



Ligue Havraise pour l'aide aux personnes handicapées

Evaluation externe de la Maison d'Accueil Spécialisée « Les Constellations »

Rapport

Type d'établissement	Maison d'Accueil Spécialisée
Coordonnées	51 rue René Duvauchelle – 76620 Le Havre
Numéro FINESS	760 012 799

Mai 2017

Sommaire

1. Eléments de cadrage.....	4
1.1. Description de l'établissement	4
1.1.1. Les orientations et valeurs de la Ligue Havraise	4
1.1.2. Présentation de l'établissement	4
2. La procédure de l'évaluation externe	9
2.1. La démarche	9
2.2. Sources.....	10
3. Résultats de l'analyse détaillée.....	12
3.1. La stratégie de l'établissement	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 la dynamique d'amélioration continue	18
3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne	18
3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration	19
3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration	20
3.2.4. Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité	20
3.3. Le parcours de l'utilisateur	23
3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil	23
3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé	25
3.3.3. La fin d'accompagnement.....	27
3.4. La qualité de l'accompagnement proposé	28
3.4.1. Qualité du cadre de vie	28
3.4.2. L'accompagnement proposé	31
3.4.3. La coordination de l'accompagnement	39
3.5. L'effectivité des droits des usagers	40
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux	40
3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits.....	41
3.6. La prévention et la gestion des risques.....	43
3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes.	43
3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail	46
3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.....	47
3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.....	48
3.7.1. L'inscription de l'établissement dans le territoire	48
3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement	49
3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management.....	51
3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines	51

3.8.2.	Organisation et management	54
4.	Synthèse de l'évaluation externe	56
4.1.	L'évaluation interne et la dynamique d'amélioration continue de la qualité	56
4.2.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers	57
4.3.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique	59
4.4.	Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	59
4.5.	La garantie des droits et la politique de prévention des risques.....	60
5.	Abrégé du rapport d'évaluation externe	63
5.1.	La démarche d'évaluation interne	63
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM.....	65
5.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers	67
5.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	76
5.5.	La personnalisation de l'accompagnement.....	77
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	80
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	81
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	85
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe	86
5.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe	87
6.	Annexes	88
6.1.	Contrat	88
6.2.	Composition des équipes.....	91
6.3.	Calendrier de réalisation	93

1. Eléments de cadrage

1.1. Description de l'établissement

1.1.1. Les orientations et valeurs de la Ligue Havraise

L'Association La Ligue Havraise pour l'aide aux personnes en situation de handicap a été créée en 1958. Il s'agit d'une association de parents dont le siège est aux Havre : elle gère des établissements et services nécessaires à l'accueil et l'épanouissement des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Trois pôles sont identifiés au sein de l'Association :

- Pôle adultes (FAM, MAS, FH, SAVS, SAMSAH, etc.) ;
- Pôle enfants (IME, IMP, SESSAD, etc.) ;
- Pôle travail (ESAT, etc.).

La gouvernance de l'association est toujours régie par une équipe de bénévoles, composée essentiellement de parents, comme à son commencement.

L'Association dispose d'un **projet associatif** portant sur la période 2014-2019. Dans son projet associatif, la Ligue Havraise affirme avec détermination son attachement aux **valeurs humaines « Dignité des personnes, Respect, Acceptation de la différence, Tolérance et Solidarité »** :

- o En favorisant le développement de leurs capacités et l'émergence de leurs potentialités par l'éducation, le travail, les loisirs, l'éveil, la responsabilisation, l'autonomie ;
- o En permettant l'accès à une qualité de vie ;
- o En proposant un accompagnement et une écoute tout au long de la vie de la personne handicapée et de sa famille.

En 2016, l'Association a écrit son premier **projet stratégique « Horizon 2020 »**, dont l'objectif principal est d'améliorer **la qualité de vie et les services des établissements gérés par l'Association**.

Les professionnels sont au cœur de ce projet stratégique qui vise à leur offrir des conditions optimales d'exercice, davantage les former sur les évolutions de leurs métiers et les publics accueillis, ainsi que reconnaître leur savoir-faire afin de toujours améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par les différents établissements et services.

1.1.2. Présentation de l'établissement

La Maison d'Accueil Spécialisée « Les Constellations », pour personnes en situation de handicap psychique, est le plus récent des établissements de la Ligue Havraise (2014).

Le projet de création de cette MAS est né en 2007 pour faire face aux **besoins émergents des personnes en situation de handicap psychique**, notamment de celles qui sont hospitalisées en long séjour à l'hôpital psychiatrique sur le territoire de santé du Havre. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le pôle psychiatrique (hôpital Pierre Janet) du Groupe Hospitalier du Havre.

■ Autorisation

L'ouverture de la MAS a été autorisée par l'ARS de Haute-Normandie le **23 novembre 2010 pour 52 places** en direction d'un public en situation de handicap psychique.

Cette autorisation prévoit la création de 28 places en 2012 (dont 8 en accueil de jour) et 24 places en 2013 (dont 4 en accueil temporaire).

■ Capacité

La structure accueille :

- 40 résidents en hébergement permanent ;

- 4 résidents en hébergement temporaire ;
- 8 usagers en accueil de jour.

L'ouverture a connu une **montée en charge progressive** de 2012 à 2014, en lien avec le projet architectural.

■ Missions

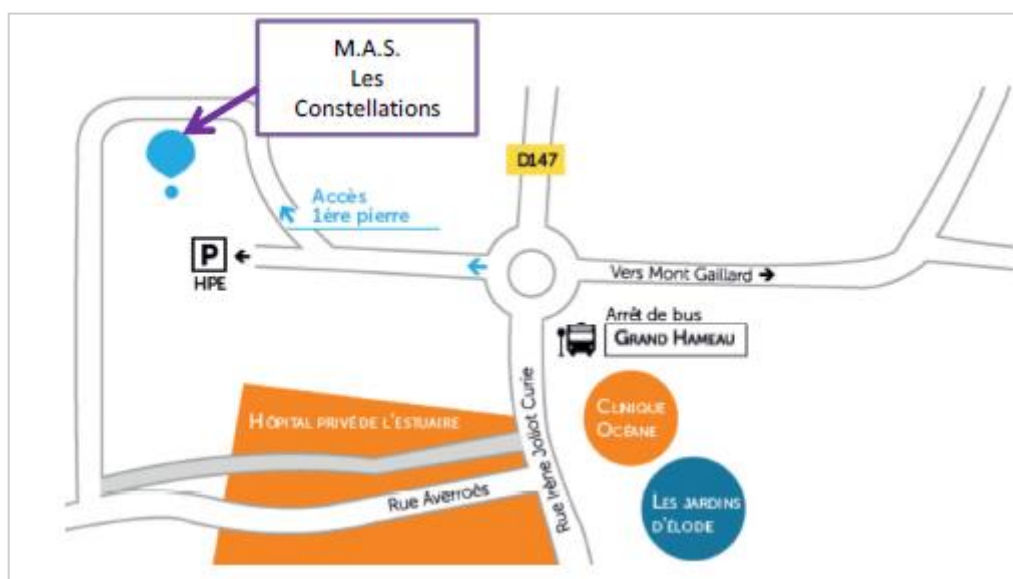
« Les Maisons d'Accueil Spécialisées sont destinées aux personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance médicale et des soins constants » (Circulaire 62 AS du 26/12/78).

« L'une des missions essentielles de la MAS est d'assurer dans le cadre du projet personnalisé, un lieu offrant une qualité de vie, des soins et des soutiens appropriés aux handicaps de la personne accueillie, ainsi qu'une animation adaptée et personnalisée.

Son objectif est d'amener les résidents à accéder à un état qui leur permet de se réaliser, de surmonter les tensions liées à leurs troubles, d'accomplir un travail productif et fructueux aux travers d'activités, de contribuer à la vie de leur communauté et d'éviter les ré-hospitalisations en milieu psychiatrique »¹.

■ L'environnement : la situation géographique

La MAS est située au 51 rue Duvauchelle, en périphérie du Centre du Havre: elle est implantée dans un nouveau quartier de la ville, à proximité des transports en commun et de l'Hôpital privé de l'Estuaire.



¹ Source : rapport d'activité 2015

■ La population accompagnée

Près de 86% des personnes accueillies au sein de la MAS présentent des **schizophrénies ou des psychoses chroniques avec évolution déficitaire**.

La majorité des personnes accueillies à la MAS séjournent avant leur admission en milieu psychiatrique.

	2013	2014	2015
Moyenne d'âge des usagers accueillis	43	44	44
Nombre de femmes	9	14	16
Nombre d'hommes	19	32	33
Nombre d'entrées réalisées	4	21	3
Nombre de sorties sur l'année écoulée	2	1	0
<i>dont réorientation</i>	1	0	0
<i>dont retour à domicile</i>	1	0	0
<i>dont décès</i>	0	1	0
Nombre de jours d'hospitalisation	451	69	32

■ Activité

Sur les trois dernières années, **les indicateurs économiques de la MAS font apparaître les données suivantes** :

	2013	2014	2015
Budget d'exploitation	2 084 791	3 132 652	3 933 977
Capacité d'accueil autorisée	32	52	52
Capacité installée	18 hébergements permanents 8 accueils de jour 4 accueils temporaires	40 hébergements permanents 6 accueils de jour 4 accueils temporaires	40 hébergements permanents 9 accueils de jour 4 accueils temporaires
Nombre de journées budgétées	9 900	14 256	17 868
Nombre de journées réalisées	7 122	10 801	15 241

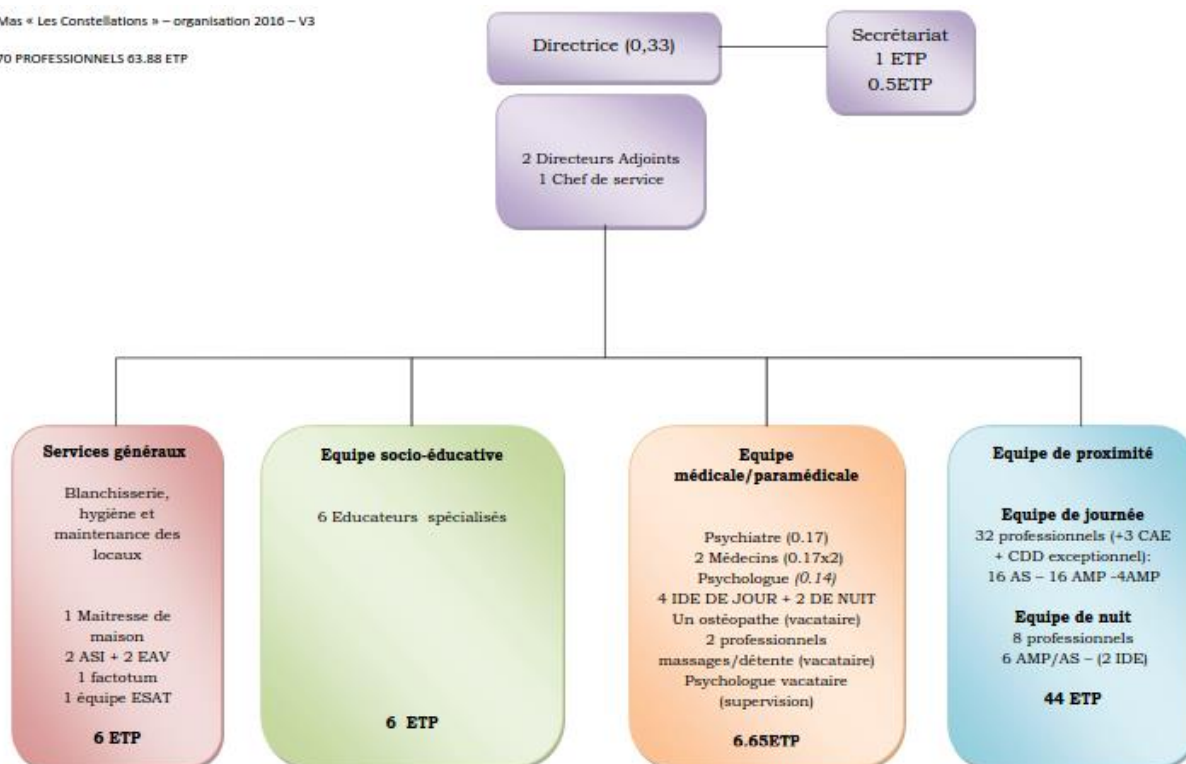
Taux d'occupation	72%	76%	85%
-------------------	-----	-----	-----

L'activité enregistrée sur 2015 est de 15 241 journées réalisées, soit **un taux d'occupation de 85 %**.

■ Les moyens humains

La MAS Les Constellations est organisée selon l'organigramme ci-dessous :

Mas « Les Constellations » – organisation 2016 – V3
70 PROFESSIONNELS 03.88 ETP



Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des effectifs de l'établissement :

	2014	2015	2016
Effectif total	66	66	67
Ratio d'encadrement (ETP/place)	1.20	1.20	1.228
Nombre de personnel faisant fonction	6 EAV/CAE	5 EAV/CAE	5 EAV/CAE
Postes sur lesquels sont les faisant fonction	AMP/ASI	AMP/ASI	ASI/AMP
Nombre de stagiaires accueillis	8	24	15
Taux d'entretien annuel réalisé	0	100%	EN COURS (janv 2017)

■ Les orientations stratégiques de l'établissement

La MAS a réalisé son **évaluation interne** en 2015.

Plusieurs objectifs ont ainsi été identifiés au sein d'un plan d'actions :

- Adapter l'établissement aux évolutions des personnes accueillies ;
- Agrémenter les lieux dédiés aux familles ;
- Améliorer l'accueil de tous ;
- Améliorer la culture de la bientraitance au sein de l'établissement ;
- Améliorer le cadre de vie ;
- Améliorer le processus d'admission ;
- Assurer la bonne diffusion du DUERP ;
- Assurer la cohésion et la cohérence dans l'accompagnement des résidents ;
- Assurer la dimension collective de l'accompagnement ;
- Assurer la gestion et le suivi des événements indésirables ;
- Concilier le projet de vie avec le projet de soins des résidents ;
- Développer le bénévolat ;
- Développer les mesures de prévention des risques ;
- Développer les outils de communication vers l'extérieur pour mieux se faire connaître ;
- Développer les relations sociales des usagers ;
- Elargir la plage horaire préconisée pour la réception des appels extérieurs ;
- Elargir le réseau et le partenariat de l'établissement ;
- Etablir un relais avec les autres établissements de l'Association ;
- Etendre le recueil de la satisfaction ;
- Faciliter la compréhension de leurs droits aux usagers ;
- Favoriser la convivialité au sein de l'établissement ;
- Favoriser la participation de l'utilisateur dans l'amélioration de son cadre de vie ;
- Favoriser la participation des personnes accueillies ;
- Favoriser l'accès au dossier de la personne accueillie ;
- Formaliser la connaissance des résidents par l'émargement des professionnels, la rédaction d'une fiche « habitudes de vie » ;
- Formaliser les recrutements ;
- Garantir le respect de l'intimité de la personne accueillie ;
- Garantir un accueil de qualité ;
- Garantir une qualité de soins optimale aux personnes accueillies ;
- Inscrire l'accompagnement des personnes et/ou des familles par la Direction dans l'instruction du dossier MDPH ;
- Optimiser la sécurité des personnes accueillies et de leurs biens ;
- Recueillir systématiquement le consentement du résident pour toutes visites ;
- Répondre aux exigences de la loi du 2 janvier 2002.

2. La procédure de l'évaluation externe

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

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

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

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

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

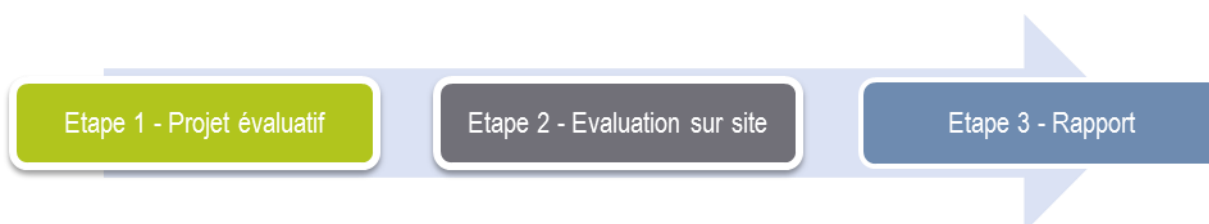
La circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 vient compléter le décret de 2007 en détaillant notamment le cadre du rapport d'évaluation externe et en précisant le calendrier des évaluations externes.

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 décembre 2016 à mai 2017. L'évaluation sur site a eu lieu les **8 et 9 février 2017**. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final au mois de **mai 2017**.

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



Etape 1 : Le projet évaluatif

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

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

Etape 2 : L'évaluation sur site

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

- Une visite complète de l'établissement ;

- Des entretiens avec :
 - La Direction de l'établissement ;
 - Les deux Directeurs-adjoints
 - La chef de service ;
 - Le médecin psychiatre ;
 - Les deux médecins somaticiens ;
 - Les éducateurs spécialisés ;
 - Une infirmière ;
 - L'équipe soignante (AS/AMP) ;
 - La maitresse de maison ;
 - L'agent de maintenance ;
 - Les deux assistantes administratives ;
 - La psychologue ;
 - Trois intervenants extérieurs (ostéopathe, professionnels massage-détente) ;
 - Le chef gérant ;
 - La responsable Ressources humaines de la Ligue Havraise ;
 - Un représentant de l'équipe de nuit ;
 - Quatre résidents ;
 - Quatre représentants des familles (Une Représentante des Familles au CVS rencontrée sur site et trois familles contactées par téléphone).
- Des temps d'observation des pratiques : observation des temps d'animation, du déjeuner et des temps de soirée ;
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité, classeur des conventions, etc.
- Des entretiens téléphoniques avec des partenaires :
 - Un podologue ;
 - Un kinésithérapeute ;
 - Le secours catholique ;
 - Un service MJPM (ATMP).

Etape 3 : le rapport a fait l'objet d'un pré-rapport, composé d'une synthèse tenant compte des résultats de la consultation des usagers et des partenaires, et enrichie de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la Direction le 16 mars 2017 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 12 mai 2017.

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

2.2. Sources

- **Les recommandations transversales**
 - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
 - Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mars 2010)
 - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)
 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (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)
 - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
 - Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
 - 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)
- **Les recommandations spécifiques à la structure évaluée**
 - Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques ;
 - La qualité de vie en MAS-FAM (Volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté ;
 - La qualité de vie en MAS-FAM (Volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs ;
 - La qualité de vie en MAS-FAM (Volet 3) : Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement ;
 - L'accompagnement à la santé de la personne handicapée ;
 - L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ;
 - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
 - Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ;
 - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ;
 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ;
 - La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services ;
 - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ;
 - Les attentes de la personne et le projet personnalisé ;
 - La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre ;
 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.

■ **La réglementation applicable à la structure évaluée**

Les principaux textes applicables aux établissements hébergeant des personnes handicapées :

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

3. Résultats de l'analyse détaillée

3.1. La stratégie de l'établissement

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

■ La démarche d'élaboration du projet

Le Projet d'Etablissement de la Maison d'Accueil Spécialisée a été rédigé en amont de l'ouverture de la structure en 2012, par la Direction en lien avec la Direction Générale de la Ligue Havraise et la Direction de l'Hôpital psychiatrique Pierre Janet.

Ce Projet a été retravaillé en équipe de Direction en 2013 et en 2014 lors de l'ouverture de la MAS. Il a également été présenté aux différents professionnels de l'établissement.

La réécriture du Projet est programmée pour fin 2017. L'établissement souhaite l'organiser en suivant **une démarche participative et pluridisciplinaire afin de mobiliser les différentes parties prenantes de la Maison d'Accueil.**

La mission d'évaluation encourage l'établissement à organiser comme prévu cette démarche participative pour réactualiser son Projet en se référant notamment à la Recommandation de Bonnes pratiques élaborée par l'ANESM², afin de :

- Prévoir une participation de l'équipe pluridisciplinaire de la MAS ;
- Prévoir le recueil de l'avis des résidents et familles ;
- Intégrer, selon des modalités adaptées, les partenaires à la démarche ;
- Sensibiliser le conseil de la vie sociale à la démarche en amont et prévoir une présentation du projet à destination de ce dernier ;
- Prendre en compte les résultats des évaluations internes et externes.

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

Le Projet d'Etablissement de la Maison d'Accueil est globalement exhaustif au regard de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Il intègre bien un descriptif des activités, les modalités de coopération/partnersariat et les modalités d'évaluation des activités.

Il est également en pleine correspondance avec les éléments de contenu précisés dans la recommandation ANESM, il décrit notamment :

- Les orientations et valeurs de l'organisme gestionnaire et de l'établissement ;
- Les éléments de contexte permettent une compréhension globale du dispositif ;
- Les objectifs et principes d'actions communs, permettant de poser le socle des valeurs communes ;
- Les missions et objectifs de la Maison d'Accueil Spécialisée ;
- Des éléments relatifs au cadre d'intervention (missions, orientations de politiques publiques, réglementation encadrant les missions de l'établissement, ensemble des thématiques exigées par le décret du 20 mars 2009 concernant les MAS-FAM-SAMSAH³) ;
- Les caractéristiques de la population accompagnée, leurs évolutions ainsi que les besoins qui en découlent ;
- La nature de l'offre de service et son organisation interne (admission, accueil, projets personnalisés, fin d'accompagnement, etc.) ;

² Recommandation de l'ANESM – « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »

³³ Cf. CASF, art. D.344-5-1

- La mise en œuvre des droits des résidents ;
- La présentation de la dynamique partenariale ;
- La description des principes d'intervention (gestion des paradoxes, dynamique de bientraitance,...) ;
- Les professionnels et les compétences mobilisées ;
- Les fonctions et délégations ;
- La dynamique de travail d'équipe (réunions, articulation des coopérations...) ;
- L'organisation de l'interdisciplinarité (cf. travail d'équipe notamment) ;
- La démarche Qualité ;
- L'intégration des orientations du PE et des objectifs d'amélioration déclinés sous forme de fiches actions opérationnelles.

Quelques éléments de contenu pourraient davantage être présentés dans le prochain Projet d'établissement, concernant :

- Les orientations des politiques publiques avec des références aux schémas régionaux et départementaux d'organisation Médico-sociale ;
- La présentation des différents partenariats développés avec les structures du territoire et professionnels libéraux ;
- Le soutien aux professionnels (supervision, analyse de la pratique, ...).

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

La forme et la structuration du projet d'établissement répond globalement aux préconisations des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM :

- Le plan du projet est logique et permet une bonne progressivité dans la lecture ;
- La taille du document (34 pages) permet de faciliter son appropriation ;
- La compréhension est facilitée par un style rédactionnel adapté.

La mission relève toutefois quelques axes d'amélioration pour la réactualisation du Projet :

- Veiller à faire apparaître la période de validité de 5 ans du Projet sur le document ;
- La présence d'illustrations, d'encadrés, de couleurs, de tableaux, etc. permettraient de rendre le document encore plus vivant et agréable ;
- Réaliser une synthèse du projet (afin de faire du projet un « outil institutionnel de positionnement et de négociation » au sens de la recommandation de l'ANESM⁴) ;
- Prévoir une synthèse adaptée aux professionnels, résidents et familles, pour renforcer l'aspect « outil de communication » du projet⁵.

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

Le Projet est mis à disposition des professionnels en version papier (accueil, bureau cadre de santé) et en version informatique. Le Projet est également présenté oralement à tout nouveau salarié, résident et famille.

Le projet de la MAS a également fait l'objet d'une présentation aux équipes dès l'ouverture de l'établissement. Il a également été transmis aux autorités de financement.

Le projet précise bien le rôle de pilotage qu'il joue dans l'accompagnement quotidien proposé par les équipes.

⁴ Idem, p. 63

⁵ Idem, p. 64

La mise en œuvre du projet d'Etablissement est pilotée par l'équipe de Direction qui assure le suivi de la Démarche Qualité de la MAS. Les objectifs du PE sont intégrés aux Plans d'action de l'établissement suivis sur Agé'val, permettant ainsi un pilotage global des différentes actions.

La mission tient à souligner que ce Projet d'Etablissement est vraiment un document de référence faisant sens pour les professionnels rencontrés durant la visite sur site.

