainsi qu'un certain nombre de documents (contrat de travail, règlement intérieur, projet stratégique associatif, etc.). Ce livret d'accueil, particulièrement agréable en lecture, permet à tout nouveau collaborateur de prendre connaissance des orientations de la Ligue Havraise, de son organigramme, de ses valeurs, mais consacre également un chapitre à la qualité de vie au travail et à la manière dont ceci est décliné au sein du projet stratégique « Horizon 2020 » et au sein de la démarche qualité, santé et sécurité au travail (PRAP). **La mission d'évaluation reconnait la pertinence du livret d'accueil proposé aux nouveaux salariés.**

Dès son arrivée**, un temps de présentation du service est organisé pour le nouveau salarié ainsi qu'une visite du service.**

La formation et l'adaptation des compétences

La politique de formation est définie par les orientations de l'Association, les besoins exprimés par les établissements et services ainsi que par les besoins identifiés auprès des professionnels, directement.

Le niveau général de formation et de qualification des professionnels est adapté, ce qui garantit la qualité de l'accompagnement proposé.

Différentes étapes jalonnent l'élaboration du plan de formation :

- Le recueil des besoins et des demandes de formation est réalisé chaque année : les professionnels remplissent leurs souhaits de formation sur le logiciel IMAGO ;
- L'ensemble des souhaits remontent à la Direction des Ressources Humaines de la Ligue Havraise, via IMAGO ;
- Une commission formations se réunit chaque trimestre afin de prioriser les demandes de formation individuelles et collectives et de statuer sur leur faisabilité ;
- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (associatives, obligations légales), des besoins et souhaits communs tout en respectant le budget global ;
- Les représentants du personnel sont informés et consultés sur le plan de formation aux différentes étapes de son élaboration, conformément à la réglementation ;
- Le plan de formation annuel est ensuite communiqué aux salariés.

Ce plan de formation est donc établi annuellement par la Ligue Havraise suite au recueil des besoins et des souhaits des professionnels et en tenant compte des priorités fixées par l'Association. Ce plan est commun à l'ensemble des établissements et services de la Ligue Havraise. Pour 2019, il est ambitieux, avec plusieurs formations individuelles et collectives.

Les professionnels interrogés et la mission d'évaluation notent une bonne adéquation de l'offre de formation aux besoins et un accès très large aux formations par l'ensemble des professionnels.

Les formations sont tant collectives qu'individuelles.

Des enjeux sont repérés par le service en termes de formations à proposer aux professionnels afin de s'adapter à l'évolution du public ; en 2019, le plan de formation mettra notamment en place les formations suivantes :

- Addictions, dont l'alcool ;
- Prise en charge des troubles psychiques ;
- Prise en charge du handicap rare (par la cellule handicap rare d'Yvetot)

La mission d'évaluation encourage le service en ce sens. La demande est très forte concernant la formation à l'addiction ; le service devra impérativement la mettre en œuvre en 2019 et répéter l'exercice en 2020 pour les professionnels qui n'auraient pas pu y participer en 2019.

En parallèle, afin de capitaliser les nouveaux savoirs et les partager au sein de l'équipe, il pourrait être intéressant de mettre en place un retour sur les formations ou colloques qui serait diffusé aux membres de l'équipe n'ayant pas pu suivre la formation ou le colloque.

La promotion de la mobilité

L'Association et le service favorisent les évolutions de carrière. Il existe une commission mobilité au niveau de l'Association qui se réunit deux fois par an. De plus, le projet stratégique de la Ligue Havraise « Horizon 2020 » souhaite faciliter les mobilités, en particulier celles choisies sur 5 ans.

A ce jour, il est à noter que **la mobilité est favorisée par les modalités de recrutement** (diffusion des offres en interne, y compris par voie d'affichage).

De plus, elle est favorisée par la possibilité offerte aux professionnels de la Ligue Havraise de réaliser des stages d'immersion dans d'autres établissements ou service de l'Association, ce qui favorise par là-même le partage d'expériences et les échanges.

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)

L'Association a placé un objectif prioritaire de structuration de sa GPEC dans son projet stratégique « Horizon 2020 ».

Plusieurs éléments concourent d'ores et déjà à la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, parmi lesquels l'adaptation de l'organisation de travail en cas d'absence d'un professionnel, l'organisation des entretiens professionnels, la montée en compétence des salariés via les formations internes et externes, l'accompagnement vers l'évolution des métiers.

Des entretiens professionnels sont organisés tous les deux ans.

La mission d'évaluation invite le SAMSAH à structurer sa GPEC au regard des orientations prises par la Ligue Havraise en la matière.

3.8.2.Organisation et management

Un **organigramme existe** et précise les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein du service.

Les professionnels ne disposent pas de **fiches de poste** actualisées. Un travail a été engagé avec l'ensemble des professionnels de la Ligue Havraise mais non abouti. Néanmoins, il existe un référentiel des métiers.

Les fiches de postes devront être formalisées.

Un Document Unique de Délégation (DUD) est formalisé pour le Directeur du SAMSAH.

La cheffe de service devra signer sa lettre de mission, qui fait mention de la délégation de pouvoirs de la directrice vis-à-vis d'elle.

Les entretiens d'évaluation *des professionnels du SAMSAH sont réalisés tous les deux ans* et permettent de reposer certains principes en termes d'organisation et de management.

Le management souhaité est pluridisciplinaire et participatif ; une écoute mutuelle existe entre l'équipe de direction et l'équipe de proximité et devra se poursuivre dans les prochains mois.

Si la mission a pu constater que les professionnels faisaient état d'un esprit d'équipe, elle encourage le service à poursuivre le travail mené afin de renforcer la cohésion d'équipe, qui a pu être fragilisée ces derniers mois. Il pourrait à ce titre être intéressant de mettre en place des temps de régulation d'équipe, incluant l'équipe de direction, afin de bien remettre à plat les sujets qui peuvent rester en suspens.

Par ailleurs, la mission d'évaluation encourage le service à bien clarifier la répartition des fonctions et des responsabilités de chacun, qui ne semble pas toujours limpide pour tous. Il s'agira de repartir des fiches de poste pour réaliser ce travail, et de bien définir ce qui se trouve derrière chaque fiche de poste.

4. Synthèse de l'évaluation externe

4.1. L'évaluation interne et la dynamique d'amélioration continue de la qualité

L'évaluation interne du SAMSAH a été réalisée en 2016. La démarche a été **participative et pluridisciplinaire,** permettant aux professionnels de la structure de s'y impliquer. En revanche, les partenaires n'ont pas été associés à la démarche. L'établissement s'est appuyé sur un référentiel validé par la Direction Générale de la Ligue Havraise qui incorpore les RBPP de l'ANESM/HAS. Le rapport d'évaluation interne a été validé par le Conseil d'Administration de l'Association mais les résultats n'ont pas été transmis au CVS. **La mission souligne la bonne dynamique autour de l'évaluation interne. Toutefois, elle recommande au service pour la prochaine évaluation interne d'associer les principaux partenaires et de profiter de la petite taille du service pour véritablement associer tous les professionnels, sans exception. Les résultats devront aussi être présentés aux bénéficiaires, dans le cadre du CVS par exemple.**

Suite à la réalisation de l'évaluation interne, un plan d'actions a été élaboré par le SAMSAH, sur le logiciel Ageval ; il a été présenté aux professionnels avec les résultats de l'évaluation. Le dimensionnement du plan est adapté au SAMSAH. Les actions identifiées sont jugées pertinentes par la mission d'évaluation. Le suivi du plan d'action est globalement assuré par la Direction et par le conseil d'Administration de la Ligue Havraise. Malgré l'absence de Direction ces derniers mois, la mission a pu constater un bon suivi du plan d'action dans chaque rapport d'activité, et une implication des professionnels dans sa mise en œuvre. La mission recommande au service de **prévoir une instance, même rétrécie, chargée du suivi et de l'actualisation du plan d'actions, en déterminant une périodicité. Une communication régulièrement auprès des professionnels sur la mise en œuvre du plan d'actions est également à favoriser car elle pourra être source de motivation et de valorisation du travail effectué. La mission conseille également au service de définir et suivre quelques indicateurs qualité pertinents comme souhaité par la direction.**

De manière plus générale, **le SAMSAH s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de l'accompagnement proposé, avec une démarche qualité assurée par l'équipe de direction.** La mission a également pu constater une bonne appropriation de la démarche qualité globale par les professionnels. Elle recommande au service de **continuer à communiquer régulièrement auprès des équipes sur la démarche d'amélioration de la qualité et de les impliquer dans les actions les concernant**.

Par ailleurs, plusieurs outils permettent le **recueil de la satisfaction des usagers** (groupes d'expression des usagers, échanges avec les professionnels, réunions sur les projets personnalisés). Le service a également encouragé les usagers à participer aux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) disponibles sur le Havre. Il n'existe cependant pas de registre ou de fiche de plainte ou réclamation à disposition des usagers et de leurs proches et aucune enquête satisfaction n'a été menée en 2018. **L**a mission recommande au service d'**élargir les possibilités de recueil de la satisfaction des usagers, avec notamment une mise en place d'une enquête de satisfaction à destination des usagers, et une autre à destination des proches. Une procédure et un système de gestion des plaintes et réclamations permettra également un meilleur traitement des demandes des usagers.**

Concernant le système documentaire, il se structure autour d'un **dossier usager dématérialisé sur le logiciel IMAGO et d'un dossier commun informatique** accessibles à tous les professionnels selon des droits d'autorisation. Les procédures, stockées sur le logiciel, sont également disponibles dans un classeur papier à disposition des professionnels. **La mission d'évaluation note la bonne dynamique qui entoure la structuration de la gestion documentaire et une très bonne appropriation du logiciel IMAGO de la part des professionnels.**

Par ailleurs, **les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS** sont mises à disposition des professionnels bien que leur stockage dans le bureau de la Directrice ne semble pas optimal pour en favoriser la consultation. Les recommandations sont bien mobilisées lors des différentes démarches institutionnelles ; et la mission a pu constater une bonne sensibilisation des professionnels à ces documents, bien qu'ayant identifié quelques difficultés à les raccrocher à leurs pratiques quotidiennes, par manque d'appropriation. **La mise en place de temps de sensibilisation dédiés aux recommandations de bonnes**

pratiques ainsi que leur mise à disposition dans un lieu favorisant un accès aisé aux équipes pourra selon la mission permettre d'aider à leur appropriation par les professionnels.