La mission d'évaluation encourage la MAS à :

- Organiser des temps de présentation du nouveau projet aux différentes parties prenantes (professionnels, CVS, partenaires) ;
- Elaborer une synthèse du nouveau projet, comme évoqué précédemment, afin d'en faciliter la diffusion et l'appropriation par l'ensemble des parties prenantes,
- Diffuser la synthèse du projet à l'ensemble des parties prenantes,
- Poursuivre la communication aux équipes sur l'état d'avancement des objectifs identifiés dans le Projet d'Etablissement.

3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie

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

Le projet de la Maison d'Accueil Spécialisée Les Constellations est en pleine cohérence avec les orientations du Projet associatif de la Ligue Havraise.

Ce projet a été élaboré conjointement par la Directrice de la MAS en lien avec la Direction Générale de la Ligue Havraise et la Direction de l'Hôpital Psychiatrique Pierre Janet du Havre. Le document a bien été validé par l'Association.

Le Projet de la MAS fait référence aux orientations de la Ligue Havraise, notamment, son attachement aux valeurs humaines « Dignité des personnes, Respect, Acceptation de la différence, Tolérance et Solidarité » :

- En favorisant le développement de leurs capacités et l'émergence de leurs potentialités par l'éducation, le travail, les loisirs, l'éveil, la responsabilisation, l'autonomie ;
- En permettant l'accès à une qualité de vie ;
- En proposant un accompagnement et une écoute tout au long de la vie de la personne handicapée et de sa famille.

Le projet de la MAS s'inscrit également dans la mise en œuvre du projet stratégique « Horizon 2020 » de la Ligue Havraise, rédigé en 2016, dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie et les services des établissements gérés par l'Association.

Les professionnels sont au cœur de ce projet stratégique qui vise à leur offrir des conditions optimales d'exercice, davantage les former sur les évolutions de leurs métiers et les publics accueillis, ainsi que reconnaître leur savoir-faire afin de toujours améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par les différents établissements et services.

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

La Maison d'Accueil Spécialisée Les Constellations s'inscrit pleinement dans le cadre des missions définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles pour les établissements de cette nature, en assurant :

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

Les prestations délivrées sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, en bonne conformité avec les exigences réglementaires relatives aux MAS. Celles-ci proposent des actions éducatives, de soin et de rééducation adaptées.

La MAS veillera à mettre en avant les orientations des politiques publiques dans le nouveau Projet d'Etablissement. **Les entretiens menés durant la visite sur site ont permis de noter que l'activité de l'établissement est bien en accord avec les politiques publiques, et notamment avec les 5 objectifs du Schéma régional d'organisation médico-sociale de Haute Normandie 2012-2017** pour les personnes en situation de handicap psychique qui prévoit de :

- Objectif 1 : Améliorer la qualité de l'évaluation de la personne en situation de handicap psychique
- Objectif 2 : Adapter l'offre à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique
- Objectif 3 : Organiser le dispositif d'appui aux établissements sociaux et médico-sociaux sur les territoires
- Objectif 4 : Soutenir l'activité des G.E.M. pour personnes en situation de handicap psychique
- Objectif 5 : Permettre l'insertion et la réinsertion sociale des personnes en situation de handicap psychique par le logement et le travail

Ces différents aspects sont développés ou en réflexion sur la structure et au niveau de La Ligue Havraise, en lien avec les partenaires du territoire afin notamment d'adapter l'accompagnement proposé aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique et de favoriser la continuité et la cohérence des parcours des personnes – les enjeux repérés à date d'évaluation étant la connaissance des pathologies des résidents, l'adaptation aux besoins des personnes handicapées vieillissantes ainsi que l'amélioration de la coordination des acteurs dans les parcours de soins.

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

La Maison d'Accueil Spécialisée Les Constellations a été créée pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique du territoire, notamment les personnes hospitalisées en long séjour à l'Hôpital psychiatrique sur le territoire de santé du Havre. La Ligue Havraise a, en effet, été sollicitée en 207 par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales pour créer une Maison d'Accueil Spécialisée pour personnes avec troubles psychiques en raison notamment du manque de réponses médico-sociales adaptées pour ce public.

Le pré-projet de création de la MAS a été travaillé conjointement par les professionnels de la Ligue Havraise et les équipes de l'Hôpital psychiatrique Pierre Janet du Havre **afin de proposer une réponse adaptée et complémentaire aux besoins de la population en situation de handicap psychique.**

L'établissement dispose actuellement **de 40 places en hébergement permanent, 4 places en hébergement temporaire et 8 places en Accueil de jour.**

La mission souligne la pertinence du dispositif mis en place par la MAS Les Constellations, en très bonne adéquation avec les besoins des publics accueillis et qui permet également de favoriser la continuité des parcours des personnes en situation de handicap psychique.

La Création de la MAS a permis de répondre aux besoins du territoire pour les personnes en situation de handicap psychique du territoire. Le taux d'occupation proche des 91 % en 2016 et la liste d'attente conséquente (une dizaine de dossiers en attente) en témoignent. Les taux d'occupation de l'Hébergement temporaire (54 %) et de l'Accueil de jour (86 %) témoignent également de la pertinence de ces dispositifs sur le territoire. L'établissement poursuit sa communication autour du dispositif d'hébergement temporaire.

La Mas Les Constellations est une des 5 Mas pour personnes en situation de handicap psychique sur l'ensemble de la Haute-Normandie.

La localisation de la MAS en périphérie du Centre du Havre apparaît pertinente : elle est implantée dans un nouveau quartier de la ville, à proximité des transports en commun et de l'Hôpital privé L'Estuaire, établissement partenaire de la structure. La présence des transports en commun permet un accès facilité aux services et commerces du centre-ville. L'établissement dispose également d'une flotte de plusieurs véhicules adaptés, permettant d'accéder rapidement aux différents services et partenaires de la structure (soins, vie sociale, vie locale, ...).

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

L'établissement est également bien repéré par les pouvoirs publics comme un lieu proposant plusieurs types d'accueil des personnes en situation de handicap psychique. Il participe également au dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » mise en œuvre sur la Normandie.

La MAS est également bien repérée par la municipalité et les partenaires locaux, notamment du secteur psychiatrique, qui participent régulièrement à des réunions et événements organisés au sein des Constellations.

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

- **Le dispositif d'accompagnement proposé par la MAS est une véritable alternative à l'hospitalisation des personnes en situation de handicap psychique** permettant d'accompagner les résidents afin de mieux reconnaître et de renforcer leur rôle de citoyens ;
- **Les locaux récents ont été véritablement pensés et conçus pour mettre en œuvre le Projet d'Etablissement** afin de répondre de manière adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap psychique : les espaces individuels et les nombreux espaces collectifs offre un lieu de vie de grande qualité tout à fait agréable et adapté aux résidents ;
- **L'organisation adoptée par la MAS est au service du Projet d'Etablissement pour répondre de manière adaptée aux besoins et demandes des résidents** : le fonctionnement permet de proposer un cadre à la fois structurant pour les résidents tout en restant souple et ajustable en permanence permettant aux résidents de surmonter les tensions liées aux troubles, de participer à la vie sociale de l'établissement et aux activités et d'éviter les ré-hospitalisations en milieu psychiatrique ;
- **Les équipements proposés par l'établissement sont également de qualité et adaptés** aux besoins spécifiques des résidents ;
- **L'organisation de l'établissement en quatre unités de vie accueillant 10 résidents** permettent aux personnes accueillies d'être hébergées sur un lieu de vie à dimension humaine ;
- **Un accompagnement prenant en compte les besoins spécifiques de chaque population et des individus par le biais de plusieurs outils** (formation de l'ensemble des professionnels aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, Projet Personnel Individualisé, emploi du temps individualisé, système de triple référence, ...) ;
- **La très grande diversité des activités proposées adaptées à chacun** (plus d'une trentaine d'activités différentes proposées tous les jours de la semaine, en matinée, après-midi et fin de journée à la fois individuelles, collectives, à l'intérieur, à l'extérieur, artisanales, artistiques, etc.) qui répond aux souhaits et aux possibilités des usagers ;
- **La bonne articulation entre les différents volets de l'accompagnement** (soins, vie quotidienne, vie sociale) favorisée par la bonne coordination des équipes permet de répondre aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique **en remplaçant chaque résident en tant qu'acteur de son projet de vie au sein de la cité**, en lien avec les résidents de la MAS et les partenaires extérieurs, tout en lui assurant un accompagnement aux soins adaptés ;
- **Les ajustements permanents de l'organisation opérés depuis l'ouverture de la MAS afin de s'adapter aux besoins des résidents** : réorganisation régulière des horaires des professionnels pour mieux répondre aux besoins (horaires des éducateurs spécialisés réajustés pour proposer des activités en fin de journée, horaires de l'encadrement intermédiaire ajustés pour permettre une présence en continue sur la journée, ...), organisation d'activités plus adaptées aux rythmes des résidents vieillissants (activité « Cocooling » par exemple) ;
- **Une très bonne dynamique projet amorcé au sein de l'établissement qui permet, en continu et en équipe pluridisciplinaire, d'ajuster les modalités d'accompagnement proposés aux besoins des résidents, favorisé par une équipe investie et engagée** (groupes de travail pour améliorer en continu la qualité, ajustements réguliers des activités, adaptation des outils PP pour une mise en œuvre plus effective des objectifs, ...) ;
- **La pertinence des nombreux partenariats engagés** avec l'extérieur, notamment avec l'Hôpital Pierre Janet où les 3 médecins de la MAS travaillent également favorisant ainsi la continuité des

accompagnements, les partenaires de soins, l'Equipe mobile santé mentale, les rééducateurs, les partenaires de la vie sociale et de la vie associative locale pour compléter l'accompagnement proposé en interne ;

- **Une reconnaissance locale développée et une image positive** sur le territoire.

Au plan des moyens humains, le ratio ETP/place est actuellement de 1,22. L'établissement apparaît correctement doté, tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences et sur le niveau de qualification, en bonne correspondance avec le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

Les profils des professionnels sont variés : Deux médecins somaticiens, un médecin psychiatre, équipe d'infirmiers, équipe d'Educateurs Spécialisés, équipes de proximité avec AS, AMP AVS, un psychologue, une maîtresse de maison, équipes d'entretien, services généraux, un factotum, un ostéopathe vacataire et deux intervenantes Massage détente vacataires et équipe de Direction (Directeur, Directeurs adjoints, chefs de service). Il n'y a pas de poste vacant à date d'évaluation. Un kinésithérapeute intervient également en libéral.

Au plan des moyens matériels, la MAS apparaît également « correctement » équipée : les locaux neufs de la MAS sont de qualité et offre des espaces individuels et collectifs adaptés et variés afin de permettre de répondre aux différents besoins (salles et espaces pour les activités, espaces salon, espace Snoezelen, bains thérapeutiques, espaces bien-être, espace d'isolement, espaces extérieurs, ...) ; l'établissement dispose également d'une flotte de véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite qui permettent des sorties et transferts fréquents.

La mission d'évaluation souligne la grande qualité du projet porté en réponse aux besoins des personnes en situation de handicap psychique et en complémentarité des partenaires du territoire, notamment l'Hôpital Pierre Janet. Le projet d'accompagnement est une véritable alternative à l'hospitalisation des résidents favorisant leur insertion au sein de la cité.

La Ligue Havraise et ses différents partenaires poursuit actuellement ses réflexions afin d'élargir encore le dispositif proposé pour les personnes en situation de handicap psychique (réflexions en cours sur l'extension du nombre de places d'accueil (MAS, FAM et ESAT), sur la pertinence de créer des modes d'habitat adaptés en inclusion dans la cité avec une plateforme de services adaptés aux besoins, ...) pour davantage répondre à la fois aux besoins du territoire et aux projets de vie des publics concernés. **La mission encourage l'établissement et l'association à poursuivre ces réflexions, en lien avec les autorités de financement, afin de mieux répondre aux besoins des personnes.**

A date d'évaluation, les principaux enjeux repérés pour la MAS Les Constellations sont :

- La poursuite des formations des professionnels aux pathologies des résidents et aux modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique afin de poursuivre l'adaptation des pratiques aux besoins des personnes ;
- La mission encourage également l'établissement à poursuivre les réflexions en cours sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes à la MAS afin de proposer une prise en charge plus adaptée dans les années à venir ;
- Afin de maintenir cette qualité d'accompagnement, la mission encourage l'établissement à poursuivre l'évaluation des profils et besoins des personnes en lien avec ce que peut proposer le Projet des Constellations et à veiller au maintien de la dynamique positive des équipes permettant cet ajustement permanent, en soutenant de manière adaptée les professionnels ;
- Les projets et l'accompagnement proposé sur chaque unité pourraient être également affinés, afin d'en partager en équipe les objectifs et de mieux s'adapter aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne ;
- La mission encourage également l'établissement à poursuivre le travail mené avec les partenaires afin de contribuer davantage à l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique.

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

3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne⁶

La MAS a démarré sa démarche d'évaluation interne en avril 2015. Cette dernière s'est achevée en mars 2016.

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

- Phase d'information (avril 2015) ;
- Groupes d'auto-évaluation (mai - juillet 2015) ;
- Synthèse et analyse des résultats (août - octobre 2015) ;
- Elaboration du plan d'amélioration (décembre 2015 - mars 2016).

La démarche menée a été **participative et pluridisciplinaire** :

- Une présentation de la démarche a été réalisée sur plusieurs réunions par la Direction à l'ensemble des professionnels de la MAS, le référentiel utilisé a été présenté et mis à disposition des équipes ;
- Les inscriptions aux différents groupes de travail se sont faites de manière volontaire par les professionnels de l'établissement ;
- Un comité de pilotage (COPIL) composé des 4 membres de l'équipe de Direction s'est réuni à plusieurs reprises pour structurer la démarche, suivre le travail des groupes, renseigner les résultats sur le logiciel AGEVAL et valider le rapport final et le plan d'actions ;
- 9 groupes de travail pluridisciplinaires, correspondant à chaque domaine évalué, se sont réunis entre mai et juillet 2015 afin de répondre aux questions du référentiel, pour un total de 19 réunions ;
- Les professionnels ont été associés à la synthèse et l'analyse des résultats ;
- Une restitution a été organisée à destination des équipes les 21 et 22 juin 2016.

La MAS s'est appuyée sur un **référentiel d'évaluation interne élaboré par la Direction et la Direction Générale de la Ligue Havraise**. Ce référentiel a été construit à l'aide de plusieurs supports :

- Les spécificités de la population accueillie au sein de l'établissement (caractéristiques du public accueilli, pratiques observées dans la structure, etc.) ;
- Le cahier de charge de l'évaluation externe ;
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Le référentiel utilisé comprend **dix domaines organisés en 42 critères couvrant environ 120 questions**. Les 10 domaines portaient sur :

- L'accueil ;
- Le respect des droits des personnes accueillies ;
- L'accompagnement des personnes accueillies ;
- Les soins ;
- Le cadre de vie ;
- La prévention et la gestion des risques ;
- L'établissement s'inscrit dans les réseaux de son territoire ;
- Le management ;

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

- Le travail protégé ;
- Les outils de la loi de 2002.

Le référentiel utilisé intègre bien les quatre volets réglementaires et les 5 axes précisés dans la recommandation ANESM.

Les résultats de l'évaluation interne ont, dans un premier temps, été saisis au sein d'un tableau Excel puis retranscrits au sein du logiciel AGEVAL.

La mission d'évaluation relève que **les résidents et leurs familles ont bien été associés directement à la démarche :**

- Les familles ont été invitées dans le cadre des groupes de travail portant sur les domaines « accueil » et « respect des droits des personnes accueillies » ;
- Deux enquêtes de satisfaction ont été organisées, la première à destination des résidents, la seconde à destination des familles.

En revanche, les partenaires n'ont pas été associés directement à la démarche, conformément à la recommandation de l'ANESM.

La mission d'évaluation relève que la MAS a bien organisé sa démarche d'évaluation interne selon une approche participative avec la volonté d'y associer l'ensemble des professionnels et usagers, comme préconisé dans la recommandation de l'ANESM relative à la conduite de l'évaluation interne.

Un rapport d'évaluation interne a été finalisé en octobre 2015, il met clairement en évidence, pour chaque thématique, les points forts et points d'amélioration identifiés. **Il a été transmis à l'ARS de Normandie le 18 mai 2016, après validation de la Direction Générale et du Conseil d'administration de la Ligue Havraise.**

Un axe d'amélioration, qui pourra être mis en œuvre lors de la prochaine démarche d'évaluation interne, est identifié par la mission d'évaluation :

- Associer, selon des modalités adaptées (ex : questionnaire de satisfaction, entretiens téléphoniques, invitation à un groupe de travail, etc.), les partenaires de la MAS à la réalisation de la démarche d'évaluation interne.

3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

Suite à la réalisation de l'évaluation interne, **un plan d'actions d'amélioration de la qualité a été élaboré par la MAS**, à l'aide du logiciel AGEVAL. Il regroupe, en lien avec les recommandations de l'ANESM, les axes d'amélioration identifiés lors de l'évaluation interne.

Ce plan d'actions pluriannuel est décliné de manière opérationnelle :

- Objectifs ;
- Responsable, échéance et priorité de l'objectif ;
- Actions ;
- Pilotes, échéances et état d'avancement de chaque action.

Ce plan d'actions comporte 41 objectifs principaux et 103 fiches actions.

Le dimensionnement du plan d'actions apparaît comme étant bien adapté à la structure et à son organisation. Ce plan a par ailleurs été retravaillé par l'équipe de Direction afin de garantir une planification la plus juste possible des différentes actions et une cohérence avec les autres démarches menées au sein de l'établissement (DARI, DUERP, etc.).

Les propositions d'amélioration ont par ailleurs été travaillées lors de groupes de travail associant les professionnels de la MAS afin de finaliser la formalisation du plan d'actions.

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

La mise en œuvre et le suivi de la démarche d'amélioration sont réalisés par l'équipe de Direction :

- 8 thèmes ont été identifiés au sein du plan d'actions et répartis entre les 4 membres de l'équipe de Direction (Directrice, Directeurs-adjoint et chef de service) ;
- Un planning a été arrêté pour les 8 groupes de travail ;
- 56 professionnels sont concernés par la réalisation de ces groupes de travail ;
- 8 réunions avaient été organisées au 10 janvier 2017 (sur les temps de la réunion de fonctionnement) ;
- Des « sous-pilotes » ont été désignés pour chaque groupe ;
- Les actions sont partagées entre les professionnels de chaque groupe.

L'équipe de Direction réalise des points réguliers sur les actions à mettre en place et sur les thématiques à travailler. Ils sont en charge de suivre les différentes démarches et d'assurer le suivi et la mise en œuvre des actions d'amélioration, conformément à la recommandation de l'ANESM « Piloter les suites de l'évaluation interne ».

Un rapport trimestriel sur l'état d'avancement de la démarche d'amélioration continue est également réalisé par la Direction à destination de la Direction Générale et du Conseil d'administration.

La démarche d'amélioration a connu une très bonne dynamique de mise en œuvre. A date d'évaluation externe, plusieurs actions ont été clôturées ou sont en cours de réalisation :

- 26% des actions ont été traitées ;
- 53% sont en cours de réalisation ;
- 21% n'ont pas encore été traitées.

A titre d'exemple, ont été traitées :

- La rédaction d'une procédure de gestion des événements indésirables ;
- La formalisation d'une fiche d'habitudes de vie ;
- La formation des équipes par les IDE au contenu des écrits professionnels.

La mission d'évaluation note que les professionnels rencontrés identifiaient des actions mises en place dans le cadre de la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

La mission d'évaluation met en avant plusieurs points positifs quant à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité :

- Il existe une organisation pluridisciplinaire en charge de la démarche ;
- Les informations sont diffusées aux professionnels concernant l'état d'avancement des actions d'amélioration réalisées ;
- Les professionnels de l'établissement se sont bien appropriés la démarche et celle-ci présente du sens pour eux ;
- Les professionnels sont associés aux travaux réalisés via des groupes de travail ;
- Conformément à la réglementation (circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011), il est mentionné dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du plan d'actions (nombre d'actions réalisées, nature des travaux, priorités identifiées, etc.).

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

■ Le pilotage de la démarche qualité

La démarche qualité est pilotée et mise en œuvre par l'équipe de Direction, en lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise. L'équipe de Direction est en charge de centraliser l'ensemble des réflexions et actions ayant trait à l'amélioration continue des pratiques. Cela se traduit par :

- Une vigilance sur la cohérence globale des différentes démarches d'amélioration de la qualité menées par la MAS (évaluation interne et externe, projet d'établissement, CPOM, DARI, DASRI, éléments issus des différentes enquêtes de satisfaction, etc.) ;
- L'accompagnement des équipes à la réalisation des différents travaux nécessaires ;
- La mise en place d'un système de gestion documentaire ;
- Le recueil de la satisfaction des usagers ;
- Le suivi et l'analyse des événements indésirables ;
- La co-élaboration et la diffusion des protocoles, procédures et modes opératoires de la MAS.

L'ensemble des démarches est suivi au sein du logiciel AGEVAL, permettant la saisie des différents plans d'actions, le suivi des événements indésirables, etc.

La mission d'évaluation relève que la démarche qualité est cohérente, structurée, pluridisciplinaire et collaborative :

- Les modalités de pilotage de la démarche qualité sont dynamiques ;
- L'appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels et l'engagement au sein de celle-ci est particulièrement bonne ;
- L'établissement a mis en place plusieurs indicateurs (nombre de séances d'activités, nombre de projets personnalisés, nombre de réunions cliniques, etc.) présentés au sein du rapport d'activités, permettant de disposer d'éléments chiffrés facilitant l'appréciation de la politique qualité ;
- Dans le cadre du projet « Horizon 2020 », les membres de l'équipe de Direction participent à plusieurs travaux transversaux menés au sein de la Ligue Havraise concourant à la réflexion et à l'amélioration des pratiques (ex : mise en œuvre des bonnes pratiques).

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

Le recueil de la satisfaction des usagers de la MAS est organisé par le biais de plusieurs outils, décrits au sein du projet d'établissement :

- Une enquête de satisfaction a été organisée dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, elle portait sur plusieurs thématiques de l'accompagnement (accueil, droits et communication, cadre de vie, aménagement des espaces communs, qualité des repas, sécurité, soins, projet personnalisé, intimité, activités proposées, relation avec l'entourage, gestion de l'argent, etc.). Un accompagnement individualisé a par ailleurs été mis en place par les référents auprès des résidents afin de les aider à répondre à cette enquête ;
- Un Conseil de la Vie Sociale s'est réuni deux fois au cours de l'année 2016. Il comprend notamment deux représentants des résidents et deux représentants des familles. La lecture de plusieurs comptes rendus par la mission d'évaluation permet de constater que les résidents ont la possibilité d'aborder l'ensemble des sujets relatifs au fonctionnement de l'établissement (fêtes et activités, séjours, événements institutionnels, etc.) ;
- Le processus de co-construction des projets personnalisés ;
- Les rencontres individuelles et/ou collectives avec les professionnels de la MAS (psychologue, éducateurs, etc.) pour l'ensemble des usagers ;
- La désignation pour chaque résident de plusieurs référents permettant de faciliter les échanges quotidiens et de proximité ;
- L'organisation d'une commission « menus » avec le prestataire de restauration ;
- La mise en place de groupes de parole des résidents permettant d'échanger sur la semaine écoulée et sur celle à venir.
- La mise en place de « réunions d'unité » mensuelles regroupant résidents et professionnels rattachés à l'unité, pour partager sur les points positifs ou négatifs du fonctionnement de l'unité.

La mission d'évaluation relève la qualité et la diversité des moyens permettant de recueillir la satisfaction des résidents :

- Les éléments issus des différentes démarches de recueil de la satisfaction des résidents sont intégrés au sein des différents plans d'actions ;
- L'établissement veille à recueillir, par des moyens adaptés (communication non verbale, utilisation de pâte à modeler, de figurines, etc.), la satisfaction des résidents les moins communicants.

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

Le recueil des plaintes et réclamations est prévu au sein de la procédure de traitement des événements indésirables.