4.2. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre des projets de service et l'organisation de l'accompagnement des usagers

Le projet de service

Le SAMSAH dispose d'un projet de service actualisé pour la période 2019-2023, créé en suivant une démarche ayant permis la **participation de l'ensemble équipes de professionnels**. **Les bénéficiaires et les partenaires n'ont en revanche pas été sollicités au cours de la démarche** ; la mission recommande leur association à la prochaine actualisation du projet de service et leur présenter l'actuel projet de service.

Le projet de service du SAMSAH constitue un cadre de référence structuré intégrant la plupart des éléments exigés par la réglementation et recommandés par l'HAS, bien que sa taille soit plus importante que celle conseillée par les RBPP. **Une réduction de la taille du document et une traduction FALC du projet pourrait également être réalisée afin de communiquer un document plus facile à lire et à comprendre pour les personnes accompagnées entres autres**.

Le projet de service a été présenté aux professionnels pour compléments le 23 janvier 2019. Il sera présenté au Conseil d'Administration le 20 mai 2019.**La direction a bien identifié le rôle d'outil de pilotage du projet de service, et son appropriation par les équipes est jugée bonne par la mission** ; qui recommande d'**intégrer les fiches actions dans le plan d'action global et de mettre en œuvre une instance pluridisciplinaire de pilotage pour améliorer le suivi de l'outil.**

L'organisation de l'accompagnement proposé

Le public accompagné par le SAMSAH est principalement composé de personnes adultes en situation de handicap, moteur et/ou avec une déficience intellectuelle et/ou avec un handicap psychique. **Le service propose un suivi social et médico-social et une réinsertion sociale voire professionnelle en milieu ordinaire ou protégé.** L'accompagnement proposé est en pleine **cohérence avec les orientations et valeurs de la Ligue Havraise, ainsi qu'avec les missions et orientations des politiques publiques. La localisation du SAMSAH apparait pertinente**, à une dizaine de minutes du centre du Havre et étant desservi par le service de transport « Mobifil ».

Sur le plan des moyens humains, le service apparait bien doté, avec un total de 5,52 ETP. L'équipe du SAMSAH est pluridisciplinaire et composée d'un directeur, une cheffe de service, une infirmière, une référente socioéducative, une psychologue, une aide-soignante, une AMP, un agent de service et une secrétaire. On note cependant l'absence prolongée de directrice au cours des derniers mois ainsi que la non utilisation des 0.10 ETP de médecin généraliste prévus dans le service. **Au plan des moyens matériels, le SAMSAH apparaît correctement équipé, hormis pour les locaux** qui ne sont pas adaptés en termes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, ce que le service pallie en proposant un accueil aux PMR au rez-de-chaussée.

Le service propose plusieurs types d'accompagnement. Un premier accompagnement consiste en une **coordination médicale assurée par l'infirmière** qui assure la prise de contact et le lien avec les médecins spécialistes et paramédicaux de l'usager ainsi qu'un accompagnement de l'usager aux rendez-vous s'il le souhaite. Ainsi, **l'accompagnement médical et paramédical (incluant la gestion des médicaments et la réalisation des soins) n'est pas réalisé directement au sein du service. L'accompagnement social et éducatif est assuré par une référente dédiée une aide-soignante et une AMP**, notamment au travers d'un accompagnement aux gestes du quotidien, au maintien et développement du lien social, familial et parfois professionnelle et un accompagnement pour favoriser l'accès aux droits, dont le droit à la citoyenneté. Le service organise également des temps collectifs avec les usagers au-travers d'ateliers ou de sorties. La psychologue intervient auprès des professionnels pour leur apporter un éclairage et son expertise dans le cadre des réunions pluriprofessionnelles notamment, mais aussi auprès des usagers dans le cadre de consultations individuelles. Un gros **travail avec les bénéficiaires est réalisé sur les problématiques d'addiction** en collaboration avec l'infirmière, afin d'assurer un accompagnement dédié aux personnes le nécessitant. L'établissement travaille également avec d'**autres**

psychologues spécialisés (notamment sur le handicap et la sexualité), vers lesquels les bénéficiaires sont réorientés si besoin d'un suivi plus approfondi. Un **accompagnement aux démarches budgétaires et administratives** est également réalisé par la référente socio-éducative, qui propose aussi un appui aux démarches liées au logement des bénéficiaires et une possibilité de dialoguer avec l'ASE. **Les projets et les dispositifs d'accompagnement du SAMSAH sont globalement en adéquation avec les besoins des publics accompagnés selon la mission.**

Chaque usager bénéficie d'un **document individuel de prise en charge (DIPC)** créé et signé par le bénéficiaire à son arrivée, et précisant la nature des prestations dont il bénéficie et les objectifs définis dans son projet personnalisé. Il est stocké sur le logiciel utilisé par la structure, IMAGO, qui garantit la confidentialité des données. Les projets personnalisés et de dossier de suivi des bénéficiaires sont également stockés sur IMAGO. **La mission d'évaluation note la bonne dynamique qui entoure la structuration de la gestion documentaire et une très bonne appropriation du logiciel IMAGO de la part des professionnels. Elle recommande en outre de scanner les actualisations des projets personnalisés sur IMAGO.**

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

Le SAMSAH est accessible par la route, et est également très bien desservi par le réseau de bus local grâce à sa proximité avec le centre-ville. De manière générale, la Ligue Havraise est une association reconnue sur le territoire mais **le SAMSAH gagnerait à être davantage connu et repéré par l'ensemble des acteurs locaux. La mission d'évaluation recommande au service de multiplier les actions en vue de se faire davantage connaitre par l'extérieur, d'organiser des journées dans ses locaux et en dehors pour présenter ses missions, etc.**

Le SAMSAH est ouvert à son environnement, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de personnes extérieures à l'intérieur de l'établissement (stagiaires, familles…) **L'établissement travaille également à développer son ouverture sur l'environnement** en mobilisant une diversité de partenariats sur les volets médical, paramédical, institutionnel, social/médico-social, professionnel et associatif. **La mission souligne la diversité de ces partenariats et encourage leur formalisation par des conventions.**

En outre, le service est **bien perçu par son environnement**. Les proches comme les bénéficiaires interrogés par la mission sont très satisfaits du service rendu par la structure, soulignant le respect des personnes accompagnées et la valorisation de l'autonomie des usagers. **Les partenaires soulignent unanimement l'excellent contact avec le SAMSAH et la « réactivité » des équipes**. Une coordination spécifique est notamment mise en place avec les autres acteurs de l'aide à domicile. **La mission valorise l'excellente ouverture du service à et sur son environnement ; elle l'encourage à communiquer de manière régulière avec les partenaires pour informer sur les modalités d'accompagnement du SAMSAH et échanger avec certains partenaires clefs sur le projet personnalisé afin d'assurer par pertinence du suivi.**

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

Le processus d'admission et d'accueil d'un nouveau bénéficiaire est décrit dans le projet de service. **Une procédure formalise les modalités d'admission et permet une mise en œuvre clair, progressive et bien structurée du processus** : dès réception d'une notification, un dossier de préadmission est transmis en retour par la secrétaire ; le dossier est rentré dans IMAGO une fois retourné complété à la structure. Un rdv est ensuite organisé avec la cheffe de service si l'établissement dispose de places. Une visite chez le bénéficiaire pour identifier les besoins est ensuite organisée. La demande d'admission, si confirmée suite au premier RDV, est ensuite présentée à la commission d'admission qui se tient de manière hebdomadaire avec la Directrice, la cheffe de service, les membres de l'équipe éducative et soignante et la psychologue. Si la personne est acceptée dans le service, un entretien avec la cheffe de service est organisé avec l'usager et son mandataire et l'assistante sociale de la personne le cas échéant, afin de formaliser l'entrée dans le service. Les documents de la loi 2002-2 sont à cette occasion remis en main propre et explicités au bénéficiaire. **La mission souligne la qualité du**

processus d'admission, favorisant ainsi la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux besoins de chaque usager et veillant au recueil de leur consentement. Elle encourage la mobilisation des ressources en médecins généralistes pour appuyer le processus d'admission

Un ensemble de dispositifs permettent la bonne adaptation de l'accompagnement à l'usagers. Chaque nouvel arrivant dispose d'une référente attribuée, soit l'IDE soit la référente socioéducative selon des besoins plutôt médicalisés ou socio-éducatifs de l'usager, et la disponibilité des référentes. Une coréférente AMP ou aide-soignant est également attribuée. Une évaluation des compétences de chaque nouveau bénéficiaire du service est réalisée par la référente socio-éducative en partenariat avec l'AMP et le logiciel est rapidement mis à jour sur les habitudes et les intérêts de la personne accompagnée. **La mission souligne la qualité du processus d'admission et d'accueil du service qui permet une adaptation progressive à la personne accompagnée.**

Chaque nouveau bénéficiaire du SAMSAH dispose **d'un projet personnalisé créé au plus tard 6 mois après le début de son accompagnement** conformément à l'obligation légale. **La démarche de projet personnalisé est évoquée dans le projet de service et connue des équipes.** Le PP fait l'objet d'une démarche de construction pluridisciplinaire favorisant le recueil des besoins et attentes des usagers et leur mise en œuvre au quotidien par l'équipe pluridisciplinaire. **Le contenu des projets personnalisés apparaît pertinent**, avec une trame de Projet Personnalisé qui permet l'harmonisation et la structuration des documents. La fréquence et le contenu des réunions pour assurer la coordination des accompagnements et la réactualisation des projets personnalisés (100% réactualisés lors de la visite sur site) apparaissent très pertinents et doivent être poursuivis. Cependant, **la mission encourage l'établissement à bien veiller à la signature de chacun des projets personnalisés, à la fois à leur création et à leur évaluation, et en garder la trace sur IMAGO. Le caractère pluridisciplinaire de la construction du PP pourra également être développé,** notamment en discutant plus systématiquement les PP en réunion pluridisciplinaire plutôt qu'en transmission avec les équipes AS/AMP/IDE/éducatrice.