En cas de plainte ou réclamation, une fiche d'événement d'indésirable est renseignée et celle-ci fait l'objet d'une réponse, d'un traitement et d'une analyse consolidée dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le recueil des plaintes des résidents de la MAS s'effectue essentiellement par le biais des outils de recueil précédemment cités (Conseil de la Vie Sociale, commission menu, recueil de l'avis au quotidien).

La mission d'évaluation encourage également la MAS à mettre à disposition des usagers et familles une fiche spécifique leur permettant de tracer une éventuelle plainte ou réclamation (outil distinct de la fiche de déclaration d'évènement indésirable).

Par ailleurs, les éléments issus de ces fiches de plainte/réclamation pourront être intégrés au plan d'amélioration continue de la qualité.

■ **La gestion documentaire**

La MAS a déployé un système de gestion documentaire. Les circuits de création, révision et diffusion des documents ainsi que les procédures d'archivage et règles de conservation des documents ont été définis, en lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise.

Les différents documents composant le système de gestion documentaire sont mis à disposition en version papier et en version informatique au sein de l'établissement.

A chaque nouvelle procédure formalisée et validée, une fiche de diffusion est mise en œuvre par l'établissement permettant d'informer les professionnels concernés de la présence d'une nouvelle procédure au sein des classeurs mis à disposition. Cette diffusion personnalisée et individualisée permet ainsi de davantage garantir la prise de connaissance et l'appropriation des nouveaux documents par les professionnels directement concernés.

En lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise, la MAS a formalisé plusieurs procédures et protocoles. Le système de gestion documentaire est divisé en plusieurs parties :

- Protocoles médicaux ;
- Protocoles administratifs ;
- Protocoles logistiques et sécurité ;
- Protocoles éducatifs.

La mission d'évaluation relève la qualité du système de gestion documentaire :

- Les procédures relatives aux différentes étapes du parcours du résident, à la sécurité et au bon fonctionnement de l'établissement ont été formalisées de manière pluridisciplinaire ;
- Les modalités de diffusion et de présentation permettent de garantir l'appropriation par les équipes.

La mission encourage la MAS à finaliser les différentes procédures restant à mettre en forme.

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

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (rédaction du projet d'établissement, évaluation interne, travaux relatifs aux projets personnalisés, mesures de soutien mises en œuvre à destination des professionnels, dispositifs

permettant la prévention de la maltraitance, prise en compte des recommandations spécifiques aux FAM et MAS et à l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques, etc.).

Les recommandations ont également été mises à disposition en version papier au sein de l'établissement.

Par ailleurs, la mission d'évaluation relève la bonne prise en compte de la recommandation relative aux spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques⁷.

La mission d'évaluation a pu relever lors des différents entretiens réalisés un bon niveau d'appropriation des RBPP de l'ANESM par l'ensemble des professionnels de la MAS.

Pour 2017, l'établissement a également pour projet de renforcer cette appropriation en réalisant des présentations synthétiques à destination des professionnels. La mission d'évaluation encourage l'établissement à renforcer ces travaux d'appropriation par des modalités innovantes et adaptées (ex : transposition des RBPP au sein de bandes dessinées, etc.).

3.3. Le parcours de l'usager

3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

■ Accueil physique et téléphonique

L'accueil physique et téléphonique est assuré du lundi au vendredi de 9h à 17h par deux assistantes administratives. Concernant l'accueil téléphonique, en dehors des horaires de présence des assistantes, les appels sont automatiquement transférés aux équipes présentes au sein de l'établissement. Il n'existe pas de répondeur permettant de laisser un message puisqu'il est possible de joindre un professionnel 24h sur 24 au sein de l'établissement.

La mission d'évaluation note l'adaptation des espaces d'accueil : présence de fauteuils, documents mis à disposition des familles et visiteurs extérieurs, borne d'accueil permettant d'échanger avec l'assistante administrative, etc. Les échanges peuvent ensuite être réalisés au sein du bureau des assistantes administratives, permettant la confidentialité des échanges.

Si le bâtiment est bien visible depuis l'extérieur, son repérage et son identification peuvent être compliqués (rue nouvellement créée non répertoriée au sein des GPS, confusion avec la clinique voisine, etc.) pour les visiteurs extérieurs.

Un axe d'amélioration est identifié par la mission d'évaluation :

- Renforcer la mise à disposition de documents d'information à destination des familles et visiteurs extérieurs au sein de l'espace d'accueil (ex : règlement de fonctionnement, comptes rendus du CVS, etc.).

■ Processus d'admission

Le processus d'admission est bien structuré et organisé. L'admission d'un nouveau résident fait l'objet d'une procédure formalisée en plusieurs temps. **La démarche mise en œuvre par la MAS est pluridisciplinaire et progressive.** Elle est mise en œuvre sous la supervision de la Direction et se déroule de la façon suivante :

- Un **dossier d'admission** est envoyé à la MAS par le demandeur ou son représentant légal. L'assistante de direction en charge des admissions vérifie la complétude de ce dossier et enregistre la demande au sein d'un tableau de suivi. Un courrier attestant la bonne réception de la demande est envoyé au demandeur ;
- Une fois les pièces complémentaires récupérées, **le dossier est étudié par la Direction et le médecin psychiatre** afin d'évaluer la demande. Une évaluation de l'adéquation du profil avec les critères fixés par la MAS et définis dans la procédure d'admission (orientation MDPH à jour, âge, adulte handicapé psychique stabilisé, domicile sur le territoire de santé du Havre, capacité à vivre dans un environnement d'hébergement collectif, etc.) est réalisée ;

⁷ « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au sein de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles » (Mai 2016)

- Si le profil correspond aux critères d'admission de la MAS, **un entretien est organisé avec le demandeur** (et selon les situations, la famille ou le représentant légal, un professionnel d'un établissement ou service médico-social accompagnant le demandeur), la Direction et le médecin psychiatre (et dans certaines situations, la chef de service et/ou un éducateur). Ces entretiens permettent, d'une part, d'évaluer l'adéquation du profil de la personne à l'accompagnement pouvant être proposé sur l'établissement et, d'autre part, d'échanger avec la personne et ses proches sur les modalités d'accompagnement. **Une visite de l'établissement est également organisée ;**
- Suite à la visite, et avec avis favorable du médecin psychiatre, **le dossier est présenté en commission d'admission pour une inscription sur liste d'attente**. La personne est ainsi susceptible d'intégrer l'établissement en accueil de jour ou accueil temporaire, ces dispositifs permettant d'évaluer les besoins de la personne et de vérifier l'adéquation entre ces besoins et le projet d'établissement ;
- Lorsqu'une place se libère, **la Direction prononce l'admission**.
- L'admission est ensuite préparée avec le futur résident et la famille ou le représentant légal.

La mission d'évaluation souligne la qualité de la démarche d'admission mise en œuvre sur la MAS :

- Les **critères d'admission ont été clairement identifiés** au sein de la procédure d'admission et l'établissement est en vigilance permanente afin de rester dans le cadre des missions qui lui sont fixées. A ce titre, l'établissement veille à ce que les personnes soient dans un état psychique stabilisé et résident sur le territoire de santé du Havre afin de répondre aux besoins locaux ;
- La **procédure est formalisée, connue des professionnels rencontrés, structurée, progressive, pluridisciplinaire** et inclut des moyens permettant d'évaluer l'adéquation du profil au projet de l'établissement. Conformément aux RBPP de l'ANESM, les décisions d'admission sont prises dans le cadre d'une commission d'admission et le consentement de l'utilisateur est recherché, autant que possible ;
- **L'accueil temporaire et l'accueil de jour permettent de faciliter l'évaluation de l'adéquation entre les besoins et capacités de la personne et l'accompagnement** pouvant être proposé par l'établissement.

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

Les personnes sont, dans un premier temps, accueillies dans le cadre d'un accueil temporaire ou accueil de jour. Une procédure de gestion des accueils temporaires au sein de l'établissement précise ainsi les différentes étapes mises en place pour accueillir les nouveaux résidents au sein de la MAS et le rôle de chaque professionnel durant ce moment important.

Les entrées au sein de la MAS sont bien organisées et planifiées en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et permettent une bonne prise de repères du nouveau résident. Lors de l'arrivée, les éléments suivants sont remis au résident et à sa famille :

- Le contrat de séjour,
- Le livret d'accueil,
- Le règlement de fonctionnement,
- La charte des droits et libertés.

Les conditions matérielles de l'entrée sont bien préparées. Les professionnels rencontrent le nouveau résident afin de lui souhaiter la bienvenue, de faire connaissance et de compléter le recueil de ses différentes habitudes de vie et de ses besoins. La chambre du futur résident est également nettoyée et préparée. Un inventaire de ses effets et biens est également réalisé.

Les équipes sont informées d'une nouvelle entrée par une note diffusée en interne. Il est ainsi demandé aux différents professionnels de prendre connaissance du dossier.

Dès l'arrivée d'un nouveau résident, un effort particulier est réalisé dans la présentation du résident aux équipes d'encadrement et aux autres résidents.

A son entrée, chaque résident se voit nommer cinq référents parmi les professionnels de l'équipe :

- Un référent infirmier,

- Un référent éducatif,
- Un référent « de proximité », choisi parmi l'équipe d'AS/AMP,
- Un référent de nuit,
- Un référent cadre.

Ces référents vont, chacun dans leur domaine (soins, quotidien, vie sociale et accompagnement éducatif), faciliter l'intégration de la personne au sein de la MAS. Le référent de proximité vise à développer une relation privilégiée avec le nouveau résident et également en charge le recueil des besoins et habitudes de vie, la gestion du quotidien, etc.

La mission souligne la qualité de ce temps d'accueil mis en place par l'établissement permettant une bonne prise de repères pour le nouveau résident. Les résidents rencontrés par la mission d'évaluation ont également souligné la bonne organisation de ce temps d'accueil au sein de l'établissement et, en particulier, la qualité des informations qui leur ont été délivrées.

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

■ L'effectivité des projets personnalisés

Taux de PP élaborés avec l'usager*	Taux de PP signés*	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
81%	42%	42%

**Chiffres transmis par l'établissement – données au mois de décembre 2016*

La démarche d'élaboration des projets personnalisés (PP) est effective au sein de la MAS, contribuant au recueil des besoins des résidents et à leur mise en œuvre au quotidien par l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec chaque résident.

Au mois de décembre 2016, **81 % des résidents disposaient d'un projet personnalisé élaboré suivant la procédure définie au sein de l'établissement.** Un tableau de réalisation des projets personnalisés permet de suivre leur élaboration et réactualisation.

Si les résidents en accueil de jour et en accueil temporaire ne disposent pas d'un projet personnalisé en tant que tel, des objectifs de travail sont toutefois tracés pour chaque personne. Ces objectifs étant ensuite évalués à la fin de la période d'accueil temporaire, donnant lieu à l'élaboration d'un rapport transmis à la MDPH.

La mission d'évaluation relève la bonne appropriation de la démarche par les équipes de la MAS et la bonne dynamique mise en œuvre. La mission encourage l'établissement à finaliser les derniers projets personnalisés en cours d'élaboration.

■ Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Les modalités d'élaboration des projets personnalisés sont encadrées par une procédure. Le projet personnalisé comprend les prestations et objectifs adaptés à la situation du résident, dans tous les domaines de l'accompagnement (soins, vie sociale, activités, accompagnement quotidien), et est établi au plus tard dans les six mois suivant l'admission du résident, puis renouvelé tous les ans ou plus tôt si nécessaire.

La démarche mise en place inclut ainsi une co-construction du projet avec le résident ou son représentant légal et est pluridisciplinaire. La démarche est coordonnée par la chef de service et se déroule de la façon suivante :

- Le recueil des informations et des besoins de la personne est réalisé par les référents (histoire, santé, capacités et compétences, analyse de l'autonomie, appétence de la personne, habitudes de vie, difficultés, etc.). Ils préparent les objectifs et moyens à mettre en œuvre sur les 3 volets de l'accompagnement proposé (accompagnement quotidien, soins, socio-éducatif) ;

- Une visite médicale annuelle est programmée avec le médecin somaticien référent de l'unité afin d'intégrer les objectifs du volet soins au sein du projet ;
- Le référent éducateur rencontre le résident et sa famille et/ou représentant légal afin de recueillir leurs souhaits et attentes et rédige les différents objectifs ;
- Le pré-projet est ensuite présenté lors d'une réunion de synthèse à laquelle participent un cadre et les référents. Des adaptations peuvent être proposées par les professionnels ; suite aux adaptations réalisées, le projet est de nouveau proposé au résident par le référent éducateur ;
- Dès validation définitive, interviendra la signature du projet personnalisé, en présence du représentant légal et du référent éducateur. Le projet est également signé par un membre de l'équipe de Direction.

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

La mission d'évaluation relève la qualité du processus d'élaboration des projets personnalisés, associant de manière pluridisciplinaire les professionnels de l'établissement et les résidents et leurs familles.

Un axe d'amélioration est identifié par la mission d'évaluation :

- Renforcer les échanges entre professionnels (AS/AMP, IDE et éducateurs) en amont de l'écriture du PP afin de favoriser la concertation en équipe.

■ **Le contenu du projet personnalisé**

Le contenu des projets personnalisés apparaît pertinent. Les projets se fondent sur une trame commune divisée en trois volets : accompagnement au quotidien, projet de soins, projet socio-éducatif.

Chaque volet contient les éléments suivants :

- Des objectifs opérationnels ;
- Les moyens à mettre en œuvre ;
- Les professionnels concernés ;
- Les échéances ;
- Les évaluations ;
- La date de la prochaine évaluation.

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

Les projets élaborés sont mis en ligne via le réseau commun et une transmission est envoyée à l'ensemble des équipes afin de les inviter à consulter le projet. La mission d'évaluation encourage toutefois les professionnels de l'établissement à renforcer leur connaissance des différents projets personnalisés élaborés, y compris ceux des résidents des unités où certains professionnels interviennent moins.

■ **Suivi et évaluation du projet personnalisé**

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

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, **l'établissement a défini les modalités de suivi et d'évaluation des projets personnalisés**. Ces modalités sont par ailleurs intégrées à la procédure « élaboration et évaluation du projet personnalisé ».

L'évaluation du projet est réalisée par les référents de la personne. Ceux-ci établissent, lors d'une réunion de synthèse, un bilan des objectifs formalisés au sein du projet et décident, de manière pluridisciplinaire, du maintien ou de la modification des objectifs.

Le référent éducateur rencontre le résident et sa famille pour leur présenter l'évaluation réalisée.

La mission d'évaluation relève la qualité de la démarche d'évaluation des projets personnalisés au sein de la MAS :

- Les professionnels sont sensibilisés au sens de l'outil ;
- Les dates des évaluations sont suivies sur un tableau dédié ;
- Le résident et sa famille sont associés à l'évaluation du projet ;
- Les objectifs sont évalués et réactualisés régulièrement.

Un axe d'amélioration est identifié par la mission d'évaluation :

- Renforcer le suivi des objectifs au quotidien afin que l'évaluation ne soit pas uniquement réalisée lors de la réactualisation du projet personnalisé.

3.3.3. La fin d'accompagnement

■ Les réorientations

Depuis 2013, il n'y a pas eu de réorientations au sein de la MAS. L'établissement veille toutefois à travailler avec certains résidents des projets futurs d'orientation vers d'autres dispositifs (ex : ESAT, SAVS, etc.) : certains résidents sont accompagnés afin d'atteindre leur objectif d'avoir une activité professionnelle (visites et stages en ESAT, travail sur le réveil et l'autonomie dans l'habillement et la toilette, etc.).

La mission d'évaluation encourage l'établissement à formaliser une procédure en cas de réorientation (modalités de préparation des réorientations, échanges en réunion pluridisciplinaire, coordination avec la future structure d'accueil, etc.).

■ La gestion de la fin de vie

Du fait du vieillissement de la population accueillie, l'accompagnement de la fin de vie est à prendre en compte au sein de la MAS.

L'établissement a mené plusieurs réflexions afin d'anticiper et de préparer au mieux ces situations de fin de vie :

- La MAS est ainsi en capacité d'adapter, de manière pluridisciplinaire, l'accompagnement proposé (organisation de passages réguliers, soins anti-escarre, etc.) ;
- Des formations internes sur la prévention et la gestion des fausses routes ont été organisées par le médecin somaticien ;
- Afin de permettre aux résidents en fin de vie de rester sur l'établissement, l'établissement a formalisé une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'HAD ;
- Des formations sur la gestion des fins de vie sont prévues pour les équipes ;
- Un accompagnement spécifique des équipes est proposé par le médecin psychiatre en cas de décès.

Une procédure en cas de décès, indiquant les différentes tâches à réaliser, est également formalisée sur l'établissement.

La mission d'évaluation encourage l'établissement à poursuivre les formations relatives à la gestion des fins de vie à destination des équipes. Par ailleurs, une réflexion pourra également être menée sur les modalités de recueil des différentes informations permettant d'anticiper les décès (ex : définir des modalités adaptées de recueil des directives anticipées, recueil des souhaits des familles, prise de connaissance des contrats obsèques, etc.).

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1. Qualité du cadre de vie

■ Les locaux

Les locaux de la MAS sont récents (ouverture en 2014).

Les locaux sont bien entretenus, spacieux, modernes, conviviaux et clairs. Le cadre est apaisant et sécurisant.

Les locaux ont été intégralement pensés autour du projet de l'établissement : les multiples salles d'activités permettent de disposer des ressources nécessaires à la réalisation d'activités régulières et variées. De même, les différents espaces sont décroisonnés (ex : self commun à l'ensemble des résidents pour le déjeuner) afin de favoriser les échanges et la mise en œuvre d'un accompagnement global et transversal.

Les résidents sont présents au sein de quatre unités de 10 chambres, réparties entre deux pavillons. **La taille de ces unités est appropriée pour que les résidents puissent vivre au quotidien dans un lieu de vie à dimension humaine.**

Les locaux sont divisés en trois lieux distincts : espaces privés, espaces collectifs et espaces logistiques et de bureaux.

Espaces privés

Les espaces individuels sont de qualité : chaque résident bénéficie d'une chambre meublée. Au sein de chaque unité est présente une chambre double. Les chambres font entre 15 et 20m² et sont équipées d'une salle de bain. Les chambres sont claires, confortables et bien équipées (ex : présence de lits de 110 cm de largeur, contribuant au caractère chaleureux de ces chambres). Elles sont adaptées aux besoins des résidents. Les résidents ont la possibilité de décorer et meubler leur espace privé.

Au sein de chaque unité, une chambre est médicalisée (lit médicalisé, climatisation adaptée, présence d'un hublot à la porte, etc.). Quatre chambres par unité sont également spécifiquement adaptées aux personnes à mobilité réduite.

Espaces collectifs et espaces extérieurs

Les espaces collectifs sont également de qualité : chaque unité comprend un patio accessible aux résidents, une salle à manger et un salon donnant sur une terrasse extérieure et les jardins.

Plusieurs espaces sont communs par pavillon : un office, une salle de bain avec baignoire à hydrojets et chromothérapie, des rangements pour le linge et l'hygiène des locaux, une salle d'apaisement.

La mission relève que les différents espaces conviviaux facilitent la socialisation et les échanges entre les personnes accueillies au sein de la structure :

- **Les salles d'activités sont nombreuses, variées et communes à l'ensemble des résidents** (salon esthétique, salle de cinéma et d'activités « cuisine », salle informatique, salle pour les arts plastiques, salle de relaxation et de gym douce, etc.). Elles sont situées à mi-chemin des deux pavillons ;
- **Les patios sécurisés** permettent aux résidents de fumer ;
- **Le self, commun à l'ensemble des résidents**, pour le temps du déjeuner ;
- **Les jardins sont aménagés** et comprennent des espaces de jardinage pour les résidents.

Le stockage des équipements et du matériel est bien organisé. Des salles sont dédiées au stockage du linge propre, aux produits et outils de nettoyage, aux DASRI, au matériel pour l'équitation et le jardinage, etc. L'établissement dispose de nombreux espaces de rangement.

L'établissement dispose également d'un salon des familles, accessible par la zone d'accueil. Cet espace est également utilisé pour des temps d'échange ou d'entretien avec certains résidents, constituant un outil d'accompagnement au quotidien.

Les espaces collectifs sont également sécurisés (caméra, lumière à détection automatique dans les couloirs des unités, jardin sécurisé, etc.).

La mission d'évaluation relève que les espaces individuels et collectifs sont de qualité et offrent un cadre de vie particulièrement agréable pour les résidents. Ces espaces constituent de réels lieux de vie pour les résidents accueillis. La mission encourage l'établissement à poursuivre l'aménagement des espaces extérieurs.

Espaces logistiques et bureaux

Les espaces logistiques et de bureaux comprennent la blanchisserie, la cuisine, le factotum et les différents bureaux administratifs.

Les bureaux des médecins et des infirmières se trouvent à proximité des salles d'activité.

■ L'entretien des locaux

La maîtresse de maison supervise l'entretien des locaux de la MAS. Une équipe dédiée composée de 3 agents de service assure l'entretien quotidien des locaux, sous la coordination de la maîtresse de maison. Il est à noter que l'équipe d'entretien comprend également des professionnels de l'ESAT « Porte Océane ». **L'entretien des locaux est assuré chaque jour, y compris le week-end.**

La mission d'évaluation relève que l'entretien des locaux est satisfaisant : les espaces visités lors de la visite et de l'évaluation étaient propres. L'ensemble des espaces collectifs et de circulation font l'objet d'un plan de nettoyage (sanitaires, vestiaires, parties communes, etc.). Ces documents sont mis à disposition des professionnels au sein de leur chariot (existence d'une fiche journalière pour chaque roulement).

Des documents de traçabilité sont utilisés quotidiennement (entretien des sanitaires, des aspirateurs, des chariots de rangement, etc.). Les remises en état des chambres, en lien avec les arrivées des résidents en accueil temporaire, sont également planifiées.

Le matériel utilisé est conforme aux normes de sécurité et d'hygiène. Les professionnels ont été formés à l'utilisation du matériel.

Le personnel est formé à l'utilisation des produits d'entretien. Les fiches de sécurité des produits utilisés sont mises à disposition au sein de l'établissement.

Les produits sont stockés dans des espaces de rangements sécurisés et fermés.

La mission d'évaluation identifie un axe d'amélioration :

- Formaliser le protocole d'entretien des chambres (entretien quotidien, nettoyage « à fond »).

■ L'entretien du linge

L'entretien du linge des résidents de la MAS est réalisé au sein de la lingerie de l'établissement. L'ensemble du linge des résidents y est entretenu. Le linge plat et les tenues professionnelles sont nettoyés au sein de la blanchisserie de l'ESAT « La Lézarde ».

L'entretien du linge est assuré par une lingère, sous la coordination de la maîtresse de maison.

Le linge sale est transmis au sein de sacs bien identifiés. La distribution du linge propre est effectuée par la lingère sur des chariots avec housse (permettant de garantir intégralement l'hygiène du linge) indiquant les noms de chaque résident. Le circuit du linge propre et sale est notamment bien différencié sur l'établissement.

La lingerie est intégralement aux normes RABC : bacs fermés, mise en œuvre effective et respectée de la marche en avant, séparation entre les parties propre et sale, sas entre ces deux parties permettant de se changer et de se décontaminer, machines à double porte, etc.

Les lingères disposent de l'intégralité du matériel nécessaire : machines, sèche-linges, table de tri, table de pliage, centrale vapeur, gants pour le tri, thermocolleuse permettant de marquer le linge des résidents (systématiquement proposé aux familles), etc.

Les agents sont formés aux normes d'hygiène et les produits sont stockés de façon sécurisée.

L'entretien de la lingerie figure au sein des plans de nettoyage mis en œuvre au sein de l'établissement. La lingerie est ainsi nettoyée quotidiennement (dont une fois par semaine « nettoyage à fond »).

Par ailleurs, la lingerie permet également l'ouverture de l'établissement sur son environnement puisqu'une lingère intervenant au sein de la MAS est une professionnelle de l'ESAT.

La mission d'évaluation identifie un axe d'amélioration :

- Mettre en place une traçabilité de l'entretien de la lingerie.

■ **Restauration**

La restauration est réalisée sur site par un sous-traitant, SHERPAS. Le prestataire assure la préparation du petit-déjeuner, du déjeuner, de la collation de l'après-midi. Les repas sont cuisinés sur site. **Les équipements sont de bonne qualité.** Les règles liées à la démarche HACCP sont respectées.