La fin d'accompagnement est souvent caractérisée par une réorientation vers une prise en charge par un autre établissement ou par un accompagnement en fin de vie de la personne. Dans le cas d'une réorientation, un entretien a lieu avec la direction et le bénéficiaire et/ou ses représentants pour valider définitivement le souhait de fin d'accompagnement par le SAMSAH. Puis un accompagnement à l'intégration d'une nouvelle structure est proposé avec transmission du dossier bénéficiaire à la structure si établissement de l'association, et transmission d'un état des lieux de la prise en charge médicale de la personne sinon. Un accompagnement à la visite de la nouvelle structure est également réalisé par les référentes, ce qui permet un dialogue avec les équipes qui prendront ensuite en charge le bénéficiaire et une prise de contact en cas de besoin. En cas de fin de vie, le SAMSAH travaille avec le réseau RESPECT afin d'assurer la coordination à domicile. L'AMP est formée aux accompagnements en fin de vie. Une psychologue est à disposition des équipes afin d'échanger si besoin sur le sujet. **La mission encourage la structure à formaliser la démarche de fin d'accompagnement au sein d'une procédure. Le dossier IMAGO de suivi des bénéficiaires du SAMSAH pourra également être transféré aux structures ne faisant pas partie de la Ligue Havraise prenant en charge l'ancien bénéficiaire, le cas échéant et dans le respect de la volonté du bénéficiaire.**

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

La garantie des droits

Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil sont globalement complets mais restent à compléter au regard des règlementations et des RBPP. Ils sont remis avec le DIPC et la Charte des droits et libertés des personnes accueillies, et explicités par la directrice adjointe à l'usager lors de son entretien d'admission, réalisé dans les locaux du SAMSAH ; **assurant ainsi le droit à l'information des usagers. La mission d'évaluation encourage la structure à compléter et à travailler la lisibilité des documents pour les bénéficiaires (ajout de pictogrammes, style rédactionnel simple, etc.) Un travail peut être réalisé directement avec les bénéficiaires sur les outils afin d'en faciliter l'appropriation.**

Par ailleurs Le SAMSAH a mis en œuvre **différents moyens assurant le respect du droit d'expression et de participation de ses bénéficiaires :** groupes d'expression, rencontres mensuelles avec la référente, implication

dans le PP notamment. **Le droit à la protection des usagers est également assuré** grâce à la présence de professionnels dans les locaux lors des venues des bénéficiaires et à la continuité de la prise en charge assurée par le SAMSAH**. Le droit à l'autonomie est le maitre mot de l'accompagnement du SAMSAH** et se décline dans les actions menées par les équipes tout en étant formalisé par le projet personnalisé. **La mission encourage à cet égard le service à multiplier les temps d'échanges sur l'équilibre entre autonomie et protection.** Les équipes attachent une grande importance au droit à l'intimité et à la dignité, au respect des liens familiaux et amicaux et aux pratiques religieuses et civiques et veillent à les protéger et les favoriser dans le cadre de l'accompagnement des usagers. **La mission souligne les efforts importants déployés pour conjuguer ces différents droits dans le respect de la volonté de l'usager.**

La politique de prévention des risques

Les bâtiments sont globalement conformes aux normes d'hygiène et de sécurité. Un registre de sécurité est tenu à jour à l'entrée de l'établissement. Les opérations de contrôle periodique et de maintenance de l'installation électrique et de la sécurité incendies sont régulièrement faites. Les formations incendie, PRAP, SST, habilitation électrique sont réalisées et consignées sur serveur Ligue Havraise. Le bail commercial oblige le service à un certain nombre d'obligations en matière d'entretien, de réparations et de remplacement qui sont régulièrement effectués. Le bâtiment n'est cependant pas entièrement accessible aux PMR.

La continuité et la sécurité des interventions est assurée par la régularité des réunions d'équipe et la mise en place d'un accueil téléphonique et physique. **Il n'existe cependant pas de système d'astreinte en dehors des horaires d'ouverture**, mais il s'agit d'un choix du service pour inciter les usagers à développer leur autonomie. La mission note que certaines absences d'intervenantes à domicile ne sont parfois pas remplacées et que le service ne dispose pas de toutes les procédures d'urgence nécessaires à la bonne sécurité des interventions. **La mission encourage par conséquent le service à répertorier les procédures d'urgence intéressantes à formaliser, avec l'équipe, et à les coconstruire avec les professionnels, afin d'en assurer une bonne appropriation.**

Une procédure de gestion des évènements indésirables existe (créée en 2015, révisée en octobre 2017). Elle y décrit de manière claire les différentes étapes à suivre en cas d'évènement. Une fiche de déclaration d'évènement indésirable est également formalisée ; mais est cependant peu utilisée, sans doute par manque d'appropriation par les professionnels. **La mission d'évaluation recommande au service de s'assurer de la mise à jour de la procédure de gestion des événements indésirables** (et veiller à la bonne coordination avec le siège de la Ligue Havraise, en particulier en cas d'évènements indésirables graves), et d'en assurer l'appropriation par les professionnels. Un travail d'analyse des évènements indésirables pourra également être engagé avec la mise en place de retours d'expérience suite aux événements indésirables, d'un plan d'actions suite à tout évènement indésirable ainsi que d'un bilan annuel des événements indésirables.

Le SAMSAH s'inscrit par ailleurs dans une dynamique générale de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance. Il n'existe cependant pas de procédure concernant la bientraitance et l'obligation de signalement en cas de maltraitance, ni de formation annuelle des salariés à la bientraitance. La mission recommande au service de palier à ces points en poursuivant les réflexions sur la bientraitance en équipe pluridisciplinaire en mobilisation des RBPP. Par ailleurs la mission recommande à l'établissement de veiller à l'affichage du numéro maltraitance.

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	▪ Une évaluation interne réalisée dans les délais règlementaires ▪ Une démarche d'évaluation participative et pluridisciplinaire ▪ Une démarche qui a pris appui sur un référentiel validé par la Direction Générale de la Ligue Havraise ▪ Un rapport d'évaluation interne validé par le conseil d'administration de l'Association	▪ Des partenaires qui n'ont pas été associés à la démarche d'évaluation	▪ Pour la prochaine évaluation interne : o Associer les principaux partenaires o Profiter de la petite taille du service pour véritablement associer tous les professionnels, sans exception
Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche	▪ Un plan d'action créé suite à l'évaluation interne sur Ageval, devenu le plan d'action global de la structure ▪ Un dimensionnement du plan adapté au SAMSAH et des actions identifiées pertinentes ▪ Des résultats de l'évaluation interne et le plan d'action présentés à l'ensemble des salariés ▪ Un suivi du plan d'action assuré par l'équipe de Direction et une présentation chaque semestre au Conseil d'Administration de la Ligue Havraise ▪ Un service qui s'applique à indiquer le suivi du plan d'actions dans chaque rapport d'activité ▪ Des professionnels impliqués dans la mise en œuvre du plan d'action	▪ Un suivi interne du plan d'action qui n'a pu être assuré pendant plusieurs mois en l'absence de Direction	▪ Prévoir une instance, même rétrécie, chargée du suivi et de l'actualisation du plan d'actions, en déterminant une périodicité ▪ Communiquer régulièrement auprès des professionnels sur la mise en œuvre du plan d'actions afin que cela soit source de motivation et de valorisation du travail effectué ▪ Définir et suivre quelques indicateurs qualité pertinents
La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations	▪ Une bonne dynamique d'amélioration continue de la qualité et de l'accompagnement ▪ Un pilotage par l'équipe de Direction adapté et pertinent au regard du service	▪ Absence de registre ou de fiche de plainte ou réclamation à disposition des usagers et de leurs proches ▪ Aucune enquête satisfaction menée en 2018	▪ Continuer à communiquer régulièrement auprès des équipes sur la démarche d'amélioration de la qualité et de les impliquer dans les actions les concernant.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	▪ Une bonne appropriation de la démarche qualité par les professionnels ▪ Plusieurs dispositifs de recueil de la satisfaction des usagers mis à disposition par le SAMSAH (groupes d'expression, échanges bénéficiaires professionnels en direct, réunions projets personnalisés) ▪ Une incitation à la participation à deux groupes l'entraide Mutuelle sur le territoire ▪ Une bonne dynamique de structuration de la gestion documentaire, centralisée autour du dossier usager dématérialisé sur le logiciel IMAGO et du dossier commun informatique ▪ Une confidentialité des informations assurée par le logiciel qui adapte les contenus visibles par les professionnels selon leur statut ▪ Un logiciel bien renseigné et intuitif ▪ Une mise à disposition de certains documents dans un classeur papier pour les professionnels : projet de service, rapports d'activité… ▪ Des ressources documentaires ainsi que des outils informatiques que se sont bien approprié les professionnels ▪ Un travail important de mise à jour et de formalisation des documents		▪ Élargir les possibilités de recueil de la satisfaction des usagers : o Mettre en place une enquête de satisfaction annuellement, à destination des usagers, adaptée en FALC, qui porterait notamment sur les thématiques suivantes : la santé, la vie quotidienne, la vie pratique, la vie sociale, les professionnels et leurs interventions, l'autonomie du bénéficiaire ; o Mettre en place une enquête de satisfaction annuellement, à destination des proches ; o Mettre en place une procédure et un système de gestion des plaintes et réclamations ▪ Poursuivre dans la dynamique d'actualisation des procédures et protocoles ▪ Travailler une procédure de gestion des risques lors des interventions à domicile ▪ Scanner les actualisations des projets personnalisés sur IMAGO.