Des régimes spécifiques (médicaux et culturels) et textures appropriées sont proposés par le prestataire afin de répondre aux différents besoins.

Les souhaits des résidents sont pris en compte. Les menus sont évalués et améliorés par **une commission des menus mensuelle** constituée d'une diététicienne et des professionnels de la Maison d'Accueil qui recueillent en amont l'avis des résidents sur les repas. Un système de self est mis en place permettant aux usagers de choisir entre différents types d'entrées, de plats et de desserts.

Plusieurs évènements festifs sont organisés tout au long de l'année (fête de Noël, fête du printemps, Barbecue, repas à thèmes, ...). Le prestataire propose des menus et une décoration appropriés à ces moments conviviaux. Ces évènements sont appréciés des résidents et des familles.

Les repas du midi sont pris au self de la Maison d'Accueil en deux services afin de favoriser à la fois une ambiance conviviale et les interactions durant les repas. Ce double service permet également de s'adapter aux différents rythmes des usagers.

Les petits déjeuners et repas du soir sont pris sur chaque unité qui dispose d'un lieu de restauration convivial et adapté pour l'ensemble des usagers de l'unité. Le mobilier permet un accès aisé pour les personnes à mobilité réduite. Si la situation médicale le nécessite, les personnes accueillies sont servies dans leur chambre ou sont aidées d'un professionnel pour manger. Un espace a été conçu pour que les personnes accueillies puissent recevoir des invités lors du déjeuner.

La présence de professionnels prenant leur repas avec les résidents permettent également de proposer des accompagnements pédagogiques sur ces temps.

Des ateliers cuisine sont également régulièrement organisés par l'équipe éducative en lien avec le prestataire (avec mise en place de procédures adaptées) et l'équipe de proximité. Ces ateliers sont également appréciés par les résidents.

Si des insatisfactions ont pu être émises par les résidents durant un Conseil de la Vie sociale sur l'inadaptation des repas le soir, les résidents rencontrés durant la visite sur site ont exprimé leur satisfaction globale sur les repas proposés, des ajustements ayant été opérés au niveau des plats proposés au dîner.

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

- Une ambiance conviviale, propice au bon déroulement des repas et aux échanges
- Des résidents accompagnés de manière adaptée par les professionnels
- Un respect des rythmes de chacun
- Des textures correspondantes aux besoins des usagers
- Des quantités suffisantes et adaptées aux besoins nutritionnels de chaque usager

L'espace de restauration de l'établissement présente toutefois l'inconvénient d'être bruyant.

3.4.2. L'accompagnement proposé

■ Les soins

La prescription des soins

La MAS dispose d'un médecin psychiatre et de deux médecins somaticiens, chacun présent à hauteur de 0,2 ETP. Le médecin psychiatre est présent le mardi, les deux somaticiens 2 demi-journées par semaine (lundi et mercredi / mardi et vendredi).

Ils assurent la coordination et la surveillance médicale pour l'ensemble des résidents, ainsi qu'une prise en charge thérapeutique ayant pour but le maintien et la stimulation des capacités cognitives. Par ailleurs, les deux médecins somaticiens sont les médecins traitants de la plupart des résidents de l'établissement, les résidents conservant toutefois lors de la première année suivant leur admission leur médecin traitant d'origine. L'établissement veille cependant à rappeler aux résidents admis dans l'établissement et à leurs familles le principe du libre choix de leur médecin traitant. Les médecins somaticiens réalisent une visite médicale annuelle pour chaque résident.

Les traitements sont prescrits sur le logiciel SAM. Les ordonnances sont ensuite classées en infirmerie. Le suivi des renouvellements est réalisé par les IDE de nuit, le logiciel actuel ne disposant pas de système d'alerte pour les dates de fin de validité. Les prescriptions ainsi que les modifications qui y sont apportées ne sont cependant pas systématiquement saisies sur le logiciel : celles-ci sont parfois tracées de manière manuscrite puis saisies par les infirmières sur le logiciel, générant un risque dans le circuit de prescription et de délivrance des traitements. Un enjeu est ainsi identifié par la mission d'évaluation, en lien avec le changement prévu de logiciel, concernant la saisie informatique des prescriptions, des modifications, des renouvellements et des modalités de suivi des dates de fin de validité.

Le projet de soin et la coordination

La MAS dispose d'une partie relative à la prise en charge médicale et paramédicale au sein du projet d'établissement.

La mission d'évaluation relève la bonne coordination des soins au sein de la MAS, assurée par :

- **Par le médecin psychiatre**, pour le suivi clinique des résidents ;
- **Par les médecins somaticiens**, pour la réalisation et le suivi des soins et la mise en place d'actions de prévention. Chaque médecin somaticien est référent d'un pavillon au sein de la MAS ;
- **Par les infirmières (4 infirmières sont présentes chaque jour)**, qui assurent en collaboration avec les médecins le suivi des prescriptions des résidents et qui réalisent les principaux soins.

La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier, présent en continu durant la journée: deux IDE sont présents le matin (6h30-13h30 et 7h30-14h30), un IDE est présent l'après-midi (13h-21h30) et un IDE est présent la nuit (21h-7h). Le mardi, un IDE de journée est en plus présent de 9h à 16h. Le week-end, un seul IDE est présent chaque jour, de 9h à 19h30. La mission d'évaluation relève la répartition adaptée des temps de présence, permettant une couverture continue sur l'ensemble de la journée, une continuité des interventions et la possibilité de réaliser des temps de transmissions à chaque changement de professionnel. Les soins sont réalisés par les infirmiers.

Au jour de l'évaluation, la MAS dispose d'un plan bleu et d'un document d'analyse du risque infectieux (DARI). Le plan de continuité des activités (PCA) reste à finaliser.

L'établissement jouit de bonnes relations avec les structures de soins de proximité et dispose d'un bon réseau de partenaires. Les médecins intervenant également au sein de l'hôpital psychiatrique, ces derniers assurent la coordination avec cet établissement.

L'organisation des soins

Chaque résident dispose d'un plan de soins individualisé formalisé de manière manuscrite au sein de l'infirmerie, précisant les soins à réaliser. Le plan de soins est réalisé par les IDE. Un enjeu est identifié, en lien avec le changement prévu de logiciel, afin de disposer d'un plan de soins informatisé pour chaque résident de l'établissement.

Les soins réalisés ne sont pas systématiquement tracés au sein du logiciel, du fait de dysfonctionnements fréquents quant à son utilisation. Des cahiers de soins permettent de tracer les événements particuliers et/ou soins exceptionnels, les surveillances sont tracées sur papier (températures, glycémies, etc.) et des transmissions écrites sont également réalisées au sein du logiciel. Cependant, la mission d'évaluation encourage l'établissement à prévoir les modalités de cette traçabilité informatique des soins réalisés.

Les transmissions infirmières et soignantes sont réalisées chaque jour sur le logiciel. La mission d'évaluation encourage l'établissement à travailler les modalités de réalisation de ces transmissions écrites en lien avec le changement de logiciel, afin de garantir une certaine homogénéité dans leur réalisation.

Le dossier médical du résident apparaît comme morcelé au jour de l'évaluation externe :

- Le dossier médical informatisé est renseigné au sein du logiciel SAM. Celui-ci apparaît toutefois comme peu adapté et non intégralement renseigné ;
- Les médecins somaticiens établissent sur le réseau un dossier informatique commun par résident, retraçant les antécédents médicaux, les vaccinations, le groupe sanguin ;
- Un dossier médical est tenu par le médecin psychiatre pour chaque résident ;
- Un dossier de soins papier est utilisé par les IDE.

Le projet de nouveau logiciel, prévu pour le 1^{er} semestre 2017, permettra de garantir l'homogénéité et la structuration des dossiers médicaux. Un enjeu est identifié concernant les modalités du partage d'informations au sein de l'établissement.

Plusieurs protocoles de soins ont été formalisés sur la MAS par les médecins somaticiens : constipation, fièvre, fausse route, épilepsie, douleur, etc. Ils sont sous forme papier au sein d'un classeur mis à disposition en infirmerie. La mission d'évaluation relève le travail réalisé concernant la formalisation de ces protocoles ainsi que leur diffusion auprès des équipes. Ces dernières apparaissent suffisamment sensibilisées au contenu de ces protocoles lors de l'évaluation externe.

Enfin, la délivrance des médicaments fait l'objet d'une attention particulière au sein de l'établissement :

- Les traitements sont préparés par les IDE de nuit pour l'ensemble de la semaine ;
- Une double vérification des piluliers est réalisée par les IDE ;
- La traçabilité de la distribution est réalisée.

La conservation des traitements est sécurisée : les médicaments sont stockés dans le local pharmacie, ce dernier n'étant accessible qu'aux personnes autorisées.

Les traitements sont systématiquement donnés par les IDE la semaine (au moment des petits déjeuners, le midi et le soir). Le week-end, la distribution est réalisée par les AS/AMP, ces derniers traçant la distribution sur des fiches dédiées qui sont ensuite vérifiées par les IDE.

La prise en compte des thématiques de soins spécifiques

La gestion de la douleur fait l'objet d'un protocole spécifique et d'une vigilance permanente des équipes de la MAS. Si les échelles existantes d'évaluation de la douleur (EVA, doloplus, etc.) sont peu adaptées aux caractéristiques des résidents accompagnés, les professionnels accordent une grande attention à l'évolution des comportements des résidents et l'observation du visage (ex : crispation, phases d'agitation, etc.), la douleur étant une cause fréquente de perturbations. Quelques résidents le nécessitant disposent de prescriptions spécifiques. Par ailleurs, la douleur est également prise en charge par d'autres moyens non médicamenteux : relaxation, changement des postures, balnéothérapie, etc.

Si la gestion de l'incontinence peut être complexe au quotidien en raison des problématiques des résidents, une évaluation est systématiquement réalisée à l'entrée et réajustée dès que nécessaire. Les équipes veillent à une préservation maximale de la mise aux toilettes. Un suivi régulier des protections est organisé pour les résidents le nécessitant.

Le suivi des chutes est effectué via des fiches de chute manuscrites. Ces déclarations de chutes permettent la réalisation de bilans réguliers des chutes afin de mettre en place des actions préventives supplémentaires. Par ailleurs, des actions préventives sont réalisées au sein de l'établissement, notamment à destination des résidents les plus âgés (ex : accompagnement à la toilette par deux professionnels) et une procédure spécifique

est formalisée. Les réunions cliniques permettent également d'adapter l'accompagnement afin de prévenir les risques de chute.

Aucune contention n'est mise en œuvre au sein de l'établissement. Une recherche systématique de solution alternative est effectuée par l'établissement. En cas de besoin, un recours aux urgences psychiatriques est mis en œuvre. Par ailleurs, la pièce d'apaisement présente au sein de la MAS peut également être utilisée, mais aucune mesure de contention physique n'est déployée.

Les risques de dénutrition et de déshydratation font l'objet d'une attention par les professionnels, le cas échéant. Des bilans sanguins peuvent ainsi être réalisés en cas de besoin.

Les résidents de la MAS peuvent être accompagnés en fin de vie. L'établissement a développé des partenariats avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'HAD, formalisés par une convention. Ces partenaires peuvent ainsi appuyer les équipes en cas de besoin concernant l'accompagnement des résidents, notamment afin de prévenir et soulager les symptômes physiques, anticiper les risques de complication et prendre en compte les besoins de chaque résident. Des formations internes ont également été proposées aux équipes.

La mission d'évaluation relève que les différentes thématiques de soins spécifiques sont bien prises en comptes au sein de l'établissement.

Plusieurs axes d'amélioration relatifs aux soins sont identifiés par la mission d'évaluation :

- En lien avec le changement prévu de logiciel, sécuriser davantage les modalités de saisie informatique par les médecins des prescriptions, de leur modification et de leur renouvellement ;
- Finaliser le plan de continuité des activités (PCA) ;
- Prévoir l'informatisation des plans de soins des résidents ;
- Définir les modalités de traçabilité informatique des soins réalisés ;
- Prévoir la constitution des dossiers médicaux des résidents au sein du futur logiciel ;
- Garantir l'unicité des dossiers médicaux et l'uniformité des informations contenues au sein du futur dossier médical informatisé, afin de permettre la continuité et la traçabilité des soins ;
- Poursuivre la réalisation de formations internes délivrées par les médecins somaticiens aux équipes de la MAS ;
- Poursuivre la formation des équipes sur l'accompagnement lors des fins de vie ;
- Définir les modalités de recueil des directives anticipées et de l'existence d'une personne de confiance.

■ **L'accompagnement psychologique**

La MAS dispose d'un temps de psychologue à hauteur de 0,20 ETP. La psychologue est présente deux demi-journées par semaine (mardi après-midi et vendredi matin).

La psychologue de l'établissement intervient auprès des résidents de la MAS :

- Elle réalise des entretiens individuels réguliers avec les usagers ;
- Des rencontres de groupe peuvent également être réalisées, selon les besoins et projets en cours ;
- Elle participe aux réunions cliniques afin d'évoquer la situation des résidents avec les autres professionnels en charge de l'accompagnement.

Au jour de l'évaluation externe, 30 résidents étaient rencontrés en entretien, dont 17 de manière régulière.

L'accompagnement psychothérapeutique proposé aux résidents est mis en œuvre à travers des rendez-vous réguliers ou lors de rencontres ponctuelles, suite à la demande des résidents. La prise de rendez-vous est discutée directement avec le résident, afin que celui-ci soit le plus autonome possible. Selon les besoins identifiés et/ou communiqués par les équipes, la psychologue peut également aller à la rencontre des résidents afin de leur proposer un rendez-vous.

L'accompagnement peut porter sur des projets spécifiques en lien avec les pathologies des résidents et leurs souhaits et demandes. A titre d'exemple, un recueil de poèmes a été élaboré avec un résident, dans le cadre

d'un accompagnement thérapeutique (travail sur la vision à long terme). De même, des recherches généalogiques sont parfois réalisées avec certains résidents, afin de les aider à comprendre leur histoire de vie.

La coordination avec les autres professionnels est assurée à travers différents outils :

- **Les projets personnalisés** : la psychologue échange régulièrement avec les éducateurs, ces derniers pouvant identifier les différents besoins des résidents. Les objectifs de l'accompagnement psychothérapeutique sont discutés pour être intégrés au projet personnalisé. A titre d'exemple, dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé, la psychologue accompagne parfois des résidents à la visite d'ESAT ;
- **Les réunions cliniques** permettent de garantir la coordination et les échanges avec les éducateurs, les AS/AMP et le médecin psychiatre ;
- **Un temps d'échange hebdomadaire est organisé avec le médecin psychiatre et une IDE** en amont de la réunion clinique.

La psychologue peut également accompagner les professionnels de la MAS dans le cadre de certains travaux transversaux (ex : groupe de travail sur la sexualité des résidents, etc.). Des travaux sont également menés de manière transversale à l'échelle de l'association sur les outils de médiation (ex : grille sensorielle) et au niveau du CRAN (Centre Ressource Autisme Normandie), auxquels participe la psychologue.

Enfin, la psychologue rencontre les familles des résidents lors des différents temps festifs organisés au sein de la MAS.

La mission d'évaluation note la bonne adaptation de l'accompagnement psychologique aux besoins des résidents :

- Les accompagnements sont diversifiés pour répondre aux besoins des résidents (séances individuelles, groupes, prise en compte des familles, etc.) ;
- Les évaluations permettent de suivre l'évolution des besoins des résidents, à différents moments de l'accompagnement ;
- Une coordination est mise en œuvre avec les différents interlocuteurs, en interne comme en externe, afin d'accompagner de manière transversale chaque résident ;
- Des travaux sont mis en œuvre avec les différents professionnels de l'établissement afin d'améliorer l'accompagnement global des résidents et de soutenir les pratiques professionnelles (ex : travail autour de la sexualité).

■ **L'accompagnement rééducatif**

L'accompagnement rééducatif est proposé par des professionnels libéraux sur l'établissement. Ainsi un kinésithérapeute, un ostéopathe et des intervenantes Massages Bien-être interviennent à la demande de l'établissement, en fonction des besoins repérés.

Les soins de kinésithérapeute font l'objet de prescriptions.

Les accompagnements rééducatifs sont notamment réalisés sur la base des projets personnalisés. Un planning de rééducation est également formalisé pour chaque résident au sein du logiciel. Des plannings papier individuels peuvent également être remis aux résidents qui le souhaitent.

Des séances individuelles sont organisées en fonction des besoins identifiés par la kinésithérapeute et l'ostéopathe.

Deux intervenantes Massages Bien-être proposent également chaque semaine des massages individuels aux résidents qui le souhaitent et des ateliers collectifs de relaxation.

Des groupes sont également proposés par les rééducateurs, notamment des cours de gymnastique adaptée organisé par la kinésithérapeute par groupes de 3-4 résidents.

Les actions menées sont tracées sur le logiciel de l'établissement avec une validation de la présence à la séance. Les bilans des rééducateurs sont réguliers, permettant de donner en réunion de synthèse les actions prévues dans les prochains mois et une vision globale de la prise en charge de chaque résident.

La coordination des interventions est faite en lien avec les équipes soignantes et éducatives. **L'invitation des rééducateurs à certaines réunions Projets personnalisés**, selon les accompagnements proposés aux résidents, **pourrait permettre d'affiner l'évaluation globale des besoins et la définition d'objectifs adaptés en concertation pluridisciplinaire.**

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

Structuration

L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement repose sur les professionnels éducatifs et les AS et AMP.

6 éducateurs sont présents au sein de la MAS. La semaine, 5 éducateurs sont présents de 9h à 17h et un éducateur est présent de 11h à 19h. Le week-end, un seul éducateur est présent au sein de la MAS (le samedi de 10 à 18h et le dimanche de 12h à 20h).

Un binôme d'AS/AMP est présent sur chaque unité tout au long de la journée. Les AS et AMP sont présents le matin (6h30-14h15), l'après-midi (13h45-21h30) ou sur des horaires de journée (9h15-17h ou 8h30-12h30 puis 13h30-17h15). Si les AS et AMP sont affiliés à une unité (et à un pavillon), ils sont susceptibles d'intervenir auprès de l'ensemble des résidents. De même, un dispositif de mobilité est mis en œuvre par l'établissement afin que les professionnels puissent changer de manière régulière d'unité.

Des réflexions régulières ont été mises en œuvre par l'établissement concernant les heures de présence des professionnels, la mission d'évaluation relève la pertinence des horaires mis en œuvre permettant des temps de présence correspondants aux besoins des résidents.

Les projets personnalisés sont élaborés pour les résidents et les objectifs qui y figurent servent de base à l'accompagnement proposé. Le recueil des habitudes de vie est réalisé et est retranscrit au sein d'une fiche d'habitudes de vie. Cette fiche est ensuite régulièrement mise à jour par les référents du résident (réfèrent éducateur, réfèrent AS/AMP « de proximité », réfèrent de nuit). Le réfèrent éducatif veille à l'actualisation régulière des projets personnalisés en cas d'évolution des besoins du résident. Les référents éducatifs sont également en charge de veiller à la cohérence des projets de chaque unité.

Par ailleurs, deux référents sont également désignés pour les accueils temporaires et les accueils de jour.

Coordination

La coordination de l'accompagnement au sein de chaque unité est réalisée par les éducateurs, en lien avec la chef de service.

Plusieurs outils permettent la coordination de l'accompagnement à la vie quotidienne sur l'établissement :

- Les réunions cliniques, animées par le médecin psychiatre, permettant la réalisation d'une réflexion collective autour des problématiques rencontrées par les résidents ;
- Les réunions de fonctionnement organisées sur chaque unité une fois par mois ;
- Les réunions relatives aux projets personnalisés ;
- Les plannings d'activités formalisés pour chaque semaine et pour chaque résident ;
- Les transmissions écrites réalisées sur le logiciel SAM ;
- Les temps de transmissions oraux réalisés à chaque changement d'équipe (nuit/matin, matin/après-midi, après-midi/soir).

La mission d'évaluation relève la qualité des modalités de coordination déployées par la MAS :

- Un travail important est réalisé concernant l'organisation des différentes activités au sein et en dehors de l'établissement ;
- Les différents temps de transmissions mis en œuvre veillent à aborder les modalités de l'accompagnement global proposé par la MAS.

Adaptation de l'accompagnement aux besoins et qualité des pratiques

L'ensemble de l'accompagnement proposé par la MAS est centré autour du respect du rythme des résidents.

L'organisation de l'établissement est centrée sur les besoins et les activités du résident. Cet accompagnement est assuré du lever au coucher du résident dans les principaux actes de la vie quotidienne :

- Les petits déjeuners sont servis au sein de chaque unité à partir de 7h par les AS et AMP. En fonction des besoins, les IDE peuvent participer à cette distribution afin de permettre aux résidents de participer aux activités dès 10h ;
- L'aide à la toilette est assurée entre 7h et 10h, selon les heures de lever des résidents et le programme d'activités. Selon les souhaits des résidents, les toilettes peuvent être réalisées le soir ;
- Les activités démarrent dès 10h, celles-ci étant au cœur de l'accompagnement proposé. Chaque AS/AMP est référent d'une ou plusieurs activités. Les activités s'achèvent à 12h (ou 12h30 pour les résidents à l'extérieur de l'établissement) ;
- Les professionnels accompagnent les résidents sur le temps du déjeuner, deux services étant proposés afin de s'adapter à l'heure de retour des résidents se trouvant en activité à l'extérieur de l'établissement ;
- Des activités sont à nouveau proposées de 14h40 à 16h30. Celles-ci sont diversifiées afin de répondre aux différentes caractéristiques des résidents (ex : atelier « cocooling » pour les résidents les plus âgées) ;
- Un temps de goûter est proposé de 16h30 à 17h ;
- Un temps libre est laissé aux résidents, les professionnels veillant à ce que ces derniers puissent réaliser les loisirs de leur choix (puzzle, informatique, vélo d'intérieur, etc.) ;
- Le dîner est proposé à partir de 19h.

La veille de nuit est assurée par une équipe de 3 AS/AMP et une IDE de 21h à 7h. Des transmissions orales et écrites avec l'équipe de jour permettent d'assurer la continuité des interventions. Les professionnels de nuit accompagnent certains résidents au coucher, distribuent les médicaments et veillent au bon déroulement de ce temps au sein de l'établissement.

L'analyse documentaire, les entretiens conduits et les temps d'observation réalisés mettent en évidence la bienveillance des équipes dans l'accompagnement à la vie quotidienne proposé aux résidents :

- Une pluridisciplinarité et une motivation des équipes permettant de mettre en place un travail de qualité au plus près des besoins des résidents ;
- Les attentes et besoins du résident sont pris en compte par les professionnels concernant le déroulement de la journée (heure de lever et de coucher, organisation du petit-déjeuner, etc.), tout comme le rythme du résident. L'organisation dépend ainsi de chaque résident et de ses souhaits ;
- Les activités proposées aux résidents constituent le cœur de l'accompagnement mis en œuvre par l'établissement et un équilibre adapté est identifié entre de nombreuses activités la semaine et des temps plus libres le week-end ;
- L'autonomie du résident est respectée au maximum ;
- L'accompagnement quotidien est réévalué chaque jour et les professionnels sont vigilants aux changements de situation observés chez les résidents (observation des postures, visages, etc.) ;
- Une volonté des équipes de proposer un accompagnement personnalisé au quotidien ;
- Les équipes sont bienveillantes et soucieuses du bien être des résidents ;
- Les pratiques des professionnels observées par la mission d'évaluation sont de qualité ;
- Une réflexion et un questionnement permanents sont mis en œuvre par les équipes sur le bien-être du résident, sur l'équilibre du groupe, etc. ;
- Les professionnels veillent à utiliser divers moyens de communication avec les résidents ;
- L'accompagnement proposé par les équipes est global et transversal.

■ La vie sociale et culturelle

La mission tient à souligner la grande qualité de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé par la MAS Les Constellations, adaptée aux besoins et demandes des résidents. Il est coordonné par l'équipe éducative de l'établissement composé de 6 éducateurs spécialisés présents à temps plein sur l'établissement permettant ainsi d'assurer une présence éducative tous les jours de la semaine, de 9h à 19h du lundi au vendredi, de 10h à 18h le samedi et de 12h à 20h le dimanche.