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les modalités d'appropriation des RBPP et la mobilisation des recommandations	▪ Des RBPP mises à disposition des professionnels ▪ Une veille assurée par le siège de la Ligue Havraise et transmise sur un serveur commun ▪ Des RBPP mobilisées dans les différentes démarches institutionnelles du service ▪ Des professionnels globalement sensibilisés aux RBPP	▪ Un lieu dédié à la consultation des RBPP (le bureau de la cheffe de service peu adapté pour les professionnels ▪ Des professionnels qui peinent à faire le lien entre le contenu des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et leurs pratiques quotidiennes	▪ Mettre en place des temps de sensibilisation dédiés aux recommandations de bonnes pratiques, de façon à permettre une bonne appropriation par les professionnels ▪ Mettre les recommandations de bonnes pratiques dans un lieu qui permette un accès plus facile par l'ensemble des professionnels.

5.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation des projets de service et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Elaboration, mise en œuvre et suivi des projets de service	▪ Existence d'un projet de service à jour (2019-2023) ▪ Création du projet dans une démarche pluridisciplinaire impliquant l'ensemble des professionnels du service ▪ Un projet présenté aux professionnels pour compléments et présenté au Conseil d'Administration	▪ Des bénéficiaires et les partenaires qui n'ont en revanche pas été sollicités dans la démarche d'élaboration	▪ Concernant le projet actuel : ○ Réaliser une traduction FALC du projet afin de communiquer un document plus facile à lire et à comprendre pour les personnes accompagnées et même le reste des interlocuteurs ○ Présenter le projet de service au prochain groupe d'expression des bénéficiaires ○ Présenter le projet de service aux partenaires ○ Mettre le projet de service traduit en FALC à disposition dans la salle d'accueil du SAMSAH

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
			▪ Associer les bénéficiaires et les partenaires dans le cadre de sa prochaine l'actualisation du projet de service
Cohérence et pertinence du projet	▪ Un projet de service du SAMSAH qui constitue un cadre de référence structuré sur période de 5 ans conformément à la règlementation ▪ Un document qui intègre la majorité des RBPP de l'ANESM/HAS ▪ Un document clairement structuré et cohérent ▪ Un document bien identifié dans son rôle d'outil de pilotage ▪ Une bonne appropriation par les équipes ▪ Un projet en cohérence avec les orientations et valeurs de la Ligue Havraise ▪ Un projet cohérent au sens des politiques publiques ▪ Des projets et dispositifs d'accompagnement du SAMSAH globalement en adéquation avec les besoins des publics accompagnés ▪ Un service bien doté sur le plan humain ▪ Un appui possible sur les fonctions supports de la Ligue Havraise ▪ Une équipe pluridisciplinaire complete ▪ Une localisation pertinente et assurant son accessibilité ▪ Un établissement qui dispose de moyens matériels globalement suffisants ▪ Un effort fait pour améliorer la prise en charge des PMR malgré des locaux non adaptés ▪ Un service qui dispose de véhicules dont un adapté aux PMR	▪ Une inscription du service dans les orientations des politiques publiques locales à détailler ▪ Une démarche qualité à préciser, concernant la gestion des réclamations et des évènements indésirables ▪ La promotion de la bientraitance qui mériterait d'être explicitée, en particulier la manière dont elle est déclinée de manière opérationnelle sur le service ▪ Une présentation de l'équipe (compétences et ETP) à mettre en valeur dans le document ▪ Un document qui dépasse par sa taille les RBPP ▪ Un document qui manque d'images et de schémas pour améliorer sa lisibilité ▪ Une absence de lien explicite entre les axes stratégiques de « Horizon 2020 » et leur déclinaison opérationnelle dans le SAMSAH ▪ Pas de présentation pour validation du projet de service par le Conseil d'Administration ▪ Un Projet d'établissement qui fait référence aux orientations des politiques publiques sans beaucoup les détailler	▪ Compléter le projet de service au regard des faiblesses identifiées ▪ Réduire la taille du projet selon les RBPP de l'ANESM/HAS qui préconisent une trentaine de pages, notamment en intégrant des schémas pour synthétiser des idées ▪ Illustrer davantage le document afin d'en favoriser l'appropriation par tous ▪ Saisir les fiches action dans le plan d'action global du service sur Ageval, pour une bonne mise en cohérence et un bon pilotage du service ; ▪ Présenter le projet à tout nouveau salarié pour une bonne appropriation lors de sa prise de poste ; ▪ Mettre en œuvre une instance pluridisciplinaire de pilotage, en charge de l'actualisation du projet de service ▪ Faire valider le projet de service par le Conseil d'Administration de la Ligue Havraise. ▪ Décliner de manière plus précise les orientations des politiques publiques et les axes stratégiques d'« Horizon 2020 » dans le projet ▪ Former l'équipe sur les conduites addictives ▪ Anticiper une prise en charge de personnes atteintes de maladies rares ou cérébrolésées en formant les

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
		▪ Un manque de formation face au public addict selon certains professionnels ▪ Un établissement insuffisamment repéré par les acteurs et notamment les orienteurs ▪ Des horaires d'ouverture qui ne semblent pas correspondre aux besoins des personnes accompagnées, qui souhaiteraient pouvoir contacter ou être accompagnées par le SAMSAH sur des plages horaires plus large ▪ Des projets qui ont été ralentis par l'absence d'un directeur au cours de l'année 2018 ▪ Un poste de médecin prévu qui n'est pas assuré de façon satisfaisante ▪ Des locaux qui ne sont pas adaptés aux personnes à mobilité réduite	professionnels à la prise en charge d'un tel public ▪ Renforcer la communication sur le rôle et les missions du SAMSAH à destination de tous les partenaires et intervenants, et autour du projet global de la personne. ▪ Prendre une décision quant à des horaires d'ouverture élargies, dans le courant de l'année 2019 ▪ Poursuivre les actions en vue de faire intervenir de manière plus sécurisée les compétences d'un médecin / médecin psychiatre
Qualité d'accompagnement	**<u>Le cadre de vie</u>** ▪ Une localisation des locaux pertinente, favorisant son identification et l'accessibilité pour les familles, partenaires et bénéficiaires ▪ Des locaux avec bon équipement : cuisine, salle de réunion, parking…	**<u>Le cadre de vie</u>**	**<u>Le cadre de vie</u>** ▪ Améliorer la signalétique du SAMSAH, afin de pouvoir différencier clairement les bureaux du SAMSAH de ceux des autres services de la Ligue Havraise présents sur le site
	<u>L'accompagnement proposé</u> ▪ Un accompagnement global proposé par le service en bonne cohérence avec les missions d'un SAMSAH, avec un objectif de favoriser l'autonomie de la personne et sa réinsertion/insertion en milieu ordinaire ▪ Un accompagnement médical coordonné par l'IDE qui assure le lien entre les différents	**<u>L'accompagnement proposé</u>** ▪ Absence de temps propres dédiés à la prévention de l'usure des aidants, ou de temps dédiés autour du répit	**<u>L'accompagnement proposé</u>** ▪ Développer un accompagnement aux familles et aux proches des bénéficiaires afin de prévenir d'éventuelles situations d'usure (groupes de parole, temps de réunion…

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	professionnels intervenant auprès de l'usager et assure le suivi de la prise en charge ▪ Un accompagnement à l'adaptation du logement proposé grâce à un partenariat avec une ergothérapeute ▪ Un bilan fait à l'arrivée d'un nouveau bénéficiaire pour évaluer les besoins, entres autres médicales, de la personne accompagnée et les possibilités d'accompagnement ▪ Un soutien proposé dans les démarches de recherche de médecin généraliste grâce à des partenariats avec des professionnels du territoire ▪ Un bon accompagnement socio-éducatif assuré par une équipe pluridisciplinaire, permettant de développer/maintenir l'autonomie aux gestes du quotidien, sociale voir professionnelle, grâce à : ○ Une évaluation des compétences et un travail sur le maintien des acquis ○ Un soutien des bénéficiaires dans leurs démarches citoyennes, de financements, de logement et leurs démarches administratives diverses ○ Une combinaison de temps individuels et collectifs proposés aux bénéficiaires ○ Une richesse de partenariats permettant une articulation avec les autres structures intervenant sur le territoire et une orientation des bénéficiaires vers des acteurs locaux		▪ Développer une participation plus poussée de la psychologue à l'élaboration et à l'évaluation des projets personnalisés.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	○ Une mobilisation des proches/référents légaux dans la limite du souhait du bénéficiaire pour améliorer la prise en charge et veiller au maintien du lien familial ○ Des interventions organisées à la fois au domicile du bénéficiaire et sur l'extérieur ○ Une préparation de l'après-SAMSAH ○ Un accompagnement psychologique proposé aux usagers, avec un travail d'adaptation aux problématiques rencontrées (par exemple, les addictions) ○ Une bonne coordination du travail de la psychologue avec les équipes par le biais de sa participation aux réunions pluriprofessionnelles et l'utilisation du logiciel IMAGO ○ Des partenariats avec d'autres psychologues du territoire permettant un accompagnement plus poussé ou sur des thématiques spécifiques si besoin ○ Une disponibilité de la psychologue pour les membres de l'équipe		
	<u>La coordination de l'accompagnement</u> ▪ Plusieurs temps de coordination des accompagnement et d'harmonisation des pratiques mis en place permettant une bonne organisation des prises en charge ▪ Une traçabilité des accompagnements dans le logiciel IMAGO	**<u>La coordination de l'accompagnement</u>** ▪ Absence de réunion formalisée entre la directrice et la cheffe de service	**<u>La coordination de l'accompagnement</u>** ▪ Mettre en œuvre une réunion de CODIR entre la directrice et la cheffe de service par exemple, formalisée, avec un ordre du jour et un compte-rendu à l'appui ▪ Programmes des réunions plus régulières entre la Direction et l'équipe de proximité

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
			du SAMSAH (tous les deux mois par exemple).
	Le dossier de l'usager ▪ La constitution d'un dossier usager informatisé pour chaque bénéficiaire ▪ Une procédure d'accès au dossier formalisée, permettant à l'usager et à ses proches d'y accéder ▪ Un dossier de l'usager bien structuré		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	▪ Un service qui facilite la venue de personnes extérieures à l'intérieur de l'établissement, ainsi que l'accueil des familles et de stagiaires ▪ Un travail important réalisé pour développer les partenariats sur des volets diversifiés : médical et paramédical, institutionnel, social et médicosocial, professionnel, associatif	▪ Un SAMSAH qui gagnerait à être davantage connu et repéré par l'ensemble des acteurs locaux	▪ Multiplier les actions en vue de se faire davantage connaitre par l'extérieur, organiser des journées dans ses locaux et en dehors pour présenter les missions du service
Visibilité et perception de l'établissement	▪ Un service globalement bien connu et repéré sur le territoire ▪ Des usagers rencontrés très satisfaits de leur accompagnement par le SAMSAH, qu'ils jugent adaptés et dont ils apprécient tout particulièrement les temps collectifs	▪ Une méconnaissance des modalités de l'accompagnement dispensé par le SAMSAH soulignée par certains partenaires et un souhait de connaitre mieux les activités et accompagnements proposés	▪ Communiquer plus régulièrement auprès des différents partenaires pour informer sur les modalités d'accompagnement du SAMSAH ▪ Formaliser les partenariats existants par une convention ▪ Présenter/discuter des PP avec certains partenaires clés, notamment ceux ayant

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	▪ Des proches qui soulignent les bénéfices de l'accompagnement du SAMSAH pour les usagers et qui sont satisfaits de la place qui leur est offerte ▪ Des partenaires qui valorisent un bon contact avec le SAMSAH, une bonne réactivité et un respect mutuel	▪ Certains partenaires en demande de formalisation de leur partenariat par une convention	également formalisé des PP (SAAD…) afin d'assurer la cohérence de la prise en charge et la continuité entre les accompagnements

5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Processus d'admission et d'accueil	▪ Un accueil physique et téléphonique assuré par l'équipe du SAMSAH ▪ Une orientation des visiteurs/usagers appelant ou venus sur place faite de manière adéquate et une information transmise de qualité ▪ Un espace d'attente aménagé accessible à l'entrée du service ▪ Un processus d'admission et d'accueil formalisée dans le projet de service ▪ Existence d'une procédure formalisant les modalités d'admission, permettant une mise en œuvre claire, progressive et bien structurée et assurant une adaptation de l'accompagnement et un recueil du consentement de l'usager ▪ Un bon déroulement de la phase d'accueil du nouveau bénéficiaire, qui lui permet de prendre progressivement ses repères ▪ Un effort pour adapter l'accompagnement dès le début aux souhaits et besoins du bénéficiaire	▪ Des conditions architecturales des locaux qui ne permettent pas un accueil optimal des visiteurs	▪ Poursuivre la mobilisation des ressources en médecins généralistes pour appuyer le processus d'admission ▪ Poursuivre les efforts d'adaptation du service et des autres services dans l'établissement pour s'adapter aux conditions architecturales du bâtiment pour proposer un accueil le plus adapté possible notamment aux PMR

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	▪ Une démarche d'accueil et d'intégration connue des professionnels rencontrés ▪ Un système de coréférence intéressant et pertinent, qui montre que le service est dans une démarche d'amélioration continue de son accompagnement.		
Elaboration, rédaction et actualisation du projet personnalisé	▪ Une création pour chaque bénéficiaire du service d'un projet personnalisé, élaboré pour sa première version dans les 6 mois suite à l'admission, puis actualisé chaque année *a minima* ▪ Des projets personnalisés stockés sur le logiciel IMAGO ▪ Existence d'une trame de projet personnalisé assurant l'harmonisation des contenus des projets ▪ Un contenu des projets personnalisés pertinent, avec des objectifs adaptés pour chaque personne accompagnée ▪ Une démarche d'élaboration des projets personnalisés structurée, évoquée dans le projet de service ▪ Une démarche d'élaboration de suivi et d'évaluation appropriée par les équipes, le projet étant perçu comme un véritable outil d'accompagnement ▪ Une démarche d'évaluation du projet annuelle, avec implication des équipes et validation de l'usager ou de ses référents	▪ Une signature des projets personnalisés initiaux qui apparait comme pas toujours systématique ▪ Des paramédicaux peu impliqués dans la création du projet personnalisé	▪ Veiller à la signature de chacun des projets personnalisés, à la fois à leur création et à leur évaluation, et en garder la trace sur IMAGO ▪ Développer le caractère pluriprofessionnel de la construction des projets personnalisés, notamment en discutant plus systématiquement les PP en réunion pluridisciplinaire plutôt qu'en transmission avec les équipes AS/AMP/IDE/éducatrice ▪ Développer une démarche d'évaluation des projets personnalisés pluridisciplinaire associant tous les professionnels intervenants auprès de la personne accompagnée.
Fin d'accompagnement	▪ Un service qui assure globalement une transmission des informations relatives à la personne au nouvel établissement la prenant en charge ▪ Une disponibilité des équipes pour assurer le relai avec les nouveaux encadrants du bénéficiaire ▪ Des partenariats effectifs en cas d'accompagnement en fin de vie pour assurer la qualité de la pris en charge et une prise en considération des dernières volontés ▪ Une professionnelle du SAMSAH formée à l'accompagnement en fin de vie	▪ Pas de procédure d'accompagnement en fin de vie ▪ Un dossier IMAGO transmis aux autres structures de la Ligue mas pas aux établissements extérieurs	▪ Formaliser la démarche de fin d'accompagnement au sein d'une procédure ▪ Rendre possible le transfert du dossier IMAGO de suivi des bénéficiaires du SAMSAH dans le respect de la volonté du bénéficiaire

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	▪ Des sessions de partage d'expérience mises en place avec une psychologue extérieure avec les équipes de la structure		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	▪ Des groupes d'expression réunissant les usagers volontaires un fois par trimestre ▪ Une intégration du bénéficiaire dans la démarche de Projet personnalisé ▪ Une visite par la référente socio-éducative une fois par mois à minima ou une rencontre au SAMSAH	▪	▪
La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	▪ Une diversité de moyens assurant le respect du droit d'expression et de la participation (groupes d'expression, rencontres à domicile avec la référente socio-éducative, intégration des bénéficiaires dans les projets personnalisés) ▪ Des possibilités d'expression des usagers dans un cadre individuel et collectif ▪ Des bénéficiaires et des familles qui soulignent une disponibilité des professionnels à leur égard		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	▪ Une mise en place de l'ensemble des documents de la loi 2002-2 ▪ Des documents globalement complets ▪ Des documents permettant d'assurer le droit à l'information via leur remise en main propre et explicitation ▪ un recueil du consentement de la personne central structurant dans la démarche d'accompagnement	• Un règlement de fonctionnement et un livret d'accueil à compléter au regard de la législation en vigueur et de RBPP de l'ANESM/HAS	▪ Compléter le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ▪ Travailler la lisibilité des documents pour les bénéficiaires (ajout de pictogrammes, style rédactionnel simple, etc.) ▪ Envisager une intervention directement avec les bénéficiaires sur les outils afin d'en faciliter l'appropriation ▪ Multiplier les temps d'échanges avec les professionnels sur l'équilibre entre autonomie et protection afin de partager les visions de chacun et d'harmoniser ainsi les pratiques
Actions entreprises pour assurer le respect de la vie privée, la dignité et la liberté d'aller et venir	▪ Un droit à la protection assuré par le service ▪ Un droit à l'autonomie qui régit l'accompagnement du SAMSAH, formalisé dans le cadre des projets personnalisés ▪ Un droit à l'intimité assuré grâce à une relation de confiance instaurée avec l'usager ▪ Un droit à l'intimité intégré dans les pratiques et assuré par les professionnels ▪ Un droit au respect des liens familiaux et amicaux assuré grâce à une mobilisation des proches dans l'accompagnement des usagers ▪ Un exercice des droits civiques et religieux favorisé par l'intervention du SAMSAH		▪ Poursuivre les efforts pour assurer un respect et une valorisation des droits des personnes accompagnées
Sécurité des lieux et de personnes	▪ Un service qui assure une continuité et une sécurité des interventions pendant les heures d'ouverture ▪ Réalisation des opérations de maintenance sur la base des obligations légales	▪ Pas de système d'astreinte en dehors des horaires d'ouverture ▪ Inaccessibilité de l'étage aux PMR	