Chaque éducateur est Référent de la vie sociale au sein d'une Unité. Un Educateur est référent de la vie sociale pour l'Accueil de Jour et un autre assure la Référence pour l'Hébergement temporaire afin de veiller à l'adaptation de la vie sociale aux différents besoins sur les unités et aux différentes modalités d'accueil proposées par l'établissement.

Les éducateurs travaillent en lien avec l'équipe de proximité (personnel soignant) et les rééducateurs (kinésithérapeute, ostéopathe, Intervenant(e) massage Bien-être).

De nombreux ateliers et activités sont proposés aux usagers, par petits groupes, en individuel, en extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement. Ils sont dispensés par les éducateurs, l'équipe de proximité, les rééducateurs et les nombreux partenaires de la MAS. Chaque personnel est invité à participer à ces temps d'animation, ce qui favorise l'attention de l'ensemble de l'équipe à la mise en œuvre de la vie sociale au quotidien.

Le Projet d'Etablissement présente les modalités de la vie sociale au sein de la MAS (objectifs, principes, structuration et organisation). **Le principe qui guide les activités au sein de la MAS Les Constellations est de proposer à la fois un cadre suffisamment clair, structurant et structuré pour les résidents tout en permettant une souplesse dans le dispositif afin de s'adapter aux besoins et profils des résidents accompagnés.**

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

Les projets d'activités sont formalisés par les équipes, sous la coordination des éducateurs spécialisés, ce qui permet de définir les principes d'intervention communs, de valoriser les bonnes pratiques, d'évaluer les activités et de les communiquer.

Coordination

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

Plusieurs modalités permettent la coordination de l'accompagnement :

- Afin de garantir la continuité de l'accompagnement entre les différents acteurs, **la Chef de service de l'établissement est chargée de coordonner avec l'équipe éducative**, à la fois les activités sur la MAS et également les projets Personnalisés des résidents ;
- Un Educateur est **Référent de la vie sociale sur chaque unité ainsi que pour l'Accueil de jour et l'Hébergement temporaire** favorisant ainsi la cohérence et la continuité des interventions en fonction des demandes ;
- **Trois référents du projet personnalisé** sont désignés au sein de l'équipe, pour chaque résident, dont Un Educateur, permettant le suivi du planning de chaque personne.

Des réunions de coordination extérieures peuvent également être organisées avec les partenaires (Les Droops, Club de Full Contact, ...).

Adaptation de l'accompagnement aux besoins et qualité des pratiques

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

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

Les supports d'accompagnement sont particulièrement diversifiés. La MAS Les Constellations propose une 30e d'activités différentes dont une quinzaine à l'extérieur. Les activités sont organisées en extérieur (équithérapie, marchés, sorties en ville, sorties au restaurant, ballades, sorties cinéma, etc.), comme en intérieur, au sein de l'établissement (ateliers de cuisine thérapeutique, balnéothérapie, snoezelen, projections cinéma etc.). Elles concernent aussi bien des activités sportives (marche, natation, full contact, tennis,...), que des activités culturelles ou de socialisation (lecture, karaoké, jeux de société, préparation des fêtes calendaires, spectacles sur les unités (défilé de mode, Gospel, ...), ateliers massages Bien-être avec des intervenantes extérieures, atelier création de cosmétiques bio, etc.). Les résidents participent à ces activités en petit groupe, mais des temps d'accompagnement en extérieur sont également prévus en individuel pour des courses, des rendez-vous coiffeur, des sorties restaurants, ... (plus de 90 séances individuelles organisées en 2015). Des transferts (séjours de quelques jours) sont régulièrement organisés par la MAS. Des grands temps festifs sont également organisés chaque année (Fête des familles, Fêtes calendaires, Fête des voisins, ...)

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

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

- Des modalités d'accompagnement largement diversifiées et très adaptées aux spécificités et besoins des personnes, avec des finalités à la fois communes et différenciées ;
- Des supports d'activités diversifiés, (activités internes / externes, collectives / individuelles, sorties, liens avec des partenaires), en fonction des besoins et des attentes des personnes (PP), grâce à l'investissement de l'ensemble de l'équipe et à la mobilisation des compétences en présence (sport, activités culturelles, ...) ;
- Des activités pensées comme des supports éducatifs (et non seulement occupationnelles) ;
- Une volonté des équipes de donner du sens et de structurer leur accompagnement (réflexion sur les emplois du temps des usagers...) ;
- Un accompagnement personnalisé au quotidien (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...) ;
- Des vrais efforts pour promouvoir des activités en lien avec milieu ordinaire (et notamment des sorties).

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

A date d'évaluation, les enjeux repérés par l'équipe éducative pour l'accompagnement à la vie sociale sont :

- la poursuite des évaluations régulières des projets d'activités ;
- la poursuite de l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur avec davantage de partenariats ;
- la recherche de lieux de rupture pour les résidents.

3.4.3. La coordination de l'accompagnement

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

Les réunions

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

- **La réunion de fonctionnement** rassemble les professionnels d'une unité (AS/AMP), un cadre, un infirmier et un éducateur. Cette réunion est organisée toutes les semaines sur les différentes unités et permet d'aborder les difficultés rencontrées au sein de l'unité (plannings, vie quotidienne, activités, logistique, etc.) ;
- **Les réunions institutionnelles** sont organisées le vendredi de 13h30 à 14h30. Elles sont animées par la Direction et les cadres et rassemblent les salariés des différentes unités. Elles permettent la diffusion des informations institutionnelles, la communication sur les différents projets en cours et événements exceptionnels ;
- **Les réunions thématiques** permettent les échanges entre professionnels sur des sujets spécifiques liés à l'accompagnement des résidents (ex : vie affective, accompagnement à la fin de vie, communication avec les résidents, etc.) ;
- **Les réunions projet** ont été mises en place suite à la réalisation de la démarche d'évaluation interne afin de travailler sur les plans d'actions issus des démarches évaluatives et du projet d'établissement ;
- **Les réunions de supervision** permettent un temps d'analyse des pratiques professionnelles afin d'échanger sur des situations rencontrées, des décès, etc. Une psychologue extérieure intervient afin d'animer ce groupe ;
- **Les réunions cliniques** animées par le médecin psychiatre permettant d'échanger sur des cas cliniques avec les équipes et d'aider ces dernières à faire des choix, définir un positionnement, etc.

La mission d'évaluation note que les temps de réunions sont effectifs et semblent bien répondre aux besoins de coordination des équipes.

Un axe d'amélioration est identifié afin d'identifier l'objectif attaché à chaque temps de réunion.

Les transmissions

Des temps de transmission sont formalisés au sein de la MAS à chaque changement d'équipe (nuit/jour, matin/après-midi et soir/nuit).

Les transmissions réalisées sont ciblées et visent à aborder l'accompagnement proposé à chaque résident de manière globale (soins, activité, bien-être du résident, vie sociale, etc.). Les transmissions sont orales et écrites (tracées sur le logiciel SAM).

Par ailleurs, un accompagnement est actuellement réalisé par une IDE afin de former l'ensemble des équipes à la notion de transmissions ciblées afin que celles-ci soient le plus adaptées possible, dans le respect de la réglementation.

La mission d'évaluation relève la qualité de l'organisation en matière de transmissions écrites et encourage l'établissement à poursuivre les travaux engagés en matière de transmissions écrites et d'identification des éléments devant être tracés.

■ Le dossier de l'usager

Le parcours de l'usager est en principe retracé dans son dossier, l'accès étant réservé aux professionnels de la MAS.

Le dossier administratif papier centralise :

- Les éléments relatifs à la MDPH ;

- Les renseignements administratifs relatifs à la personne accueillie (attestation d'assurance maladie, mutuelle, carte d'identité, les éléments relatifs au représentant légal, etc.) ;
- Le dossier administratif d'admission ;
- Les courriers divers ;
- Les éléments relatifs aux organismes tutélaires (copie de la mesure de protection, etc.) ;
- Les documents relatifs aux vacances des résidents ;
- Des comptes rendus d'observation ;
- Le contrat de séjour signé par le résident et/ou son représentant légal ;
- Le projet personnalisé signé.

La mission d'évaluation relève que le dossier centralise l'ensemble des documents administratifs relatifs à l'admission de la personne.

Par ailleurs, les contrats de séjour étaient systématiquement signés au sein des dossiers que la mission d'évaluation a pu consulter.

La mission d'évaluation relève un enjeu fort au sein de la MAS concernant la centralisation et l'informatisation du dossier médical puisqu'au jour de l'évaluation externe, le dossier médical est morcelé en plusieurs endroits :

- Un dossier médical est renseigné au sein du logiciel SAM ;
- Les médecins somaticiens disposent d'un dossier médical informatisé commun (en plus du logiciel SAM) ;
- Le médecin psychiatre dispose d'un dossier manuscrit ;
- Les IDE disposent d'un dossier papier à l'infirmerie.

3.5. L'effectivité des droits des usagers

3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-02 et a intégré la plupart des recommandations de l'ANESM afférentes. Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et le règlement de fonctionnement sont formalisés, expliqués et remis aux usagers et aux familles. Si la charte des droits et libertés est affichée au sein de l'espace d'entrée, l'établissement pourra ajouter la mise à disposition du règlement de fonctionnement.

Le livret d'accueil, élaboré en 2014, reprend la majorité des éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004⁸ : localisation géographique de l'établissement ; description des conditions d'accueil ; accès au dossier de l'utilisateur ; formes de participation des personnes accueillies et de leurs familles ; modalités et conditions de financement et de facturation ; les activités et loisirs proposés ; l'organigramme et les intervenants présents au sein de la MAS ; les modalités de recours aux personnes qualifiées, etc. Sur la forme, le livret d'accueil est adapté à la bonne compréhension des usagers : il contient des photos et illustrations, la police est adaptée, etc.

Le règlement de fonctionnement est lu et approuvé par l'ensemble des personnes accueillies. Il prend en compte l'ensemble des éléments de contenu obligatoires spécifiés dans le décret du 14 novembre 2003 : les principales modalités concrètes de l'exercice des droits ; les protections particulières et voies de recours ; les mesures générales de participation du résident et de sa famille (et/ou représentant légal) à la vie de l'établissement ; le suivi médical ; l'organisation et affectation des locaux et les mesures relatives à la sécurité des personnes et des biens. De même, les règles essentielles de la vie collective incluant les obligations des

⁸ Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

personnes accueillies y sont décrites. L'article 16 relatif au respect des règles de vie collective contient plusieurs illustrations afin de faciliter la compréhension par les usagers.

Le contenu du contrat de séjour est également en conformité avec le décret du 26 novembre 2004. Il comprend notamment la définition avec l'usager (ou son représentant légal) des objectifs de la prise en charge, la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ; la description des conditions de séjour et d'accueil, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation.

3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

■ Le droit d'expression et de participation

Le Conseil de la vie sociale

Il existe un Conseil de la Vie Sociale, qui se réunit trois fois par an conformément à la réglementation. Il comprend plusieurs représentants des résidents, des familles et des salariés.

La lecture de plusieurs comptes rendus par la mission d'évaluation permet de constater que **les résidents ont la possibilité d'aborder l'ensemble des sujets relatifs au fonctionnement de l'établissement** (personnel, plannings, entretien, linge, activités, sorties, etc.).

Par ailleurs, le Président du CVS recueille en amont de chaque réunion l'avis des résidents de l'établissement, permettant le dynamisme de cette instance.

La mission d'évaluation relève le caractère particulièrement opérant de cette instance, permettant aux résidents de l'établissement de saisir directement la Direction en cas de questions et d'obtenir les réponses correspondantes.

Par ailleurs, **un travail important a été mené par l'établissement afin de présenter aux différents membres du CVS et aux résidents le rôle du CVS et de ses représentants, les modalités de saisine, etc.** Plusieurs documents d'informations quant au rôle, modalités de vote ont également été affichés au sein de l'établissement.

La mission d'évaluation encourage l'établissement à mettre les comptes rendus du CVS à disposition à différents endroits de l'établissement (ex : espace d'accueil, salon des familles, etc.).

Les autres formes d'expression et de participation

En sus, **la participation des résidents est sollicitée lors de plusieurs temps institutionnels :**

- Une enquête de satisfaction a été organisée dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, elle portait sur plusieurs thématiques de l'accompagnement. Un accompagnement individualisé a par ailleurs été mis en place par les référents auprès des résidents afin de les aider à répondre à cette enquête ;
- L'organisation d'une commission « menus » avec le prestataire de restauration ;
- La mise en place de groupes de parole des résidents permettant d'échanger sur la semaine écoulée et sur celle à venir.

La mission d'évaluation relève la diversité des dispositifs permettant de favoriser l'expression et la participation des résidents au sein de l'établissement :

- L'expression et la participation des résidents sont facilités par la désignation de référents de proximité, par les échanges possibles avec la psychologue ;
- Des outils adaptés sont utilisés pour les résidents dyscommunicants (pâte à modeler, photos, figurines, pictogrammes, etc.).

■ Le droit à l'information

Le droit à l'information est respecté à la MAS, via la remise et l'explication des documents obligatoires (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement) et la co-construction du projet personnalisé. Les modalités d'accès au dossier sont notamment détaillées au sein de l'article 5 (« droits des personnes accueillies ») dans le règlement de fonctionnement.

Les résidents sont informés au quotidien par les équipes concernant les plannings d'activité, les menus, les comptes rendus du CVS, etc. Les échanges sont réguliers et adaptés aux capacités de compréhension des résidents.

La mission encourage l'établissement à favoriser la diffusion et la mise à disposition au sein de la MAS des documents suivants :

- Le règlement de fonctionnement ;
- Le numéro d'appel 3977.

■ **Le droit à la protection**

Différentes mesures concourent au respect du droit à la protection des personnes accueillies au sein de l'établissement. Le cadre de vie est sécurisé et contenant. Un certain nombre de procédures et modalités de gestion des urgences ont été mis en place (consignes en cas d'incendie, gestion des accidents d'exposition au sang, etc.). Le plan de continuité des activités est toutefois à formaliser afin de garantir la protection des résidents.

Les professionnels ont également bénéficié de formations aux gestes de premiers secours.

L'établissement veille à individualiser et à évaluer les différents risques pris par les résidents afin de respecter l'équilibre entre protection et liberté du résident. Un travail spécifique est également mis en œuvre auprès des résidents les plus jeunes présentant le souhait de passer davantage de temps à l'extérieur de l'établissement (ex : visites et stages en ESAT, participation à des compétitions sportives se déroulant sur plusieurs jours, etc.).

La gestion du paradoxe entre droit à la protection et liberté d'aller et venir pourra toutefois être davantage travaillée au sein de l'établissement, notamment pour les résidents ayant connu un degré de liberté plus important avant leur entrée au sein de l'établissement.

■ **Le droit à l'autonomie**

Le droit à l'autonomie est au cœur de l'accompagnement proposé par l'établissement. L'ensemble des activités proposées par l'établissement a pour objectif de travailler le maintien et le renforcement de l'autonomie.

La configuration des locaux permet aux résidents de circuler librement au sein de ces derniers. De même, si l'établissement est « fermé », de nombreuses activités à l'extérieur sont proposées. Les espaces extérieurs sont également utilisés régulièrement par les résidents. Enfin, tous les résidents disposent de la clef de leur chambre.

L'autonomie des résidents est régulièrement évaluée à l'aide de grilles de « challenge » en lien avec les objectifs de chaque résident (ex : gagner en autonomie afin de pouvoir travailler en milieu protégé).

La mission d'évaluation encourage l'établissement à poursuivre ses réflexions sur le bon équilibre entre autonomie et respect des horaires, et entre autonomie et protection.

■ **Le droit à l'intimité**

Les chambres individuelles, comprenant des salles de bain également individuelles permettant le plein respect de l'intimité des résidents. Les résidents rencontrés ont mis en avant le respect intégral par les professionnels de la MAS de leur chambre comme étant un espace privatif. Les équipes sont vigilantes afin de garantir au quotidien le respect du caractère privé du logement des résidents accueillis : les professionnels frappent avant d'entrer au sein des chambres, s'annoncent et attendent une réponse du résident.

Le droit à la vie affective et sexuelle a fait l'objet de plusieurs réflexions au sein de l'établissement (sujet abordé lors des réunions d'équipe et des réunions cliniques notamment, échanges réguliers avec la psychologue). **La mission d'évaluation relève la très bonne appréhension de cette thématique par l'ensemble des équipes de la MAS :**

- Un travail est mené avec les résidents en couple afin de veiller à ce que cela corresponde aux souhaits des deux personnes (recueil des souhaits des résidents, inscription dans les projets personnalisés, etc.) ;
- Les résidents le souhaitant ont la possibilité d'être dans la même chambre ;

- Les résidents ont la possibilité d'utiliser des pictogrammes sur la porte de leur chambre afin de ne pas être dérangés ;
- Des formations sur la vie intime et la sexualité ont été proposées aux équipes ;
- Un groupe de travail sur la sexualité a été organisé avec les professionnels de la MAS afin d'échanger sur leurs questions et interrogations ;
- La MAS a pour projet d'écrire une charte sur la question de la sexualité (droits, modalités d'échange, outils, etc.).

■ **Le droit à la dignité**

Le droit à la dignité est respecté dans l'établissement. Les postures des professionnels observées lors de la visite sur site sont respectueuses des usagers. Les résidents interrogés ont également fait part de ce sentiment.

Une grande attention est portée à l'aspect, l'hygiène et la tenue vestimentaire des usagers.

Des réflexions ont également été menées sur :

- La bonne distance professionnelle à adopter
- L'emploi, ou non, du tutoiement et du vouvoiement et sur l'utilisation des prénoms, noms et surnoms.

■ **Le droit au respect des liens familiaux et amicaux**

Les liens familiaux et amicaux sont respectés. Les familles sont intégralement intégrées au fonctionnement et à la vie de l'établissement :

- Participation au CVS ;
- Rencontres régulières des familles avec les éducateurs, les AS/AMP, le médecin psychiatre ;
- Participation à l'élaboration du projet personnalisé ;
- Des événements festifs sont régulièrement organisés (fêtes lors des changements de saison, organisation de défilées de mode, etc.).

■ **Pratique religieuse et droits civiques**

La pratique religieuse est respectée à la MAS. Il est ainsi possible d'avoir un régime alimentaire spécifique en cas de besoin.

3.6. La prévention et la gestion des risques

L'organisation de la prévention et de la gestion des risques est actuellement en cours de réorganisation au sein de l'Association afin de mettre en place un service dédié au Siège ainsi qu'une équipe mobile de prévention et gestion des risques permettant ainsi de mieux piloter et coordonner la démarche au niveau du siège et d'apporter une expertise technique aux établissements et services.

Actuellement la sécurité et la prévention des risques sont gérées par chaque établissement et service.

Sur la Maison d'Accueil Spécialisée, la prévention et la gestion des risques est coordonnée par un Directeur adjoint en lien avec la Direction de l'établissement. Il travaille avec un factotum présent à temps plein sur l'établissement.

3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes.

Le **Directeur adjoint** de la Maison d'Accueil Spécialisée chargé de la gestion des risques **coordonne la sécurité des lieux** et des personnes en lien avec un **factotum** présent à temps plein sur la structure, du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Un avis favorable a été rendu par la commission de sécurité en date du 5 juin 2014.

La Maison d'accueil dispose d'un registre de sécurité. L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire :

- **Le registre de sécurité est à jour et disponible pour les services de secours** il est correctement constitué et contient à ce titre la traçabilité de la réalisation des exercices d'évacuation incendie, les plans d'intervention, les numéros d'urgence et les consignes de sécurité contre l'incendie ;
- **Les opérations de maintenances réglementaires sont réalisées sur la base des obligations légales** et retracées dans le registre de sécurité (électricité, SSI, extincteurs, etc.) ;
- **Les professionnels sont formés à la sécurité incendie** et à l'utilisation du système de sécurité incendie (SSI) ;
- **Des exercices d'évacuation incendie ont été organisés en octobre 2015, en janvier et en décembre 2016 ;**
- **Les plans d'évacuation sont à jour** et affichés à différents endroits de l'établissement ;
- **Les professionnels ont été formés aux gestes de premiers secours ;**
- **Des professionnels sont formés PRAP.** Un des objectifs de la Ligue Havraise étant de former l'ensemble des professionnels ;
- **Des travaux d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ont été réalisés ;**
- **La surveillance des installations d'eau chaude dans le cadre du risque légionnelle est réalisée depuis 2016 ;**
- **Un document d'analyse des risques infectieux (DARI) a été élaboré en équipe pluridisciplinaire,** lors de l'évaluation interne de l'établissement, conformément aux recommandations ;
- **La conservation des déchets DASRI est sécurisée.**

Quelques axes d'amélioration sont identifiés :

- Prévoir la réalisation de **deux exercices d'évacuation incendie par an**, conformément à la réglementation incendie ;
- Assurer comme prévu le suivi régulier des **contrôles et prélèvements d'eau chaude** et la traçabilité correspondante au sein du carnet sanitaire (Agent formé le 10 janvier 2017).
- **La réalisation et le suivi de la maintenance**

Les activités de maintenance sont assurées par l'agent de maintenance de la MAS, sous la coordination du Directeur adjoint en charge de la sécurité.

Les demandes d'interventions sont formulées par le biais d'une fiche d'intervention technique mise à disposition des équipes (informatique et papier) permettant d'indiquer le nom du demandeur, le lieu, la nature du problème. La fiche est transmise au Directeur adjoint en charge de la sécurité pour étudier la demande. Les résidents et familles peuvent également faire des demandes aux professionnels qui remplissent alors une fiche de demande. Ce processus apparaît comme satisfaisant.

Les travaux réalisés sont ensuite tracés sur chaque fiche, avec le jour et l'heure d'intervention. La gestion des réparations est ainsi réalisée selon les degrés d'urgence. En cas de besoin de travaux importants, ces derniers sont alors sous-traités à des entreprises extérieures.

Des points de suivi sont organisés avec la Direction adjointe et la Direction afin de suivre les travaux réalisés.

La mission d'évaluation a pu observer que les locaux étaient bien entretenus.

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

La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées au sein de l'établissement à travers :

- **Une organisation du travail qui permet la présence d'une équipe sur toute la journée,** sur l'ensemble de la semaine et du week-end ;
- **Un système d'astreinte administrative est organisé et effectif** (astreinte 24h/24 – 7jours/7) ;

- **La gestion des remplacements est organisée et effective** (document formalisé d'organisation des remplacements, pool de vacataires, etc.) ;
- **L'établissement a mis en place des procédures d'urgence** (procédure en cas d'incendie, de panne électrique, de problèmes techniques, de décès, etc.) ;
- **Des formations aux gestes de premiers secours sont organisées ;**
- **Les équipes de nuit, la Direction et l'agent de maintenance ont l'habilitation électrique ;**
- **Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie sont réalisées pour les professionnels ;**
- **Une veille de nuit organisée, structurée, est assurée par une équipe de 4 professionnels de 21h à 7h, dont un personnel infirmier avec un rôle de coordination**, qui a notamment pour rôle de réaliser les soins en cas de besoin, de vérifier les médicaments distribués, d'intervenir en cas d'urgence ou de difficulté avec un résident, etc. Les professionnels de nuit effectuent des rondes régulières et répondent aux appels des résidents si besoin ;
- **Le circuit du médicament est globalement formalisé et organisé** (cf. partie relative à la sécurisation du circuit du médicament ci-après), même si un enjeu d'amélioration est identifié ;
- **L'existence de temps de transmissions** aux changements d'équipes (nuit/jour, matin/midi, jour/nuit) ;
- **Un document d'analyse du risque infectieux (DARI) a été formalisé ;**
- **Une procédure canicule a été formalisée.**

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

- Finaliser l'élaboration du Plan Bleu ;
- Finaliser le Plan de Continuité des Activités ;
- Renforcer la sécurisation du circuit du médicament (voir ci-après).

■ **Le circuit du médicament**

Le circuit du médicament est organisé au sein de l'établissement et formalisé par une procédure :

- Les ordonnances sont informatisées sur le logiciel SAM et permettent de sécuriser la préparation par l'officine partenaire ;
- En cas de nouvelles prescription, celle-ci est faxée à l'officine ;
- Les médicaments sont livrés une fois par semaine pour la semaine suivante, par l'officine partenaire et les livraisons sont tracées. Des réassorts sont prévus en cas d'urgence sur l'établissement ;
- La conservation des médicaments est sécurisée ;
- Les piluliers sont préparés par les IDE de nuit, de même que le suivi des renouvellements, le logiciel actuel ne disposant pas de système d'alerte pour les fins de validité ;
- Une double vérification des piluliers est réalisée par les IDE ;
- Les médicaments sont distribués par les IDE en semaine au moment des repas et au coucher. le week end, la distribution est réalisée par les AS/AMP, des derniers traçant la distribution sur des fiches dédiées qui sont ensuite vérifiées par les IDE ;
- La traçabilité de la distribution et de la prise (médicament par médicament) sur des fiches dédiées.

Un point de vigilance est toutefois relevé dans le circuit du médicament : les prescriptions ainsi que les modifications qui y sont apportées ne sont pas systématiquement saisies sur le logiciel : celles-ci sont parfois tracées de manière manuscrite puis saisies par les infirmières sur le logiciel, générant un risque dans le circuit de prescription et de délivrance des traitements.

La mission encourage l'établissement à sécuriser davantage le circuit du médicament :

- en s'assurant de la saisie informatique de l'ensemble des prescriptions et des modifications par les médecins

- en veillant à l'intégration du suivi des dates de fin de validité dans le nouveau logiciel informatique qui sera prochainement déployé sur la structure.
- **Le signalement, l'analyse et le traitement des risques à travers un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents**

Il existe un dispositif formalisé de signalement et de traitement des événements indésirables. Une procédure associative décrit les modalités de fonctionnement de ce dispositif.

La fiche mise à disposition permet de renseigner la personne déclarante, la date, la description de l'évènement, les conséquences et les mesures prises.

La fiche existante permet de renseigner les événements indésirables relatifs à plusieurs thématiques :

- Santé ;
- Comportement ;
- Logistique ;
- Technique ;
- Sécurité ;
- Production ;
- Communication ;
- Système d'information ;
- Autre ;

Le dispositif est bien formalisé :

- Les fiches d'événements indésirables sont centralisées et saisies sur AG'EVAL par les secrétaires ;
- Les fiches sont transmises à la Direction, la Direction Générale, le Conseil d'Administration et le CHSCT ainsi qu'aux professionnels concernés ;
- Les fiches alimentent un Plan d'actions directement sur AG'EVAL ;
- Les retours sont enregistrés ;
- Les événements indésirables recensés sont passés en revue lors des réunions de Direction.

La mission considère que la dynamique est actuellement satisfaisante et encourage l'établissement à poursuivre la sensibilisation régulière des professionnels (ce qui relève ou non d'un événement indésirable).

Une fiche spécifique pourrait être formalisée pour les résidents, les familles et les partenaires afin de proposer un autre vecteur de remontées des informations.

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

Le CHSCT est commun aux établissements et services de la Ligue Havraise, et dont le fonctionnement est conforme avec la réglementation.

La Qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels font partie des grandes orientations du Projet stratégique de La Ligue Havraise « Horizon 2020 ». Plusieurs actions sont menées dans ce cadre au niveau associatif et dans les structures.

Plusieurs commissions se réunissent notamment régulièrement au niveau associatif sur la question de la prévention des risques professionnels et la santé au travail :

- **Les commissions santé** avec les Référents santé volontaires des établissements ;
- Les commissions « Prapistes » avec les professionnels formés PRAP. Un des objectifs de la Ligue est de former l'ensemble des professionnels.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de la MAS a été réalisé en 2016. Il présente des mesures de prévention envisagées pour la réduction des risques professionnels. Le travail d'élaboration a été mené par l'Equipe de Direction, en lien les professionnels de la MAS et le CHSCT. Le DUERP intègre bien l'évaluation et la prévention des risques psycho-sociaux.

A date d'évaluation, **la Ligue Havraise a engagé un travail d'harmonisation des trames des documents** uniques d'évaluation des risques professionnels des structures.

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

- **L'excellente dynamique de formation professionnelle** : des actions de formations sont proposées aux salariés. Il peut s'agir de formations collectives, individuelles, ou mutualisées au niveau du Centre Doisneau. Les thématiques proposées apparaissent en bonne adéquation avec les besoins des professionnels et de l'établissement ;
- **La mise en place des entretiens professionnels** tous les ans, par l'équipe de Direction ;
- **La mise en place d'un système de rotation du personnel** : un roulement entre les unités est mis en place, en accord avec les professionnels ;
- **L'organisation de groupes d'analyses de pratiques professionnelles** ;
- Les **réunions d'équipe** organisées avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'échanger sur des thématiques de prise en charge et contribuent à la prévention de l'usure professionnelle.

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

- Formaliser davantage l'évaluation de la pénibilité au travail (fiches de pénibilité, ...) ;

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

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

L'établissement s'inscrit bien dans une **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance** :

- Le Projet d'Etablissement met en avant la culture de bientraitance et la nécessité d'un questionnement pluridisciplinaire permanent :
« Il s'agit d'une culture partagée du respect de la personne où son expression est valorisée, c'est l'adoption d'une culture de questionnement continu, c'est un aller-retour permanent entre penser et agir, c'est une démarche continue d'adaptation à une situation singulière ; elle implique une réflexion et une collaboration incessantes, à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné. Par essence, cette démarche est sans fin. »⁹
- L'établissement intègre une identification des risques de maltraitance au plan institutionnel et individuel lors de l'élaboration du PPI ;
- La bientraitance est un thème régulièrement discuté en équipe durant les réunions d'équipe ;
- L'organisation des formations sur la bientraitance organisées régulièrement depuis l'ouverture de l'établissement ;
- Les synthèses des RBPP de l'ANESM sont à disposition des professionnels ;
- L'organisation d'analyses de pratiques professionnelles.

La visite sur site a pu mettre en avant des postures et attitudes respectueuses des résidents et une dynamique de questionnement et d'adaptation permanente.

La mise en place d'un Comité Bienveillance ou d'un Comité d'Ethique ou la nomination de Référent pourrait également venir compléter le dispositif de promotion de la bientraitance de l'établissement.

⁹ Extrait du Projet d'Etablissement, p.23.

■ La mise en œuvre de l'obligation de signalement

Une procédure associative de signalement des événements indésirables est mise en place pour l'ensemble de ses établissements. L'information sur les règles de signalement et la diffusion de la procédure font partie des étapes prévues dans le process d'accueil du nouveau salarié.

Un recueil des événements indésirables est en place et effectif. Une analyse des incidents est réalisée en dans le cadre du système qualité.

La connaissance des obligations et des règles de signalement semble être à dimension variable pour les équipes de la MAS.

Plusieurs enjeux sont repérés :

- **Rappeler régulièrement les obligations de signalement aux professionnels** (en lien notamment avec la démarche de sensibilisation sur la prévention de la maltraitance à mener avec les équipes *cf. supra*) ;
- **Afficher le numéro national contre la maltraitance 3977** ;
- **Intégrer les éléments sur la prévention de la bientraitance** (procédure, numéro national) dans les différents documents de la loi 2002-2 (Livret d'accueil).

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 et accessibilité

La localisation de la MAS en périphérie du Centre du Havre apparaît pertinente : elle est implantée dans un nouveau quartier de la ville, à proximité des transports en commun et de l'Hôpital privé de l'Estuaire, établissement partenaire de la structure permettant ainsi un accès facilité aux services médicaux. La présence des transports en commun permet également un accès facilité aux services, commerces ainsi qu'aux équipements du centre-ville et favorise l'inclusion des résidents dans la vie de la cité. L'établissement dispose également d'une flotte de plusieurs véhicules adaptés, permettant également d'accéder rapidement aux différents services et partenaires de la structure (soins, vie sociale, vie locale, ...).

La signalétique mise en place permet de repérer l'établissement depuis la route.

En termes de communication, une page sur le site internet de la Ligue Havraise permet de présenter l'établissement.

■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

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

- **L'établissement est tout d'abord ouvert à l'environnement**, c'est-à-dire qu'il facilite la venue de l'extérieur à l'intérieur de l'établissement :
 - Les familles régulièrement présentes sur l'établissement, pour des visites ponctuelles de leurs proches ou lors de temps institutionnels (environ 4 fêtes ouvertes aux familles sont ainsi organisées chaque année au sein de l'établissement) ;
 - Les partenaires sont également invités à se rendre dans l'établissement : des partenaires participent également à certaines fêtes institutionnelles ;
 - La MAS accueille régulièrement de nombreux stagiaires (une vingtaine de stagiaires accueillis chaque année) à différents postes (IDE, AMP, Educateurs, professionnels de santé libéraux) ;
 - Un certain nombre de prestataires extérieurs se rendent également dans la MAS :
 - Des professionnels libéraux (kinésithérapeute, ostéopathe, intervenantes Massages Bien-être) se rendent dans l'établissement pour des interventions libérales. Des conventions ont été conclues avec ces professionnels ;

- Une convention a également été signée avec une psychologue pour la réalisation de groupes d'analyse de pratiques dans l'établissement ;
 - L'ESAT « Les ateliers de Bléville » pour l'entretien des locaux et des espaces verts (convention signée avec l'ESAT) ;
 - Les prestataires hôteliers qui assurent la prestation restauration ;
 - Les fournisseurs d'équipements et de matériels spécialisés ;
 - Les récupérations DASRI.
- **L'établissement est également ouvert sur l'environnement**, c'est-à-dire qu'il mène des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville :
- Sur le volet santé et médico-social :
 - L'accompagnement est mené en partenariat avec l'Hôpital Psychiatrique Pierre Janet du Havre, où deux médecins de la MAS travaillent également, favorisant ainsi la continuité du parcours ;
 - Une convention a été signée avec l'Hôpital privé de l'Estuaire ;
 - Avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Groupe Hospitalier du Havre, avec lequel la MAS a conclu un partenariat ;
 - Avec Hospidomi, équipe d'Hospitalisation à Domicile ;
 - Un travail partenarial est mis en place avec d'autres associations, établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la Ligue Havraise et du territoire.
 - Sur le volet socio culturel-loisirs, de nombreuses sorties sont organisées pour les résidents vers l'extérieur. Il s'agit notamment de partenariat en place avec :
 - La Société havraise d'aviron ;
 - La Maison des Droops pour l'équitation et la ferme pédagogique ;
 - L'association de Full contact ;
 - Le tennis club de Saint-Romain ;
 - Les résidents se rendent également régulièrement au marché et dans les commerces du Havre.

Si la dynamique d'ouverture est effective, l'établissement sera encouragé à poursuivre cette dynamique de partenariat en la formalisant davantage et en l'évaluant régulièrement.

3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement

▪ Les usagers

Les 2 résidents rencontrés sur site participent à l'instance de CVS. Ils ont pu expliquer leur rôle dans l'instance et ont souligné sa bonne dynamique et son bon fonctionnement. **Ils sont satisfaits de la vie au sein de la Maison d'Accueil**, en particulier de la qualité du cadre de vie et de son adaptation à leur autonomie.

Ils ont le sentiment que leurs droits sont respectés : en particulier ils ont le sentiment d'être bien informés de la vie de l'établissement et de pouvoir y participer dans de bonnes conditions. Enfin, ils se sont également exprimés sur les repas et la prise en compte des goûts de chacun (sondage hebdomadaire), qui peuvent diverger. Ils ont également pu exprimer le fait qu'ils appréciaient les sorties et activités proposés.

Un des axes d'amélioration évoqué par le Conseil de la Vie Sociale concernait un manque d'adaptation des repas le soir. Cela a pu être évoqué en réunion et un ajustement a pu être mis en place en lien avec le prestataire de restauration.

▪ Les familles

La famille représentante du CVS rencontrée sur site (1) et les familles contactées par téléphone (3 familles) ont exprimé leur très grande satisfaction quant à la prise en charge proposée à la MAS Les Constellations.

Elles soulignent :

- la qualité des espaces individuels et collectifs proposée par l'établissement ;

- la qualité de l'accompagnement proposé par les différents professionnels au niveau de la vie quotidienne, des soins ainsi que de la vie culturelle et sociale ;
- la variété des activités et sorties proposées ;
- la qualité des échanges avec les professionnels de l'établissement, toujours à l'écoute des résidents et des familles ;
- la personnalisation de l'accompagnement proposé pour répondre aux besoins de chaque résident ;
- l'adaptation des professionnels au regard des besoins ;

Lors de l'admission, les familles estiment avoir été suffisamment informées. L'accueil proposé à leur proche a été de qualité. Elles estiment être en bonne communication avec l'établissement et les professionnels, qu'elles jugent attentionnés, consciencieux et accueillants. Elles se sentent également bien associées à la vie de l'établissement par le biais de différents événements festifs ou des temps d'échanges avec les différents professionnels.

La majorité des familles connaissent le Conseil de la Vie Sociale et ont été associées à la démarche projet personnalisé de leur proche.

Une Famille ne connaît pas le Conseil de la Vie sociale et souhaiterait également avoir plus d'échanges avec les médecins de l'établissement.

■ Les partenaires

Les partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation disposent d'une vision globale très positive de leur partenariat avec l'établissement. Ils ont tous déclaré travailler dans de bonnes conditions avec l'établissement. Chacun des partenaires dit entretenir de bonnes relations avec la MAS. Si elles ne sont pas toujours formalisées par une convention, les modalités de coopération entre les 2 structures sont bien définies et bien organisées, pour ce qui concerne les prestations au sein de l'établissement ou à l'extérieur. Les partenaires ont mis en avant le professionnalisme des équipes et la prise en charge globale proposée à la MAS.

Certains partenaires sont également régulièrement invités à des temps festifs sur l'établissement.

Un partenaire souhaiterait être davantage associé aux réunions de synthèse lorsque cela est adapté pour un résident afin d'apporter des éléments sur les différents volets de l'accompagnement.

3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

Le **service Ressources Humaines de La Ligue Havraise**, situé au Siège de l'Association, travaille en support aux établissements et services. Le service est composé de la Directrice des Ressources Humaines et de sept assistantes. **Il s'organise en trois Pôles :**

- le Pôle Développement des Ressources Humaines
- le Pôle Gestion administrative du personnel et de la Paie
- le Pôle Contrôle et Gestion sociale

Le service est garant des orientations de l'association au niveau des ressources Humaines afin d'assurer leur adaptation à l'évolution des besoins des personnes accompagnées. **L'objectif principal du projet stratégique de la Ligue Havraise intitulé « Horizon 2020 » est d'améliorer la qualité de vie et les services des établissements gérés par l'association.**

Les professionnels sont au cœur de ce projet stratégique qui vise à leur offrir des conditions optimales d'exercice, d'organiser leurs formations sur les évolutions de leurs métiers et les publics accueillis, ainsi que reconnaître leur savoir-faire afin de toujours améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par les différents établissements et services.

Le service Ressources Humaines intervient en relais des Directions dans les phases de :

- Recrutement du personnel
- Formation et de développement des compétences des professionnels
- Prévision et anticipation des besoins au niveau des ressources Humaines (GPEC)
- Organisation de la concertation et du dialogue social
- Supervision de la gestion administrative et de la paie
- Conception et évolution de la politique salariale
- Prévention des risques professionnels
- Contrôle de l'application des obligations légales et réglementaires

6 accords ont été signés au sein de la Ligue Havraise depuis 2014 :

- l'Accord de méthode,
- l'Accord Complémentaire Santé,
- l'Accord pour l'organisation des transferts des personnes accompagnées,
- l'Accord élargi Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences intégrant des items sur la diversité, l'égalité Hommes-Femmes, le handicap, la formation, la représentation syndicale et la pénibilité,
- l'Accord de révision des 35h,
- l'Accord de Politique salariale.

■ Le recrutement

L'Association a redéfini récemment sa politique de recrutement en centralisant son pilotage au sein du service Ressources Humaines. Ces orientations sont en cours de formalisation dans une procédure.

Le Service des ressources Humaines pilote cette démarche et intervient en complémentarité des Directeurs au niveau du recrutement des personnels en CDI.

Les différentes étapes du recrutement permettent :

- Une expression des besoins par les établissements (fiche de demande formalisée permettant le lancement du process par les établissements) ;

- La définition des profils de poste par les établissements en lien avec le service RH ;
- La gestion du recrutement (diffusion de l'offre en interne (affichage, intranet) et en externe par le service RH / Pré-sélection des candidats par le service RH puis transmission à l'établissement) ;
- L'organisation des entretiens de sélection (entretiens individuels et collectifs) par l'établissement en lien avec le service RH. Les recrutements des cadres nécessitent l'accord de la Direction Générale : les candidats sélectionnés par la direction de l'établissement sont reçus par la direction des ressources humaines et/ou la direction générale le cas échéant ;
- Le choix du candidat retenu.

Le recrutement des personnels en CDD est piloté par les Directions des établissements en lien avec les Directeurs adjoints et chefs de service, **puis est validé par le service RH.**

Il existe également une procédure à suivre en cas de vacance de poste formalisé par la Maison d'Accueil Spécialisée. Un pool de remplaçants réguliers permet toutefois de pallier aux absences par du personnel connaissant l'établissement et les résidents, évitant ainsi de faire appel à du personnel intérimaire.

L'établissement ne rencontre actuellement pas de difficultés particulières liées à l'absentéisme du personnel.

Actuellement il n'y a pas de poste vacant sur l'établissement.

Le process de recrutement est bien structuré et permet de bien répondre aux besoins des établissements.

La mission encourage l'établissement et l'association à formaliser comme prévu les différentes étapes du process de recrutement dans une procédure.

■ L'accueil des nouveaux salariés

Actuellement, un groupe pluridisciplinaire travaille au niveau associatif sur la thématique de l'intégration du nouveau salarié afin d'améliorer cette phase importante pour le nouveau professionnel et de formaliser des documents utiles pour faciliter sa prise de repères. Un Livret d'accueil du salarié est en cours de finalisation et sera transmis aux équipes et aux nouveaux salariés en 2017.

Une feuille de route décrivant les différentes étapes du processus d'accueil a été formalisée par le siège et guide les Directions des établissements.

Cette phase d'accueil semble bien structurée et permet une bonne prise de repères en favorisant la bonne intégration de la personne :

- Dès l'embauche, le nouveau salarié se voit remettre par la Direction de l'établissement un certain nombre de documents (contrat de travail, règlement intérieur, règlement de fonctionnement, Projet associatif, Livret d'accueil, des droits et libertés de la personne accueillie, ...). Des documents sont également consultables sur l'établissement pour les nouveaux salariés : Projet Associatif, Projet d'Etablissement, procédures et outils divers (Fiches d'événements indésirables, ...) ;
- Le professionnel rencontre les Directeurs adjoints qui lui présentent les plannings, les éléments administratifs, les procédures, les missions du service, les profils des résidents et la Démarche Qualité.
- Le nouveau professionnel est ensuite présenté aux résidents et salariés ;
- Un système de doublon est mis en œuvre autant que possible dès l'arrivée du salarié pendant un ou deux jours selon les possibilités de l'établissement afin de guider le nouveau professionnel dans la structure, de lui faire connaître son fonctionnement, ses temps forts (moments clés de la journée, documents clés, réunions, ...) et ses méthodes de travail (accompagnement, ...) ;
- A mi-période d'essai, un bilan d'intégration est réalisé par la Direction avec le professionnel afin d'échanger sur les pratiques, le sentiment d'intégration, les atouts et les points d'amélioration à travailler par le candidat. Un rapport d'étonnement est demandé au professionnel afin de servir de base aux échanges.

L'Association travaille actuellement sur la mise en place d'une organisation favorisant la mise en place de périodes de doublonnage plus systématisées entre un professionnel avec plusieurs années d'ancienneté au sein de la structure et le nouveau professionnel afin de favoriser la transmission des savoir-faire et savoir-être.

Le service RH a également pour projet de formaliser une trame d'entretien pour les échanges organisés à mi-période d'essai.

La mission souligne la bonne organisation de l'accueil du nouveau salarié qui permet une prise de repères progressive au sein de son nouveau poste et encourage l'Association à formaliser comme convenu le Livret d'Accueil du nouveau salarié.

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

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

La politique de formation est une des principales orientations du projet stratégique de La Ligue Havraise pour accompagner au mieux les professionnels dans l'évolution de leurs métiers et dans l'évolution des besoins des publics accueillis. La qualification des professionnels fait partie des objectifs des établissements.

Cette politique est définie par les orientations de l'Association, des Etablissements et services ainsi que par des besoins identifiés par les Directions et les remontées des professionnels.

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

- La communication autour des formations disponibles est réalisée dans le cadre des instances représentatives au niveau associatif ainsi que durant les réunions d'équipe sur l'établissement ;
- Le recueil des besoins en formation est organisé chaque année dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation. Les demandes qui s'inscrivent dans les thèmes prioritaires arrêtés par l'Association et la direction sont favorisées. La trame d'entretien annuel prévoit un questionnement sur les besoins et demandes de formation ;
- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), des besoins et souhaits communs tout en respectant le budget ;
- Les représentants du personnel sont informés et consultés ; le plan de formation est soumis au CE.

A partir des actions prioritaires définies par l'association et la Direction, des actions de formations prioritaires sont déclinées au niveau des établissements en lien avec les directions d'établissement. Des formations en interne ou des formations mutualisées peuvent être organisées au sein de l'Association

Quelques points d'amélioration sont toutefois identifiés :

- Organiser des retours de formations auprès des équipes en vue d'une capitalisation des pratiques ;
- Concevoir un outil d'évaluation des actions de formation permettant d'apprécier les effets des formations sur l'évolution des pratiques professionnelles.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

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

Plusieurs formats de formations sont proposées : individuelles ou collectives, de courte ou de plus longue durée, en interne ou en externe.

Une partie des formations concerne la sécurité (une partie des professionnels a suivi des formations « Urgences médicales », « Incendie », « Hygiène », « PRAP »).

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux de prise en charge et d'adaptation à l'évolution du public : une partie des professionnels a suivi les formations : « Les troubles psychiques : comprendre pour accompagner », « La violence en institution », « L'approche Snoezelen », « Vie affective et sexuelle », « Activités physiques et sportives », « Création artistique », « Adaptation de l'institution à l'autisme », « Techniques de communication relationnelle », « Associer l'animal dans une démarche éducative », « Coordination », « Du handicap à l'épreuve du vieillissement », « Accompagner la mort ».

La mission encourage l'établissement à poursuivre l'organisation des formations sur les pathologies et les spécificités des résidents (troubles psychiques, accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, ...) ainsi que les formations à la bientraitance.

■ **La promotion de la mobilité**

La promotion de la mobilité est également un des objectifs du projet stratégique de l'association qui a mis en place depuis plusieurs années un dispositif visant à favoriser la mobilité interne des professionnels.

L'entretien d'évaluation et les demandes individuelles des professionnels permettent le recueil des souhaits des professionnels sur ce thème. L'équipe de Direction peut, également, faire des propositions aux professionnels.

Afin de favoriser les évolutions de carrière et la mobilité sur d'autres structures de La Ligue Havraise, l'association organise en articulation avec les établissements **des stages d'immersion pour les professionnels ayant exprimé un souhait de mobilité. Ces stages d'immersion permettent au professionnel de suivre pendant deux semaines un autre salarié issu d'une autre profession** afin de découvrir un nouveau métier ou de découvrir le quotidien d'un autre établissement de la Ligue.

Des formations individuelles et qualifiantes sont régulièrement proposées par la MAS et l'Association (CAFERUIS, AMP, IDE, AS, ...).

Une douzaine de stages d'immersion ont été organisés depuis le début de ce dispositif.

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

La Ligue Havraise s'est engagée depuis 2014 dans la mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour une adaptation des compétences des professionnels intervenant auprès des personnes. Depuis 2016, les premiers outils de la GPEC sont effectifs :

- Les référentiels métiers devant servir de support à l'élaboration des fiches de poste dans les établissements sont en cours de validation par le Siège. Ces fiches constituent les référentiels de compétences auxquels se référer lors des entretiens annuels. Les parcours de formation sont également à bâtir sur la base des compétences et des niveaux de compétences requis pour chaque métier.
- Le dispositif de mise en œuvre de l'entretien annuel : Une trame de l'entretien et des guides destinés au collaborateur et au supérieur hiérarchique.

Le service RH travaille actuellement à l'élaboration des fiches de postes en lien avec les établissements et les professionnels des structures.