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
	▪ Bon entretien des locaux ▪ Existence d'un registre de sécurité ▪ Des procédures de contrôle periodique et de maintenant réalisés par des organismes externes ▪ Les formations incendie, PRAP, SST, habilitation électrique régulièrement réalisées		
Politique globale de prévention et de gestion des risques	• Des échanges formalisés et informels entre les professionnels permettant d'assurer la continuité et la sécurité des interventions • Un accueil physique et téléphonique assuré sur les heures d'ouverture • Des professionnels bien formés tous les deux ans aux gestes de premiers secours	▪ Des professionnels parfois pas remplacés en cas d'absence ▪ Des procédures d'urgence incomplètes, manquant notamment les procédures en cas d'accident, en cas d'agression ou de risque d'agression, gestion du risque suicidaire, gestion des situations difficiles et urgences à domicile, etc. ▪ Des professionnels qui n'ont pas été sensibilisés à la déclaration et à la gestion des évènements indésirables depuis plusieurs années.	▪ Répertorier les procédures d'urgence intéressantes à formaliser, avec l'équipe, et les coconstruire avec les professionnels, afin d'en assurer une bonne appropriation ▪ S'assurer de la mise à jour de la procédure de gestion des événements indésirables (et veiller à la bonne coordination avec le siège de la Ligue Havraise, en particulier en cas d'évènements indésirables graves) ; ▪ Diffuser la procédure et la présenter à l'ensemble de l'équipe, sans exception, dans le cadre d'une réunion dédiée ; sensibiliser les professionnels à l'importance de la déclaration ▪ Mettre les fiches de signalement d'évènements indésirables à disposition dans les locaux du SAMSAH, de sorte que toute personne puisse s'en saisir et les compléter si besoin ▪ Mettre en place des retours d'expérience suite aux événements indésirables ▪ Réaliser un plan d'actions suite à tout évènement indésirable ; ▪ Réaliser un bilan annuel des événements indésirables.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Prévention des risques professionnels et santé au travail	• Existence d'un CHSCT et une cellule de soutien à disposition des professionnels • Existence d'un DUERP du SAMSAH à jour à l'élaboration duquel les professionnels ont participé • La prévention de l'usure assurée en interne par : o La fluidité de la communication au sein de l'équipe ; o La prise de relai des professionnels les uns vis-à-vis des autres, en cas d'usure ou de prise en charge complexe : le principe de la double référence permet cela ; o La formation professionnelle ; o La mise en place des entretiens professionnels tous les deux ans ; o La mise en place de groupes d'analyse de la pratique animés par une psychologue extérieure	• Un dernier DUERP pour lequel il n'y avait pas eu de mise en œuvre réelle et opérationnelle des actions correctives identifiées • Absence de définition des modalités de suivi régulier de ce DUERP en lien avec le CHSCT	▪ Pérenniser la réalisation des groupes d'analyse de la pratique et réfléchir à l'opportunité de mettre en place des groupes de parole libre ▪ Mener une réflexion autour de la « cohésion d'équipe », comme envisagé par l'équipe de direction ▪ Réviser annuellement le DUERP et intégrer les actions correctives qui en sont issues au plan d'actions Ageval, à faire vivre autant que toutes les autres actions d'amélioration avec un objectif, un pilote, une échéance, un indicateur de suivi et/ou de résultat, un état d'avancement ▪ Mener des réflexions sur la qualité de vie au travail, qui est une des 8 priorités fixées par le projet associatif de la Ligue Havraise, en intégrant une évaluation de la pénibilité du travail.
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	▪ Une intégration de la bientraitance dans les pratiques des professionnels et les échanges entre les professionnels ▪ Des professionnels rencontrés sensibilisés à la notion de maltraitance et sur la nécessité d'en alerter la hiérarchie	▪ Absence de procédure sur la bientraitance ▪ Absence de formation annuelle sur le repérage et la gestion des actes de maltraitance ▪ Des RBPP sur la bientraitance que les professionnels ne se sont pas approprié ▪ Une procédure de gestion des événements indésirables qui n'inclue pas la maltraitance	▪ Faire bénéficier les professionnels de formations annuelles sur la bientraitance ▪ Poursuivre la sensibilisation et les réflexions en équipe pluridisciplinaire en prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM ▪ Formaliser une procédure en cas de maltraitance ▪ Effectuer des rappels réguliers sur l'obligation de signalement de la maltraitance ▪ Afficher le numéro maltraitance dans les locaux du SAMSAH

5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission d'évaluation souligne la qualité des échanges avec l'ensemble de l'équipe, ainsi que leur disponibilité et leur implication durant l'évaluation. Les membres de la mission ont pu accéder à l'ensemble des éléments leur permettant de réaliser une évaluation externe en conformité avec les exigences réglementaires et les bonnes pratiques en la matière, et ont pu rencontrer ou avoir un échange téléphonique avec l'ensemble des interlocuteurs prévus.

Globalement, le service prend en compte de manière qualitative les missions qui lui sont confiées et se trouve dans une dynamique de réflexion quant à l'amélioration de son organisation et de la réponse aux besoins des personnes accueillies.

Des axes d'amélioration ont été identifiés et la mission engage le service à persévérer dans la dynamique d'amélioration et à intégrer les actions d'amélioration dans le plan d'action AGEVAL pour une mise en œuvre et un suivi effectif, avec les équipes.

5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, …) ▪ Visite du site
Modalités d'implication des parties prenantes	▪ Entretien avec la Direction ▪ Entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretien avec des bénéficiaires et familles ▪ Entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires

Déroulé de l'évaluation	▪ Nombre de mois : 4 mois ▪ Février 2019 : validation du projet évaluatif ▪ 20 mars 2019 : évaluation sur site ▪ 3 mai 2019 : remise du pré-rapport ▪ 29 mai 2019 : remise du rapport définitif
Nombre total de jours-hommes	5,5 jours
Date de début et de fin de mission	Février 2019 (envoi du projet évaluatif) – Mai 2019 (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
Les différentes étapes de l'évaluation externe du service ont été conduites de façon très professionnelles par le cabinet Mazars. La planification des temps de rencontre a été rigoureuse et les consultantes ont su s'adapter aux aléas de la journée. La majorité des professionnelles du service ont pu être interviewées le jour de la visite sur site, les autres ont été contactées par téléphone dans le respect de l'organisation du service et des contraintes de chacune. Cette évaluation a été un moment fort pour l'ensemble des professionnelles du SAMSAH mais aussi pour les bénéficiaires du service qui se sont impliqués dans cette démarche. Tous ont vécu une journée riche en partage et en émotion. Le retour à chaud des deux consultantes à l'issue de la journée sur le site a été très apprécié par l'équipe du Samsah mais aussi par deux des bénéficiaires ayant participé à la journée qui ont salué la bienveillance dont ont fait preuve les consultantes toute au long de la journée.	Les conclusions de l'évaluation externe sont en correspondance avec les constats de l'évaluation interne et à la perception du fonctionnement du service par la direction depuis septembre 2018. Des attentes fortes de tous quant à l'analyse et aux préconisations proposées par les évaluatrices externes, qui vont permettre à l'équipe de se saisir à la fois : ➢ de nouveaux outils qui seront « travaillés » avec la participation de tous, ➢ de nouveaux objectifs pour agir efficacement pour l'amélioration du service

6. Annexes

6.1. Contrat

Evaluation externe du SAMSAH

Contrat

Courbevoie, le 10 janvier 2019

MAZARS

LIGUE HAVRAISE

75-79 rue Emile Zola
76600 LE HAVRE

A l'attention de Monsieur Michel CAPPE
Directeur Général

Courbevoie, le 10 janvier 2019

Monsieur,

Vous avez bien voulu nous consulter en vue de la réalisation d'une mission d'évaluation externe du Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez à cet égard et avons le plaisir de vous décrire ci-après notre compréhension de la mission que vous nous avez confiée et le dispositif que nous vous proposons pour la mener à bien.

Ce contrat reprend les termes de la proposition d'accompagnement qui vous a été adressée.

1. Objectif de la mission

- Evaluation externe du SESSAD

2. Déroulé de la mission/Etapes de la démarche

Phase préliminaire : Recueil et première analyse documentaire

- Recueillir et procéder à une première lecture des pièces techniques prévues dans le décret
- Prendre connaissance des éléments de contexte « structurant » pour la structure
- Aide à l'élaboration du cadre évaluatif

Phase 1 : Elaboration du cadre évaluatif

- Elaborer et valider le cadre évaluatif
- Définir les modalités d'intervention sur site

Phase 2 : Etude sur le terrain avec les parties prenantes

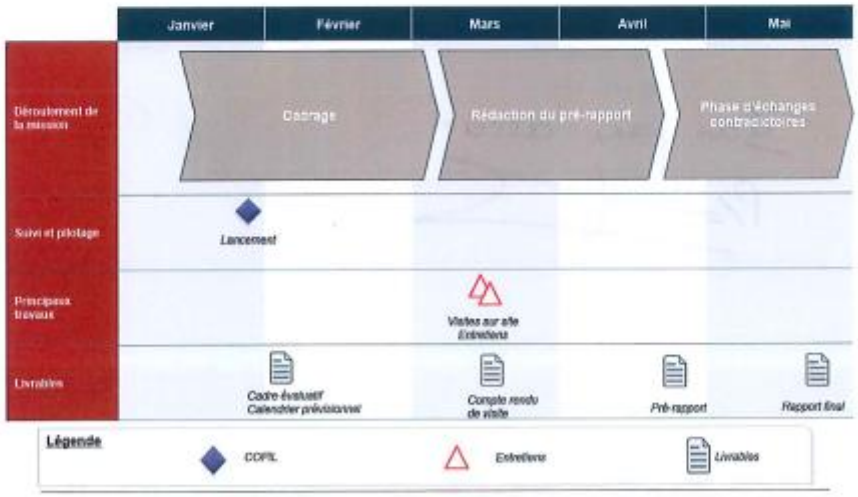
- Répondre précisément aux questionnements relatifs aux thématiques d'évaluation et registres spécifiques identifiés dans le cadre de référence
- Comprendre le fonctionnement des accompagnements et appréhender la dynamique organisationnelle
- Confronter la situation observée avec le cadre de référence spécifique de l'évaluation
- Examiner la prise en compte des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Phase 3 : Analyse et préconisations

- Rédiger le rapport d'évaluation externe dans le respect des règles édictées par le décret du 15 mai 2007, suite à une période d'échanges contradictoires avec l'établissement
- Formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles
- Réaliser la restitution des travaux d'évaluation.

Calendrier de la mission

Conformément à votre demande, la mission sera menée de janvier 2019 au 30 mai 2019 au plus tard.



4. Nombre de jours et budget

Le budget total est estimé à **4 371,00 € HT**, soit **5 245,20 € TTC** pour 5.5 journées d'intervention dont 2 sur site.

Le prix journalier sur site est de 883,50 € HT (1 060,20 € TTC) et hors site de 744 € HT (892,80 € TTC)

Les prestations seront facturées de la manière suivante :

- 50% à la signature du contrat,
- 50% à la remise du rapport final.

Le règlement s'effectuera à 30 jours à compter de la date de réception de la facture et sous réserve de la validation de la prestation par l'établissement bénéficiaire de la prestation.

5. Conditions générales

La présente proposition doit être lue conjointement avec les Conditions Générales figurant en annexe.

6. Accord sur les termes de la présente proposition

Nous vous remercions de nous en retourner un exemplaire de cette proposition signé avec mention de votre accord.
Nous restons à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Michel CAPPE
Directeur Général

Bon pour accord

Bon pour accord

William BOTTARO
Associé

MAZARS

Annexe : Conditions générales d'intervention

Les présentes Conditions Générales s'appliquent à l'ensemble des travaux réalisés par Mazars dans le cadre de l'exécution de la mission définie par la Lettre d'Engagement. Elles constituent avec la Lettre d'Engagement un tout indivisible et régissent ensemble les conditions et les modalités dans lesquelles Mazars réalise la Mission qui lui a été confiée par le Client. En cas d'ambiguïté ou de contradiction entre les stipulations des présentes Conditions Générales et celles de la Lettre d'Engagement, les stipulations de la Lettre d'Engagement prévaudront.

Définitions

Client :	Désigne le ou les signataires de la Lettre d'Engagement
Mission :	Désigne les travaux confiés à Mazars qui sont définis dans la Lettre d'Engagement
Projet :	Désigne le projet poursuivi par le Client tel que décrit dans la Lettre d'Engagement
Cible :	Désigne la ou les sociétés, entités ou activités, objets du projet poursuivi par le Client.

Nos services

Le périmètre de nos services et le contenu de nos restitutions sont décrits dans la Lettre d'Engagement et seront strictement limités à ces éléments.

Dans le cadre de l'exécution de la mission, Mazars assume une obligation de moyens et non une obligation de résultat. A ce titre, il n'appartient pas à Mazars de formuler un avis ou une recommandation sur l'intérêt du Projet dont la décision de réalisation reste de l'entière responsabilité du Client.

Le périmètre de nos travaux est défini conformément aux instructions du Client et sous la responsabilité de ce dernier et Mazars ne peut être tenu responsable du caractère suffisant de ces travaux au regard du Projet poursuivi. Le Client est informé de ce que les travaux confiés à Mazars ne couvrent pas nécessairement l'ensemble des aspects qui pourraient s'avérer utiles ou nécessaires à la prise de décision quant au Projet et ce concernant notamment l'évaluation de la transaction envisagée et les conditions associées.

Restitutions

Notre rapport sera établi à la seule attention du Client dans le cadre des travaux confiés et ne pourra être utilisé, mentionné ou interprété dans un cadre autre que celui de la présente Lettre d'Engagement. Le rapport ne saurait donc être repris pour un quelconque autre usage ou communiqué, en tout ou partie, sans notre autorisation écrite préalable à d'autres personnes que ses destinataires ou que les tiers éventuellement définis dans la Lettre d'Engagement. Mazars déclinerait toute responsabilité dans l'usage qui pourrait être fait du rapport par des tiers auxquels le rapport aurait été communiqué sans que Mazars ait expressément accepté au préalable cette communication. Dans l'éventualité où notre rapport devrait être transmis à d'autres parties spécifiques désignées par le Client, nous définirions les termes et modalités d'une telle communication.

Dans le cadre de nos travaux, nous pouvons être amenés à communiquer des informations orales ou au stade de projet. Nous n'acceptons aucune responsabilité pour toute information qui ne serait pas incluse dans le rapport final que nous remettrons au Client.

Responsabilité

Notre responsabilité ne saurait être engagée qu'en cas de perte ou dommage qui résulterait d'un manquement de notre part à nos obligations professionnelles. Notre responsabilité serait limitée aux dommages immédiats et directs d'un tel manquement que subirait le Client à l'exclusion des préjudices, dommages et frais indirects ou accessoires.

En aucun cas nous ne pouvons être tenu responsables des conséquences résultant d'informations erronées, trompeuses ou partielles qui aurait été mises à notre disposition par la Cible ou par tout autre partie que nous aurons consulté dans le cadre de nos travaux.

En particulier, nous ne pouvons être tenus responsables :

- Des conséquences de la non prise en compte par le Client de recommandations ou d'observations que nous lui aurions communiquées ;
- De l'échec des négociations ou de la non réalisation du Projet.

Le Client accepte de garantir Mazars à l'égard de toute réclamation ou action d'un tiers qui trouverait son fondement dans le contenu de notre rapport, que les informations concernées ait été, partiellement ou en totalité, communiquées par le Client ou par un autre biais. Le Client accepte également de garantir Mazars contre toute réclamation d'un tiers qui serait liée à l'accomplissement ou le non-accomplissement du Projet.

Sauf en cas de dol ou faute lourde de notre part, notre responsabilité ne saurait être mise en cause que dans un délai de 5 ans à compter de la date de notre rapport. Le montant total des dommages et intérêts que nous pourrions être amenés à verser ne pourra excéder, toutes causes confondues, deux fois le montant des honoraires hors taxes encaissés par nous au titre de cette mission.

Toute demande de réparation devra être adressée à Mazars dans un délai de 6 mois à compter de la survenance de l'événement dommageable.

Nous sommes autorisés par le Client à faire usage de toute forme de communication électronique d'information, confidentielle ou non, entre nous. Mazars ne peut garantir la fiabilité totale de ces formes de communication et ne pourrait être mis en cause en cas de défaillance ou de disfonctionnement qui résulteraient dans la perte ou la révélation de l'information communiquée.

Honoraires et facturation

Les honoraires relatifs à notre intervention sont détaillés dans la Lettre d'Engagement. Le montant de nos honoraires dépend de plusieurs facteurs, dont le temps prévu pour l'accomplissement de nos diligences, le niveau d'expérience des collaborateurs et la nature et complexité des travaux réalisés.

Nos estimations d'honoraires sont basées sur l'hypothèse qu'un accès sans délai à l'information nécessaire et d'une coopération satisfaisante de la part du Client et de la Cible. Dans le cas de difficultés quant à l'accès à une information fiable et suffisante qui soient indépendantes de notre volonté et qui aurait pour conséquence la mise en œuvre de moyen supplémentaires (en termes de temps ou de ressources), nous tiendrons informés le Client dans les meilleurs délais pour discuter avec lui des solutions à envisager et communiquer une estimation révisée de nos honoraires.

Nos honoraires seront augmentés de la TVA et des frais de déplacement et de chancellerie quand applicable, et sur la base d'une refacturation à l'euro.

Sauf mention contraire, nos honoraires seront facturés sur la base de l'avancement de nos travaux et sont payables à réception de la facture.

Dans l'éventualité d'un retard de paiement, le Client sera redevable, selon les dispositions légales, d'intérêts de retard sur la base d'un taux égal au taux légal en vigueur. Nous nous réservons le droit de suspendre la réalisation de nos travaux en cas de retards de paiement, sans que cette suspension ne puisse être considérée comme une rupture de nos engagements à l'initiative de Mazars.

Dans l'éventualité d'une terminaison anticipée de l'engagement selon les dispositions de la Lettre d'Engagement, les sommes dues à Mazars, comprenant nos honoraires et les taxes et frais applicables, seront calculés à la date de terminaison sur la base des temps engagés par nos soins et des taux horaires applicables par niveau d'intervenant.

Propriété intellectuelle

Conformément au Code de la Propriété Intellectuelle, Mazars demeure seul détenteur de la propriété intellectuelle des outils

internes utilisés ou adaptés dans le cadre de l'engagement. Ces outils sont remis au Client, pour son usage interne et sans frais additionnel, dans le cadre de l'engagement et ne peuvent être utilisés dans un quelconque autre contexte.

Publicité

Sauf mention contraire dans la Lettre d'Engagement, Mazars est expressément autorisé par le Client à faire référence à leur rôle et au périmètre de l'assistance rendue dans le cadre de la Mission sur des supports de communications internes ou externes à Mazars, à condition qu'il ne soit fait aucune référence à toute information de nature confidentielle.

Rupture du contrat

Chaque partie dispose de la faculté de mettre fin à ses engagements dans le cas d'un manquement de l'autre partie aux obligations prévues dans le présent contrat, sous réserve (i) d'une notification préalable sous trente (30) jours et (ii) de la poursuite des manquements à l'issue de cette période. Cette rupture aurait un effet immédiat.

La rupture du contrat sera sans préjudice aux droits accumulés par chaque partie à la date de la rupture, notamment en ce qui concerne les honoraires et les frais supportés par Mazars qui deviennent exigibles à la date de la rupture.

Loi applicable

Indépendamment de la localisation géographique des travaux réalisés par Mazars, les termes de la Lettre d'Engagement sont régis par le droit français. Tout différend ou litige relatif au présent engagement sera soumis au Tribunal de Commerce de Nanterre. Néanmoins, il est expressément prévu que préalablement à la saisine du Tribunal de commerce de Nanterre, Mazars et le Client s'engagent à trouver une solution amiable à leur différend ou litige dans un délai de trois mois à compter de sa survenance.

MAZARS

6.2. Composition de l'équipe

ANAIS VITRY, CONSULTANTE

Chef de projet

Diplômée de Sciences Po et d'un Master en Management par la Qualité des établissements sanitaires et médico-sociaux, Anaïs VITRY a travaillé en tant que responsable qualité et gestion des risques d'un Groupe gestionnaire d'EHPAD et de SSR pendant près de 4 ans avant de prendre **la direction d'un EHPAD associatif.**
Grâce à son expérience de terrain, elle **a acquis des compétences fines en gestion d'établissement médico-social.**
Forte de ces expériences, **elle intervient aujourd'hui au sein du Cabinet Mazars Santé dans des missions variées, en particulier dans le secteur des personnes handicapées : audits organisationnels, accompagnement réorganisations, évaluations, projets d'établissements ou de services, formation de directeurs et d'équipes d'encadrement…**

Expériences significatives (1/3)

Evaluations externes :

- **MAS L'Aventurine (Fondation Dr Gibert)** – 2018
- **Foyer La Symphonie (Abilis)** – 2018
- **SESSAD Pierre Mâle (Entraide Universitaire)** – 2018
- **EHPAD Soleil de la Maine (CHD Vendée)** – 2018
- **CSAPA Intermède (Groupe SOS)** – 2018
- **FAM Le Petit Bonheur (Association Au Petit Bonheur, Belgique)** – 2018
- **FAM Fleur de Vie (Groupe SOS)** – 2018
- **Association tutélaires de protection des majeurs APM 22** – 2018
- **40 EHPAD du Groupe COLISEE entre 2013 et 2016** : Pilotage des évaluations externes, choix du cabinet habilité, accompagnement des équipes à la préparation de l'évaluation, évaluations à blanc

Audits :

- **Fondation Léopold Bellan (France entière)** : audit de 10 établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, en vue de la réorganisation des fonctions paie, comptabilité et financières – 2018
- **Groupe Colisée :** en binôme avec un professionnel de santé, audit de l'ensemble des processus, rédaction de rapports circonstanciés
- **Groupe Colisée :** audits circuit du médicament, gestion du risque infectieux (DARI), circuit du linge

Profil

Carrière

- Depuis janvier 2018 : Consultante Mazars
- 2016-2018 : Responsable d'EHPAD, Association La Compassion
- 2013-2016 : Responsable Qualité et Gestion des Risques, Groupe Colisée

Formation

- Kedge Business School : Master 2 Management par la Qualité des établissements sanitaires et médico-sociaux
- Sciences Po Bordeaux : double master en Gestion des organisations et entreprises et droit des affaires
- Education thérapeutique du patient (ETP) : 40h

ANAIS VITRY, CONSULTANTE

Chef de projet

Expériences significatives (2/3)

Projets stratégiques, institutionnels, d'établissements et de services :

- **MAS Les Jours Heureux :** Accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement – 2018
- **Association Abbé de l'Epée (Haute Loire) :** Accompagnement à la réalisation du CPOM pour 1 établissement, 1 service pour enfants ainsi qu'un FAM – 2018
- **Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Double Dronne** (Dordogne) : Accompagnement à l'élaboration du projet institutionnel, chapeau des projets d'établissements et de services (CH, - FAM-MAS, EHPAD, SSIAD) – 2018
- **CH de la Châtre :** Accompagnement au projet médico-social (structures EHPAD et SSIAD) – 2018
- **Association territoriale des PEP Grand Oise** – 2018 : Accompagnement à l'élaboration du projet associatif
- **Institut de jeunes sourds et Foyer de Bourg La Reine (Association Œuvres d'Avenir)** : Accompagnement à l'élaboration des projets d'établissements – 2018
- **40 EHPAD du Groupe COLISEE :** Accompagnement à l'élaboration des projets d'établissements ; confection d'un guide facilitant la méthodologie et la rédaction – 2013/2016

Direction d'établissement, management d'équipe et accompagnement au changement :

EHPAD La Feuilleraie, Association La Compassion

- **Gestion d'une équipe pluridisciplinaire de 25 salariés :** développement d'un management participatif et collaboratif, pilotage et revue des process de recrutement, GPEC, formation, paie
- **Accompagnement au changement dans le cadre du rachat de l'EHPAD :** passage du statut privé lucratif à associatif
- **Stratégie d'ouverture de l'établissement sur l'extérieur :** afin de le placer dans une dynamique de parcours de santé cohérente et de lui redonner toute sa place dans son environnement rural, souffrant de désertification médicale
- **Relations extérieures :** avec les élus locaux, organismes de tarification, bénévoles, professionnels de santé, concurrents, entreprises et établissements partenaires
- **Stratégie commerciale :** gestion du taux d'occupation en vue d'une optimisation financière globale
- **Acculturation des équipes pluriprofessionnelles à la gestion des risques** : culture positive de l'erreur, gestion de crise, incitation au signalement des évènements indésirables graves, gestion des risques professionnels (DUERP), risque suicidaire, risque de fugue, incendie, canicule
- **Démarche d'amélioration continue de la qualité (PDCA) :** audit initial des processus de l'établissement, évaluation des écarts, mise en conformité, rédaction de procédures, coordination des différentes activités, évaluation des mesures correctives apportées

ANAIS VITRY, CONSULTANTE

Chef de projet

Expériences significatives (3/3)

Démarches qualité :

- **CHRU Tours :** Assistance à maîtrise d'ouvrage pour la labellisation de l'accueil des patients et de leurs proches – en cours
- **ADAPEI ARIA :** Accompagnement à la mise en place d'une démarche qualité associative – en cours
- **40 EHPAD du Groupe COLISEE entre 2013 et 2016 :** pilotage de leurs évaluations internes, construction du référentiel qualité du Groupe, accompagnement des équipes pour les groupes de travail, aide à la rédaction du rapport final

Accompagnements stratégiques dans le cadre de démarches de gestion des risques :

- **Accompagnement d'établissements dans la mise en place de leur DUERP :** état des lieux initial des risques existants au sein des établissements, évaluation de la criticité des risques professionnels avec les équipes, mise à jour du DUERP avec les comités de direction
- **Formation des directeurs de 45 EHPAD et SSR (Groupe Colisée) à la gestion des risques**, avec focus sur la gestion des évènements indésirables
- **Accompagnement à la formalisation de cartographies des risques** pour 45 EHPAD et SSR (Groupe Colisée

Certifications V2014 HAS :

- **3 SSR du Groupe COLISEE** – 2015 : préparation en amont avec définition des risques prioritaires via une cartographie des risques alimentant le compte qualité pour les établissements sanitaires; participation aux visites sur sites; accompagnement des établissements en aval, pour la mise en œuvre pratico-pratique des actions correctives

LAURE PAILLASSOU, CONSULTANTE

Consultante

Diplômée d'un Master 2 en Évaluation et Suivi des politiques publiques, Laure Paillassou est consultante chez MAZARS depuis 2018. Elle prend part à des **missions d'évaluation de politiques publiques et d'évaluation externes d'établissements médico-sociaux**.
Sa formation et ses précédentes expériences professionnelles lui donnent une bonne expérience du **maniement des outils de recueil et d'analyse des données** (analyse documentaire, entretiens, animations de temps collectifs…).

Expériences significatives

Évaluations externes/Audit :

- **Groupe SOS:** évaluation d'un FAM
- **Amis de l'Atelier:** évaluation externe d'un IME et d'un SESSAD
- **ASAME**: évaluation externe d'un SAAD
- **Ligue Havraise,** évaluation externe d'un IME et d'un SAMSAH
- **Conseil départemental Eure et Loire:** audit de 40 EHPAD
- **CHD Vendée**: évaluation externe d'un SSIAD et de 6 EHPAD
- **Association SAGAD:** évaluation externe d'un SPASAD
- **Association pour l'animation des Fondations Dr Gibert**: évaluation externe d'une MAS

Évaluations de politiques publiques

- **Conférence des Financeurs du Département de Paris**: État des lieux des actions de prévention de la perte d'autonomie destinées aux résidents des EHPAD et des PUV parisiens
- **ARS Hauts-de-France:** Évaluation du dispositif ESPRAD
- **Ligue Contre le Cancer:** Évaluation de l'expérimentation « patient ressource »

Chez Planète Publique

- **CGET:** Évaluation qualitative des centres et Maisons de santé Pluriprofessionnelles
- **UDCCAS 31:** accompagnement à la mise en place d'une démarche d'évaluation « programme coordonné de prévention de la perte d'autonomie »

Accompagnement au pilotage

- **ARS Centre Val-de-Loire:** Dispositif d'appui auprès de l'ARS Centre-Val de Loire pour la mise en œuvre de la lutte contre le tabac

Profil

Carrière

- Septembre 2018 : Consultante Mazars
- Février : Consultante Planète Publique (Santé Publique)

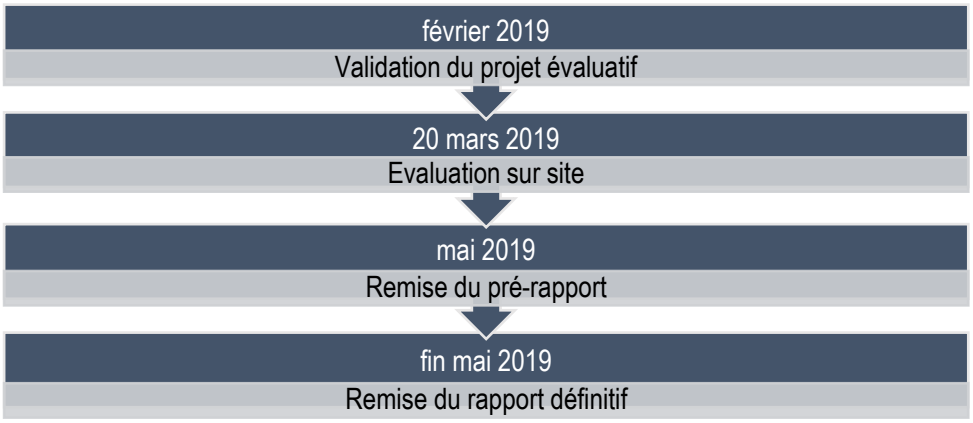
Formation

- Sciences Po Lyon: Master spécialisé en évaluation et suivi des politiques publiques
- Sciences Po Toulouse: Master spécialisé en Conseil et Expertise de l'Action Publique

Bénévolat

- Encadrement d'enfants dans un internat pour enfants handicapés- Bregtalschule- Furtwangen im Schwarzwald

6.3. Calendrier de réalisation



Cabinet Mazars

61 rue Henri Regnault

92075 Paris La Défense Cedex

www.mazars.fr