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

La MAS a déployé les outils associatifs.

La mission encourage l'établissement et l'Association à poursuivre les travaux amorcés pour déployer la GPEC.

3.8.2.Organisation et management

La répartition des fonctions semble globalement claire et lisible. Les entretiens menés par la mission d'évaluation montrent que les professionnels sont globalement au fait des liens hiérarchiques. Toutefois les missions de certains professionnels (Directions adjointes et chefs de service) ne semblent pas totalement claires pour plusieurs professionnels rencontrés.

Un organigramme précise bien les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de la MAS.

La mission encourage l'établissement à :

- formaliser le Document Unique de Délégation (DUD) ainsi que les fiches de postes (projet en cours actuellement au niveau du service RH de la Ligue Havraise).
- poursuivre la communication aux équipes sur le rôle, les missions et les responsabilités de chacun au sein de la MAS afin de clarifier la répartition des rôles de chacun.

■ **Management et coordination**

Les temps managériaux semblent effectifs et efficaces. Des ordres du jour sont préparés à l'avance et des comptes-rendus sont établis et diffusés aux professionnels.

La multiplicité des temps de réunions (évoqués en partie 3.4.3 du présent rapport) permet la coordination de l'accompagnement, la circulation des informations et le management des équipes. **Le Comité de direction**, qui réunit les cadres de la MAS et la Directrice constitue l'instance de coordination première.

Des réunions générales institutionnelles sont également organisées régulièrement, en fonction des thèmes à aborder avec l'ensemble des professionnels pour diffuser les informations sur les orientations et les projets de l'établissement.

Des groupes de travail se réunissent également dans le cadre de la démarche Qualité.

Les temps de réunion avec les IRP sont également organisés conformément à la réglementation.

La réunion de Direction de la Ligue Havraise a lieu une fois tous les deux mois.

La Direction participe également régulièrement à des réunions avec les différents partenaires ainsi qu'à une réunion rassemblant l'ensemble des Directeurs des MAS de Haute-Normandie spécialisées dans l'accompagnement des résidents avec troubles psychiques deux à trois fois par an.

■ **Entretiens annuels**

Des entretiens professionnels sont organisés tous les ans par l'équipe de Direction sur la base d'une trame d'entretien élaborée au niveau de la Ligue Havraise.

4. Synthèse de l'évaluation externe

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

La MAS a démarré sa démarche d'évaluation interne en avril 2015. Cette dernière s'est achevée en mars 2016. **Elle a été menée de manière participative et pluridisciplinaire.** La MAS s'est appuyé sur un référentiel d'évaluation interne élaboré par la Direction et la Direction Générale de la Ligue Havraise. Le référentiel utilisé intègre bien les quatre volets réglementaires et les 5 axes précisés dans la recommandation ANESM. La mission d'évaluation relève que la MAS a bien organisé sa démarche d'évaluation interne selon une approche participative avec la volonté d'y associer l'ensemble des professionnels et usagers, comme préconisé dans la recommandation de l'ANESM relative à la conduite de l'évaluation interne. Un rapport d'évaluation interne a été finalisé en octobre 2015, il met clairement en évidence, pour chaque thématique, les points forts et points d'amélioration identifiés.

Suite à la réalisation de l'évaluation interne, **un plan d'actions d'amélioration de la qualité a été élaboré par la MAS**, à l'aide du logiciel AGEVAL. Il regroupe, en lien avec les recommandations de l'ANESM, les axes d'amélioration identifiés lors de l'évaluation interne. Ce plan d'actions pluriannuel est décliné de manière opérationnelle. Le dimensionnement du plan d'actions apparaît comme étant bien adapté à la structure et à son organisation. Ce plan a par ailleurs été retravaillé par l'équipe de Direction afin de garantir une planification la plus juste possible des différentes actions et une cohérence avec les autres démarches menées au sein de l'établissement (DARI, DUERP, etc.).

La mise en œuvre et le suivi de la démarche d'amélioration sont réalisés par l'équipe de Direction. L'équipe de Direction réalise des points réguliers sur les actions à mettre en place et sur les thématiques à travailler. **La démarche d'amélioration a connu une très bonne dynamique de mise en œuvre.** A date d'évaluation externe, plusieurs actions ont été clôturées ou sont en cours de réalisation. La mission d'évaluation note que les professionnels rencontrés identifiaient des actions mises en place dans le cadre de la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

La démarche qualité est pilotée et mise en œuvre par l'équipe de Direction, en lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise. L'équipe de Direction est en charge de centraliser l'ensemble des réflexions et actions ayant trait à l'amélioration continue des pratiques. L'ensemble des démarches est suivi au sein du logiciel AGEVAL, permettant la saisie des différents plans d'actions, le suivi des événements indésirables, etc. **La mission d'évaluation relève que la démarche qualité est cohérente, structurée, pluridisciplinaire et collaborative.**

Le recueil de la satisfaction des usagers de la MAS est organisé par le biais de plusieurs outils, décrits au sein du projet d'établissement : une enquête de satisfaction, un Conseil de la Vie Sociale, un processus de co-construction des projets personnalisés, la désignation pour chaque résident de plusieurs référents permettant de faciliter les échanges quotidiens et de proximité, etc. **Le recueil des plaintes et réclamations est prévu au sein de la procédure de traitement des événements indésirables.**

La MAS a déployé un système de gestion documentaire. Les différents documents composant le système de gestion documentaire sont mis à disposition en version papier et en version informatique au sein de l'établissement. En lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise, la MAS a formalisé plusieurs procédures et protocoles.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement. La mission d'évaluation a pu relever lors des différents entretiens réalisés un bon niveau d'appropriation des RBPP de l'ANESM par l'ensemble des professionnels de la MAS. Pour 2017, l'établissement a également pour projet de renforcer cette appropriation en réalisant des présentations synthétiques à destination des professionnels.

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

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

Le Projet d'Etablissement de la Maison d'Accueil Spécialisée a été rédigé en amont de l'ouverture de la structure en 2012, par la Direction en lien avec la Direction Générale de la Ligue Havraise et la Direction de l'Hôpital psychiatrique Pierre Janet. La réécriture du projet est programmée pour fin 2017. L'établissement souhaite procéder à cette réécriture dans le cadre **d'une démarche participative et la mission l'y encourage**, en prenant en compte à la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM.

Le Projet d'Etablissement de la Maison d'Accueil est globalement exhaustif au regard de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Il intègre bien un descriptif des activités, les modalités de coopération/partenariat et les modalités d'évaluation des activités. Son contenu correspond aux recommandations de l'ANESM, par exemple, il intègre bien les orientations et valeurs de l'organisme gestionnaire de l'établissement, les éléments de contexte permettant la compréhension du dispositif, les objectifs et principes d'actions communes, etc.

Quelques éléments de contenu pourraient davantage être présentés dans le prochain Projet d'établissement, concernant les orientations des politiques publiques avec des références aux schémas régionaux et départementaux d'organisation médico-sociale, la présentation des différents partenariats développés avec les structures du territoire et professionnels libéraux et le soutien aux professionnels (supervision, analyse de la pratique, ...).

La forme et la structuration du projet d'établissement répond globalement aux préconisations des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. La mission relève toutefois quelques axes d'amélioration pour la réactualisation du Projet, notamment la formalisation d'une synthèse du projet, adaptée aux professionnels, résidents et familles, qui permettrait d'en faciliter sa diffusion et appropriation.

Le Projet est mis à disposition des professionnels en version papier et en version informatique. Il est également présenté oralement à tout nouveau salarié, résident et famille et a fait l'objet **d'une présentation aux équipes dès l'ouverture de l'établissement. Il a également été transmis** aux autorités de financement. **La mise en œuvre du projet d'Etablissement est pilotée par l'équipe de Direction** qui assure le suivi de la Démarche Qualité de la MAS. Les objectifs du PE sont intégrés aux Plans d'action de l'établissement suivis sur AGEVAL, permettant ainsi un pilotage global des différentes actions. **La mission tient à souligner que ce Projet d'Etablissement est vraiment un document de référence faisant sens pour les professionnels rencontrés durant la visite sur site. La MAS est encouragée à poursuivre la communication aux équipes sur l'état d'avancement des objectifs identifiés dans le Projet d'Etablissement.**

L'organisation de l'accompagnement proposé

Les locaux de la MAS sont récents (ouverture en 2014), bien entretenus, spacieux, modernes, conviviaux et clairs. Le cadre est apaisant et sécurisant. Les locaux ont été intégralement pensés autour du projet de l'établissement : les multiples salles d'activités permettent de disposer des ressources nécessaires à la réalisation d'activités régulières et variées. Les résidents sont présents au sein de quatre unités de 10 chambres, réparties entre deux pavillons. La taille de ces unités est appropriée pour que les résidents puissent vivre au quotidien dans un lieu de vie à dimension humaine.

La maîtresse de maison supervise l'entretien des locaux de la MAS. Une équipe dédiée composée de 3 agents de service assure l'entretien quotidien des locaux, sous la coordination de la maîtresse de maison. Il est à noter que l'équipe d'entretien comprend également des professionnels d'un ESAT. L'entretien des locaux est assuré chaque jour, y compris le week-end. **L'entretien du linge des résidents de la MAS est réalisé au sein de la lingerie de l'établissement.**

La restauration est réalisée sur site par un sous-traitant, SHERPAS. Le prestataire assure la préparation du petit-déjeuner, du déjeuner, de la collation de l'après-midi. Les repas sont cuisinés sur site. **Les équipements sont de bonne qualité.** Les règles liées à la démarche HACCP sont respectées. Des régimes spécifiques

(médicaux et culturels) et textures appropriées sont proposés par le prestataire afin de répondre aux différents besoins. **Les souhaits des résidents sont pris en compte. Plusieurs évènements festifs** sont organisés tout au long de l'année (fête de Noël, fête du printemps, Barbecue, repas à thèmes, ...). La présence de professionnels prenant leur repas avec les résidents permettent également de proposer des accompagnements pédagogiques sur ces temps. Si des insatisfactions ont pu être émises par les résidents durant un Conseil de la Vie sociale sur **l'inadaptation des repas le soir**, les résidents rencontrés durant la visite sur site ont exprimé leur **satisfaction globale** sur les repas proposés, des ajustements ayant été opérés au niveau des plats proposés au dîner. L'observation d'un temps de repas a permis de noter le **bon déroulement de ce moment fort de la journée** des résidents. L'espace de restauration présente toutefois l'inconvénient d'être **bruyant**.

La MAS dispose d'un médecin psychiatre et de deux médecins somaticiens qui assurent la coordination et la surveillance médicale pour l'ensemble des résidents, ainsi qu'une prise en charge thérapeutique ayant pour but le maintien et la stimulation des capacités cognitives. Les traitements sont prescrits sur le logiciel SAM. La continuité des soins est assurée par le personnel infirmier, présent en continu durant la journée.

Chaque résident dispose d'un plan de soins individualisé formalisé de manière manuscrite au sein de l'infirmier, précisant les soins à réaliser. Les soins réalisés ne sont pas systématiquement tracés au sein du logiciel, du fait de dysfonctionnements fréquents quant à son utilisation. Des cahiers de soins permettent de tracer les événements particuliers et/ou soins exceptionnels. Les transmissions infirmières et soignantes sont réalisées chaque jour sur le logiciel. Le projet de nouveau logiciel, prévu pour le 1^{er} semestre 2017, permettra de garantir l'homogénéité et la structuration des dossiers médicaux. Plusieurs protocoles de soins ont été formalisés par les médecins somaticiens.

La délivrance des médicaments fait l'objet d'une attention particulière au sein de l'établissement et la conservation des traitements est sécurisée. Les différentes thématiques de soins spécifiques sont bien prises en comptes au sein de l'établissement.

La MAS dispose d'un temps de psychologue. L'accompagnement psychothérapeutique proposé aux résidents est mis en œuvre à travers des rendez-vous réguliers ou lors de rencontres ponctuelles.

L'accompagnement à la vie quotidienne proposé par l'établissement repose sur les professionnels éducatifs et les AS et AMP. Les projets personnalisés sont élaborés pour les résidents et les objectifs qui y figurent servent de base à l'accompagnement proposé. L'ensemble de l'accompagnement proposé par la MAS est centré autour du respect du rythme des résidents. L'organisation de l'établissement est centrée sur les besoins et les activités du résident. Cet accompagnement est assuré du lever au coucher du résident dans les principaux actes de la vie quotidienne.

La veille de nuit est assurée par une équipe de 3 AS/AMP et une IDE de 21h à 7h. Des transmissions orales et écrites avec l'équipe de jour permettent d'assurer la continuité des interventions. **L'analyse documentaire, les entretiens conduits et les temps d'observation réalisés mettent en évidence la bienveillance des équipes dans l'accompagnement à la vie quotidienne proposé aux résidents.**

Plusieurs réunions sont organisées pour structurer l'accompagnement et coordonner l'intervention des différents professionnels.

La mission tient à souligner la grande qualité de l'accompagnement à la vie sociale et culturelle proposé par la MAS Les Constellations, adapté aux besoins et demandes des résidents. Il est coordonné par l'équipe éducative de l'établissement composé de 6 éducateurs spécialisés présents à temps plein sur l'établissement permettant ainsi d'assurer une présence éducative tous les jours de la semaine. Chaque éducateur est Référent de la vie sociale au sein d'une Unité. Il travaille en lien avec l'équipe de proximité et les rééducateurs. De nombreux ateliers et activités sont proposés aux usagers, par petits groupes, en individuel, en extérieur ou dans des espaces dédiés au sein du site de l'établissement. Le principe qui guide les activités au sein de la MAS Les Constellations est de proposer à la fois un cadre suffisamment clair, structurant et structuré pour les résidents tout en permettant une souplesse dans le dispositif afin de s'adapter aux besoins et profils des résidents accompagnés. Les plannings d'activités sont formalisés et assurent une bonne coordination des interventions. **L'accompagnement social, sportif, et culturel est pleinement personnalisé.** Pour chaque activité, les professionnels fixent des objectifs, et les réévaluent au travers du projet personnalisé de chaque personne. **Les supports d'accompagnement sont particulièrement diversifiés.** La MAS Les Constellations propose une 30e d'activités différentes dont une quinzaine à l'extérieur. La mission d'évaluation a observé des discours et des postures professionnels bienveillants et respectueux à l'égard des usagers et des familles. **A date d'évaluation, les enjeux repérés par l'équipe éducative pour l'accompagnement à la vie sociale sont la**

poursuite des évaluations régulières des projets d'activités ; la poursuite de l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur avec davantage de partenariats ; la recherche de lieux de rupture pour les résidents.

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

La localisation de la MAS en périphérie du Centre du Havre apparaît pertinente : **elle est implantée dans un nouveau quartier de la ville, à proximité des transports en commun et de l'Hôpital privé de l'Estuaire, établissement partenaire de la structure permettant ainsi un accès facilité aux services médicaux.**

La MAS Les Constellations a mis en place une bonne dynamique d'ouverture à et sur l'environnement. Cet aspect est également développé dans le projet d'établissement. L'établissement est ouvert à son environnement car il facilite la venue des **familles**, pour des visites ponctuelles de leurs proches ou des temps institutionnels, des **partenaires**, des **stagiaires** et de **divers prestataires extérieurs** (des professionnels libéraux, des membres de l'ESAT, etc). Il est également ouvert sur son environnement puisqu'il mène des actions pour intégrer les personnes accueillies dans la ville comme, sur le volet santé et médico-social, l'accompagnement mené avec l'hôpital psychiatrique Pierre Janet du Havre par deux médecins de la MAS pour la continuité du parcours, ou bien, sur le volet culturel, un partenariat avec la société havraise d'aviron par exemple. **Si la dynamique d'ouverture est effective, l'établissement sera encouragé à poursuivre cette dynamique de partenariat en la formalisant davantage et en l'évaluant régulièrement.**

La perception de l'établissement par son environnement est bonne. Les usagers rencontrés sont satisfaits de la vie au sein de la maison d'accueil en particulier de la qualité du cadre de vie et de son adaptation à leur autonomie. Ils ont le sentiment que leurs droits sont respectés : en particulier ils ont le sentiment d'être bien informés de la vie de l'établissement et de pouvoir y participer dans de bonnes conditions. Les **familles** interrogées ont souligné la **grande satisfaction à l'égard de la prise en charge proposée à la MAS**. Lors de l'admission, les familles estiment avoir été suffisamment informées. L'accueil proposé à leur proche a été de qualité. Elles estiment être en bonne communication avec l'établissement et les professionnels, qu'elles jugent attentionnés, consciencieux et accueillants. Elles se sentent également bien associées à la vie de l'établissement par le biais de différents événements festifs ou des temps d'échanges avec les différents professionnels. La majorité des familles connaissent le Conseil de la Vie Sociale et ont été associées à la démarche projet personnalisé de leur proche. **Les partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation disposent d'une vision globale très positive de leur partenariat avec l'établissement.** Ils ont tous déclaré travailler dans de bonnes conditions avec l'établissement.

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

Le processus d'admission est bien structuré et organisé. L'admission d'un nouveau résident fait l'objet d'une procédure formalisée en plusieurs temps. La démarche mise en œuvre par la MAS est pluridisciplinaire et progressive. Le dossier est étudié par la Direction et le médecin psychiatre afin d'évaluer la demande. Une évaluation de l'adéquation du profil avec les critères fixés par la MAS est réalisée. L'accueil temporaire et l'accueil de jour permettent de faciliter l'évaluation de l'adéquation entre les besoins et capacités de la personne et l'accompagnement pouvant être proposé par l'établissement.

Les entrées au sein de la MAS sont bien organisées et planifiées en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et permettent une bonne prise de repères du nouveau résident : les conditions matérielles de l'entrée sont bien préparées, les équipes sont informées, un effort particulier est réalisé dans la présentation du résident aux équipes d'encadrement et aux autres résidents. A son entrée, chaque résident se voit nommer cinq référents (un référent infirmier, un référent éducatif, un référent « de proximité » choisi parmi l'équipe d'AS/AMP, un référent au sein de l'équipe de nuit et un référent faisant partie de l'équipe d'encadrement).

La démarche d'élaboration des projets personnalisés (PP) est effective au sein de la MAS. Au mois de décembre 2016, 81 % des résidents disposaient d'un projet personnalisé élaboré suivant la procédure définie au sein de l'établissement. Les modalités d'élaboration des projets personnalisés sont encadrées par une procédure. Le projet personnalisé comprend les prestations et objectifs adaptés à la situation du résident, dans

tous les domaines de l'accompagnement (soins, vie sociale, activités, accompagnement quotidien), et est établi au plus tard dans les six mois suivant l'admission du résident, puis renouvelé tous les ans ou plus tôt si nécessaire. La démarche mise en place inclut ainsi une co-construction du projet avec le résident ou son représentant légal et est pluridisciplinaire. Les projets se fondent sur une trame commune divisée en trois volets : accompagnement au quotidien, projet de soins, projet socio-éducatif. Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'établissement a défini les modalités de suivi et d'évaluation des projets personnalisés. L'évaluation du projet est réalisée par les référents de la personne.

Depuis 2013, il n'y a pas eu de réorientations au sein de la MAS. L'établissement veille toutefois à travailler avec certains résidents des projets futurs d'orientation vers d'autres dispositifs (ex : ESAT, SAVS, etc).

L'établissement a mené plusieurs réflexions afin d'anticiper et de préparer au mieux les situations de fin de vie (adaptation de l'accompagnement, formations internes sur les fausses routes, convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'HAD, etc.).

Concernant la participation et l'expression des résidents, il existe un Conseil de la Vie Sociale, qui se réunit trois fois par an conformément à la réglementation. Il comprend plusieurs représentants des résidents, des familles et des salariés. La lecture de plusieurs comptes rendus par la mission d'évaluation permet de constater que les résidents ont la possibilité d'aborder l'ensemble des sujets relatifs au fonctionnement de l'établissement (personnel, plannings, entretien, linge, activités, sorties, etc.). La mission d'évaluation relève le caractère particulièrement opérant de cette instance.

En sus, la participation des résidents est sollicitée lors de plusieurs temps institutionnels : enquête de satisfaction, commission « menus » avec le prestataire de restauration, mise en place de groupes de parole des résidents permettant d'échanger sur la semaine écoulée et sur celle à venir, etc. **La mission d'évaluation relève la diversité des dispositifs permettant de favoriser l'expression et la participation des résidents au sein de l'établissement.**

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

■ La garantie des droits

L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-02 et a intégré la plupart des recommandations de l'ANESM afférentes. Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et le règlement de fonctionnement sont formalisés, expliqués et remis aux usagers et aux familles. Si la charte des droits et libertés est affichée au sein de l'espace d'entrée, l'établissement pourra ajouter la mise à disposition du règlement de fonctionnement.

Le livret d'accueil, élaboré en 2014, reprend la majorité des éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004. Le règlement de fonctionnement est lu et approuvé par l'ensemble des personnes accueillies. Il prend en compte l'ensemble des éléments de contenu obligatoires spécifiés dans le décret du 14 novembre 2003. Le contenu du contrat de séjour est également en conformité avec le décret du 26 novembre 2004.

Le droit d'expression est respecté à la MAS notamment par le biais d'un Conseil de la Vie Sociale. La mission d'évaluation relève le caractère particulièrement opérant de cette instance, permettant aux résidents de l'établissement de saisir directement la Direction en cas de questions et d'obtenir les réponses correspondantes.

Le droit à l'information est respecté à la MAS, via la remise et l'explication des documents obligatoires (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement) et la co-construction du projet personnalisé. Les modalités d'accès au dossier sont notamment détaillées au sein de l'article 5 (« droits des personnes accueillies ») dans le règlement de fonctionnement.

Différentes mesures concourent au respect du droit à la protection des personnes accueillies au sein de l'établissement. Le cadre de vie est sécurisé et contenant. Un certain nombre de procédures et modalités de gestion des urgences ont été mis en place (consignes en cas d'incendie, gestion des accidents d'exposition au sang, etc.). Le plan de continuité des activités est toutefois à formaliser afin de garantir la protection des résidents. La gestion du paradoxe entre droit à la protection et liberté d'aller et venir pourra toutefois être

davantage travaillée au sein de l'établissement, notamment pour les résidents ayant connu un degré de liberté plus important avant leur entrée au sein de l'établissement.

Le droit à l'autonomie est au cœur de l'accompagnement proposé par l'établissement. L'ensemble des activités proposées par l'établissement a pour objectif de travailler le maintien et le renforcement de l'autonomie.

Les chambres individuelles, comprenant des salles de bain également individuelles permettant le plein respect de l'intimité des résidents. Les résidents rencontrés ont mis en avant le respect intégral par les professionnels de la MAS de leur chambre comme étant un espace privatif. **Le droit à la vie affective et sexuelle a fait l'objet de plusieurs réflexions au sein de l'établissement.**

Le droit à la dignité est respecté dans l'établissement. Les postures des professionnels observées lors de la visite sur site sont respectueuses des usagers. Les résidents interrogés ont également fait part de ce sentiment.

Les liens familiaux et amicaux sont respectés. Les familles sont intégralement intégrées au fonctionnement et à la vie de l'établissement.

La pratique religieuse est respectée à la MAS. Il est ainsi possible d'avoir un régime alimentaire spécifique en cas de besoin.

■ La politique de prévention des risques

L'organisation de la prévention et de la gestion des risques est en cours de réorganisation au sein de l'Association afin de mettre en place un service dédié au Siège ainsi qu'une équipe mobile de prévention et gestion des risques. Actuellement, la sécurité et la prévention des risques sont gérées par chaque établissement et service. Sur la Maison d'Accueil Spécialisée, la prévention et la gestion des risques est coordonnée par un Directeur adjoint en lien avec la Direction de l'établissement. Il travaille avec un factotum présent à temps plein sur l'établissement. Il existe un CHSCT commun aux établissements et services de la Ligue Havraise, et dont le fonctionnement est conforme avec la réglementation.

La Qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels font partie des grandes orientations du Projet stratégique de La Ligue Havraise « Horizon 2020 ». Plusieurs actions sont menées dans ce cadre au niveau associatif et dans les structures. Plusieurs commissions se réunissent notamment régulièrement au niveau associatif sur la question de la prévention des risques professionnels et la santé au travail telles que **les commissions santé** avec les Référents santé volontaires des établissements et les **commissions « Prapistes »** avec les professionnels formés PRAP.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de la MAS a été réalisé en 2016. Il présente des mesures de prévention envisagées pour la réduction des risques professionnels. Le DUERP intègre bien l'évaluation et la prévention des risques psycho-sociaux. A date d'évaluation, **la Ligue Havraise a engagé un travail d'harmonisation des trames des documents** uniques d'évaluation des risques professionnels des structures.

Par ailleurs, **plusieurs mesures concourent à la prévention de l'usure professionnelle** telles que **l'excellente dynamique de formation professionnelle, les entretiens professionnels** tous les ans, par l'équipe de Direction, **la mise en place d'un système de rotation du personnel, l'organisation de groupes d'analyses de pratiques professionnelles** et les réunions d'équipe.

Des axes d'amélioration sont toutefois repérés par la mission d'évaluation comme le fait de formaliser davantage l'évaluation de la pénibilité au travail (fiches de pénibilité, ...).

L'établissement s'inscrit bien dans une **dynamique générale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.** La mise en place d'un **Comité Bienveillance** ou d'un **Comité d'Ethique** ou la **nomination de Référent** pourrait également venir compléter le dispositif de promotion de la bientraitance de l'établissement.

Une procédure associative de signalement des événements indésirables est mise en place pour l'ensemble de ses établissements. Un recueil des événements indésirables est en place et effectif. Une analyse des incidents est réalisée en dans le cadre du système qualité. La connaissance des obligations et des règles de signalement semble être à dimension variable pour les équipes de la MAS. **Plusieurs enjeux sont repérés** dont le **rappel régulier des obligations de signalement aux professionnels, l'affichage du numéro national contre**

la maltraitance 3977 et l'intégration des éléments sur la prévention de la bientraitance (procédure, numéro national) dans les différents documents de la loi 2002-2 (Livret d'accueil).

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	- Une évaluation interne réalisée en 2015 suivant la RBBP de l'ANESM - Un référentiel intégrant les 4 volets réglementaires et les 5 axes de l'ANESM - Une démarche pluridisciplinaire et participative (présentation de la démarche, comité de pilotage et groupes de travail pluridisciplinaires) - Une association des résidents et des familles à la réalisation de la démarche - Un rapport mettant en avant les points forts et axes d'amélioration, transmis à l'ARS - L'organisation d'une restitution de la démarche à l'ensemble des professionnels	- L'absence d'association des partenaires à la démarche d'évaluation interne	- Associer, lors de la prochaine démarche d'évaluation interne et selon des modalités adaptées (ex : questionnaire de satisfaction, entretiens téléphoniques, invitation à un groupe de travail, etc.), les partenaires de la MAS à la réalisation de la démarche d'évaluation interne
	- L'élaboration d'un plan d'actions décliné de façon opérationnelle pour la mise en œuvre des actions d'amélioration - Une association des équipes de la MAS		

Contribution de l'évaluation interne à la dynamique d'amélioration de la qualité de l'accompagnement	à la formalisation du plan d'actions - Un pilotage de la mise en œuvre et du suivi de la démarche d'amélioration opéré par l'équipe de Direction - Une démarche d'amélioration ayant connu une très bonne dynamique de mise en œuvre (pilotage adapté, mise en œuvre de groupes de travail associant les professionnels de la MAS) - Une mise en œuvre effective des actions identifiées (ex : rédaction d'une procédure de gestion des événements indésirables, formalisation d'une fiche d'habitudes de vie, etc.) - Une bonne appropriation des équipes de la démarche d'amélioration de la qualité		
Actions mises en œuvre pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement	- Une démarche qualité pilotée et mise en œuvre par l'équipe de Direction, en lien avec l'ingénieur qualité de la Ligue Havraise - Une centralisation de l'ensemble des réflexions et actions ayant trait à l'amélioration continue des pratiques - Une vigilance sur la cohérence globale des différentes démarches d'amélioration de la qualité menées par la MAS (évaluation interne et externe, projet d'établissement, CPOM, DARI, DASRI, éléments issus des différentes enquêtes de satisfaction, etc.) - Un suivi de l'ensemble des démarches		- Finaliser les différentes procédures restant à mettre en forme

	réalisé au sein du logiciel AGEVAL, permettant la saisie des différents plans d'actions - Une démarche qualité cohérente, structurée, pluridisciplinaire et collaborative - L'appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels et leur engagement au sein de celle-ci - La mise en place de plusieurs indicateurs (nombre de séances d'activités, nombre de projets personnalisés, nombre de réunions cliniques, etc.) présentés au sein du rapport d'activités, permettant de disposer d'éléments chiffrés facilitant l'appréciation de la politique qualité - Le déploiement d'un système de gestion documentaire		
--	---	--	--

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
	- Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de	- Une appropriation hétérogène des RBPP de l'ANESM par les	- Poursuivre les travaux d'appropriation des RBPP par les équipes par des modalités

Efficacité de l'appropriation des recommandations par tous les acteurs de l'établissement	l'établissement - La bonne prise en compte de la recommandation relative aux « spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » - Des RBPP mises à disposition au sein de l'établissement - Un bon niveau d'appropriation des RBPP de l'ANESM par l'ensemble des professionnels de la MAS - Des projets identifiés pour 2017 afin de poursuivre et renforcer l'appropriation des RBPP par les équipes	professionnels de la MAS	innovantes et adaptées (ex : transposition des RBPP au sein de bandes dessinées, etc.).
Prise en compte dans les modalités de management de la recommandation sur la prévention de la maltraitance	- Une RBPP prise en compte dans le PE et les modalités de management - L'organisation d'analyses de la pratique avec un intervenant régulier pour l'ensemble des professionnels - Une identification des risques de maltraitance réalisée au plan institutionnel et individuel lors de l'élaboration du PPI - Un thème régulièrement discuté en équipe durant les réunions d'équipe - Des formations sur la bientraitance organisées régulièrement depuis l'ouverture de l'établissement		- Poursuivre les réflexions sur la prévention de la maltraitance notamment lors de la réactualisation du Projet d'Etablissement - Réfléchir à la pertinence de mettre en place un Comité Bienveillance ou la nomination de référents bientraitance pour compléter le dispositif de promotion de la bientraitance de l'établissement - Poursuivre les formations régulières des professionnels sur la promotion de la bientraitance, en lien notamment avec les spécificités des publics accueillis

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Elaboration, révision et cohérence du projet d'établissement ou de service	- Un projet écrit en 2012 avant l'ouverture de la MAS, structuré, approuvé par le Conseil d'administration de l'association - Un projet réactualisé en équipe de Direction à l'ouverture de la MAS - Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm, avec des données et illustrations adaptées - La mise à disposition du projet et sa présentation en réunions institutionnelles et au CVS - Un Projet guidant véritablement l'accompagnement et faisant sens pour l'ensemble des professionnels de la MAS - Un dispositif de suivi des objectifs du Projet organisé en Comité de Direction	- Un Projet rédigé en équipe de Direction sans l'association de l'ensemble des parties prenantes - L'absence d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet	- Organiser comme prévu une démarche participative pour réactualiser son Projet en se référant notamment à la Recommandation de Bonnes pratiques élaborée par l'ANESM¹⁰, afin de : - Prévoir une participation de l'équipe pluridisciplinaire de la MAS ; - Prévoir le recueil de l'avis des résidents et familles ; - Intégrer, selon des modalités adaptées, les partenaires à la démarche ; - Sensibiliser le conseil de la vie sociale à la démarche en amont et prévoir une présentation du projet à destination de ce dernier ; - Prendre en compte les résultats des évaluations internes et externes - Intégrer l'ensemble des éléments de contenu précisé dans le cadre réglementaire et la RBPP dans le prochain PE (illustrations, orientations des

¹⁰ Recommandation de l'ANESM – « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »

			politiques publiques, partenariats développés, modalités de soutien aux professionnels, ...) - Rédiger une synthèse du Projet afin de favoriser son appropriation
Pertinence et cohérence <i>(localisation, attractivité, offre de service, moyens humains et matériels ...)</i>	- Un projet cohérent avec les orientations de l'organisme gestionnaire et du partenaire l'Hôpital Pierre Janet, validé par lui - Un projet cohérent avec les missions des MAS et les orientations de politique publique - La participation au dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » mise en œuvre sur la Normandie afin de répondre aux besoins du territoire - Un dispositif varié d'accueil (accueil permanent, temporaire et de jour) permettant une réponse aux différents types de besoin - Un dispositif favorisant la continuité et la cohérence des parcours des personnes - Un dispositif permettant une véritable alternative à l'hospitalisation des personnes en situation de handicap psychique permettant d'accompagner les résidents afin de mieux reconnaître et de renforcer leur rôle de citoyens tout en leur garantissant un suivi médical adapté		- Poursuivre les formations des professionnels aux pathologies des résidents et aux modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique afin de poursuivre l'adaptation des pratiques aux besoins des personnes - Poursuivre les réflexions en cours sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes à la MAS afin de proposer une prise en charge plus adaptée dans les années à venir - Poursuivre l'évaluation des profils et besoins des personnes en lien avec ce que peut proposer le Projet des Constellations et veiller au maintien de la dynamique positive des équipes permettant cet ajustement permanent, en soutenant de manière adaptée les professionnels - Affiner les projets et l'accompagnement proposé sur chaque unité afin d'en partager en équipe les objectifs et de mieux s'adapter aux pathologies et au degré d'autonomie de chaque personne - Poursuivre le travail mené avec les partenaires afin de contribuer davantage à l'insertion sociale des personnes en

	- Des locaux et une organisation pensés véritablement pour la mise en œuvre du Projet de l'établissement et répondre aux besoins des résidents - La localisation pertinente permettant un accès aux transports en commun, services et commerce et un accès aux services de santé, ...) - La bonne réponse aux besoins se traduisant par une activité importante - L'identification de la MAS par les pouvoirs publics comme un lieu adapté à la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique - Le très bon niveau d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque personne accueillie (4 unités avec une organisation adaptée, des professionnels dédiés et formés, des référents, ...) - La très grande diversité des activités proposées adaptées à chacun, permettant de mettre en œuvre de projet d'établissement - La bonne articulation entre les différents volets de l'accompagnement - La prise en compte des évolutions du public accueilli (vieillesse-dépendance) via l'adaptation progressive de la prise en charge (adaptation des activités, des rythmes, de l'accompagnement, ...) - La remise en question régulière des		situation de handicap psychique - Poursuivre les réflexions menées actuellement au sein de l'établissement et de la Ligue Havraise afin d'élargir encore le dispositif proposé pour les personnes en situation de handicap psychique
--	---	--	---

	pratiques - La cohérence des moyens humains (composition de l'équipe, qualification, ratio d'encadrement) et matériels avec le décret de 2009 et le projet porté - Une très bonne dynamique projet amorcé au sein de l'établissement qui permet, en continu et en équipe pluridisciplinaire d'adapter l'accompagnement aux besoins - Le recours à des partenaires extérieurs variés (notamment avec le secteur psychiatrique et les partenaires locaux) permettant de compléter utilement l'accompagnement proposé - -		
	<u>Cadre de vie :</u> - Des locaux conformes aux normes de sécurité - Des locaux bien entretenus, spacieux, modernes, conviviaux et clairs - Des locaux intégralement pensés autour du projet d'établissement (multiples salles d'activités) - Des espaces privatifs de qualité et variés (présence de chambre double, d'une chambre médicalisée, etc.) - Des espaces collectifs favorisant la	<u>Cadre de vie :</u>	<u>Cadre de vie :</u> - Poursuivre l'aménagement des espaces extérieurs

Qualité d'accompagnement	socialisation et les échanges - Présence d'un salon des familles - Un circuit du linge conforme aux normes RABC - Des normes HACCP bien respectées par le prestataire - Une commission restauration instaurée ayant permis d'améliorer la qualité des repas		
	<u>Les soins :</u> - La bonne coordination entre les 3 médecins - Les bonnes relations entretenues par l'établissement avec les structures de soins de proximité - L'existence d'un plan de soins formalisé pour chaque résident - Des transmissions infirmières et soignantes réalisées sur le logiciel - La formalisation de plusieurs protocoles de soins - Une attention particulière portée à la délivrance des médicaments - Une conservation sécurisée des traitements - La bonne prise en compte des thématiques de soins spécifiques (douleur, dénutrition, etc.)	<u>Les soins :</u> - Des prescriptions qui ne sont pas systématiquement saisies sur le logiciel, générant un risque dans le circuit de prescription et de délivrance des traitements - Les soins réalisés ne sont pas systématiquement tracés - Un dossier médical morcelé	<u>Les soins :</u> - En lien avec le changement prévu de logiciel, sécuriser davantage les modalités de saisie informatique par les médecins des prescriptions, de leur modification et de leur renouvellement - Finaliser le plan de continuité des activités (PCA) - Prévoir l'informatisation des plans de soins des résidents - Définir les modalités de traçabilité informatique des soins réalisés - Prévoir la constitution des dossiers médicaux des résidents au sein du futur logiciel - Garantir l'unicité des dossiers médicaux et l'uniformité des informations contenues au sein du futur dossier médical informatisé, afin de permettre la continuité et la traçabilité des soins

			- Poursuivre la réalisation de formations internes délivrées par les médecins somaticiens aux équipes de la MAS - Poursuivre la formation des équipes sur l'accompagnement lors des fins de vie - Définir les modalités de recueil des directives anticipées et de l'existence d'une personne de confiance
	<u>L'accompagnement psychologique :</u> - Un suivi psychologique proposé aux résidents - Les accompagnements sont diversifiés pour répondre aux besoins des résidents - Les évaluations permettent de suivre l'évolution des besoins des résidents, à différents moments de l'accompagnement - Une coordination est mise en œuvre avec les différents interlocuteurs, en interne comme en externe, afin d'accompagner de manière transversale chaque résident - Des travaux sont mis en œuvre avec les différents professionnels de l'établissement afin d'améliorer l'accompagnement global des résidents et de soutenir les pratiques professionnelles (ex : travail autour de la sexualité).	<u>L'accompagnement psychologique :</u>	<u>L'accompagnement psychologique :</u>

	<u>L'accompagnement rééducatif</u> - Des partenariats mis en place avec des libéraux (kinésithérapeute, ostéopathe) pour proposer des accompagnements adaptés aux besoins - L'intervention de partenaires Bien-être proposant des massages et temps de relaxation adaptés aux besoins des résidents - Un accompagnement rééducatif structuré et de qualité avec une palette de compétences professionnelles permettant une bonne réponse aux besoins - Une bonne coordination entre les partenaires et l'équipe de la MAS favorisant la continuité des interventions	<u>L'accompagnement rééducatif</u>	<u>L'accompagnement rééducatif</u> - Inviter les rééducateurs lors des réunions de projets personnalisés lorsque cela s'avère pertinent afin de bien croiser les différents volets de l'accompagnement
	<u>L'accompagnement à la vie quotidienne :</u> - Des projets personnalisés élaborés pour les résidents et dont les objectifs servent de base à l'accompagnement proposé - Un travail important est réalisé concernant l'organisation des différentes activités au sein et en dehors de l'établissement - Les différents temps de transmissions mis en œuvre veillent à aborder les	<u>L'accompagnement à la vie quotidienne :</u>	<u>L'accompagnement à la vie quotidienne :</u>

	modalités de l'accompagnement global proposé par la MAS - L'ensemble de l'accompagnement proposé par la MAS est centré autour du respect du rythme des résidents - Une pluridisciplinarité et une motivation des équipes permettant de mettre en place un travail de qualité au plus près des besoins des résidents - Les attentes et besoins du résident sont pris en compte par les professionnels concernant le déroulement de la journée - Les activités proposées aux résidents constituent le cœur de l'accompagnement mis en œuvre par l'établissement - L'accompagnement quotidien est réévalué chaque jour - Une volonté des équipes de proposer un accompagnement personnalisé au quotidien - Les équipes sont bienveillantes et soucieuses du bien être des résidents		
	<u>La vie sociale et culturelle</u> - Une vie sociale et culturelle bien coordonnée par une Equipe éducative en lien avec l'ensemble des équipes de proximité - Un cadre à la fois suffisamment clair, structurant et structuré pour les	<u>La vie sociale et culturelle</u>	<u>La vie sociale et culturelle</u> - Poursuivre des évaluations régulières des projets d'activités - Poursuivre l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur avec davantage de partenariats - Poursuivre la recherche de lieux de

	résidents qui permet également une souplesse dans le dispositif afin de s'adapter aux besoins et profils des résidents accompagnés - Des modalités d'accueil et d'accompagnement largement diversifiées et très adaptées aux spécificités et besoins des personnes en situation de handicap psychique, avec des objectifs à la fois communs et différenciés - Des supports d'activités diversifiés (activités internes / externes, collectives / individuelles, sorties, liens avec des partenaires... - La très grande variété d'activités proposées en interne et en externe durant tous les jours de la semaine en matinée, après-midi et fin de journée - L'investissement des professionnels et la mobilisation des compétences en présence (sport, activités culturelles, ...) - La satisfaction des résidents et des familles sur la diversité des activités - Des activités pensées comme de véritables supports éducatifs (et non seulement occupationnelles) - Une volonté d'adapter l'accompagnement aux évolutions du public (spécificités du public en situation de handicap psychique, vieillissement-dépendance, ...) : adaptation des objectifs éducatifs aux		rupture pour les résidents.
--	--	--	------------------------------------

	besoins de chaque population - Une volonté des équipes de donner du sens et de structurer leur accompagnement (réflexion sur les projets d'unités et sur les ateliers, emplois du temps des usagers...) - Un accompagnement personnalisé au quotidien (selon les capacités, les rythmes, les habitudes...)		
--	---	--	--

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
Continuité, coordination, cohérence des interventions			
Ouverture à et sur l'environnement et	- Une implantation qui favorise les liens avec les différents partenaires de la MAS (soins, vie sociale, vie culturelle, vie quotidienne, ...) - Un établissement ouvert à l'environnement et qui facilite la venue régulière de familles, partenaires, stagiaires, prestataires extérieurs - Un établissement ouvert sur l'environnement, avec des partenariats mis en place avec un certain nombre de	-	- Poursuivre la dynamique d'ouverture sur l'environnement en multipliant les partenariats - Poursuivre la dynamique de formalisation des partenariats afin de garantir la qualité des relations

dynamique partenariale¹¹	structures sanitaires et médico-sociales - Des partenariats nombreux et étendus à l'ensemble des dimensions de l'accompagnement (soins, vie sociale, ...) - De nombreuses sorties organisées vers l'extérieur et le milieu ordinaire - Des partenariats formalisés par des conventions		
Perception de l'établissement	- Des résidents satisfaits de l'accompagnement proposé au sein de la structure, notamment des activités et de l'ambiance - Des familles particulièrement satisfaites de la prise en charge proposée à la MAS et des pratiques professionnelles - Des partenaires qui soulignent la qualité des pratiques professionnelles et qui sont satisfaits de leur coopération avec la MAS, grâce à une bonne communication avec la structure		- Poursuivre les échanges réguliers avec les usagers, familles et partenaires afin de creuser les éventuelles sources de questionnement ou d'insatisfaction (fonctionnement du CVS, échanges avec les médecins, ...) - Formaliser les partenariats et évaluer régulièrement les partenariats

5.5. La personnalisation de l'accompagnement

¹¹ Cf. RBPP de l'ANESM : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Processus d'admission et d'accueil	- Un processus d'admission structuré et organisé - Une démarche pluridisciplinaire et progressive - Une démarche formalisée et connue des professionnels - Des décisions d'admission prises dans le cadre d'une commission d'admission avec la recherche du consentement de l'utilisateur, conformément aux RBPP de l'ANESM - Des critères d'admission clairement identifiés et respectés - Des dispositifs d'accueil temporaire/accueil de jour permettent de faciliter le processus d'admission - Des entrées organisées et planifiées permettant une bonne prise de repères pour le résident - La désignation de cinq référents		
Elaboration, rédaction et actualisation du projet personnalisé	- Une démarche effective d'élaboration des projets personnalisés - La bonne appropriation de la démarche par les équipes de la MAS - Les modalités d'élaboration des projets encadrées par une procédure - Une co-construction du projet avec le résident ou son représentant légal	-	- Finaliser les derniers projets personnalisés en cours d'élaboration - Renforcer les échanges entre professionnels (AS/AMP, IDE et éducateurs) en amont de l'écriture du PP afin de favoriser la concertation en équipe - Renforcer la connaissance des différents projets personnalisés

	- Une planification définie et régulière des projets à élaborer - La pertinence du contenu des projets personnalisés - La bonne diffusion des projets personnalisés - Des modalités d'évaluation définies - Une évaluation effective et régulière des objectifs contenus au sein des projets		élaborés par l'ensemble des professionnels de l'établissement - Renforcer le suivi des objectifs au quotidien afin que l'évaluation ne soit pas uniquement réalisée lors de la réactualisation du projet personnalisé
Fin d'accompagnement	- Un travail mené avec certains résidents concernant des projets futurs d'orientation vers d'autres dispositifs (ESAT, SAVS) - Des réflexions menées afin d'anticiper et de préparer au mieux les situations de fin de vie - La formalisation d'une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'HAD - Des formations sur la gestion des fins de vie prévues pour les équipes - Une procédure formalisée en cas de décès	- L'absence de procédure formalisée en cas de réorientation	- Formaliser une procédure en cas de réorientation - Poursuivre les formations relatives à la gestion des fins de vie à destination des équipes - Mener une réflexion sur les modalités de recueil des différentes informations permettant d'anticiper les décès (ex : définir des modalités adaptées de recueil des directives anticipées, recueil des souhaits des familles, prise de connaissance des contrats obsèques, etc.).

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Dispositifs d'expression et de consultation des usagers			
Effectivité des instances participatives	- L'existence de plusieurs dispositifs favorisant l'expression et la participation des usagers : - Un Conseil de la Vie Sociale - Une enquête de satisfaction - L'avis recueilli dans les projets personnalisés - Les commissions « menus » - Les groupes de parole		
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	- La prise en compte effective de l'avis des résidents pour améliorer l'accompagnement (prise en compte des demandes faites en CVS pour adapter les repas du soir, organiser des événements festifs spécifiques, organiser des activités au rythme moins soutenu pour répondre à tous les besoins (Cocooling))		
Recueil et traitement des plaintes et réclamations	- Un recueil effectif par le biais des dispositifs favorisant l'expression et la participation des usagers (CVS, enquête, commissions menus, groupes de parole, ...) - L'intégration des demandes dans les plans d'actions de l'établissement afin		

	d'en assurer le suivi		
--	-----------------------	--	--

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
Respect de la dignité, de l'intimité et des informations relatives à l'utilisateur			
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	- Des outils formalisés, diffusés et remis dans le cadre de la procédure d'admission		- Afficher le règlement de fonctionnement au sein de la MAS
Actions entreprises pour assurer le respect de la vie privée, la dignité et la liberté d'aller et venir	- La prise en compte des propositions d'amélioration des usagers - Un droit à l'information effectif - Des propos et postures des professionnels bienveillantes et respectueuses de la dignité des personnes accueillies - De nombreuses réflexions concernant le droit à la vie affective et sexuelle des résidents		- Poursuivre les réflexions sur la gestion du paradoxe entre droit à la protection et liberté d'aller et venir, notamment pour les résidents ayant connu un degré de liberté plus important avant leur entrée au sein de l'établissement - Poursuivre les réflexions sur le bon équilibre entre autonomie et respect des horaires, et entre autonomie et protection

Prévention et gestion des risques			
Sécurité des lieux et des personnes	- Des éléments en faveur du droit à la protection des personnes : cadre contenant, prise en compte de la vulnérabilité des usagers dans l'accompagnement, absence de contention, ... - Un avis favorable a été rendu par la commission de sécurité en date du 5 juin 2014 - Des documents obligatoires à jour et disponibles (registre de sécurité, contrôles, formations, carnet sanitaire, ...) - L'organisation d'exercices incendie	- Des dispositifs de prévention des risques à renforcer sur certains points (exercices incendie, compléments carnet sanitaire, ...)	- Prévoir la réalisation de deux exercices d'évacuation incendie par an - Renforcer la réalisation des contrôles et prélèvements d'eau chaude pour compléter le carnet sanitaire de la structure
Politique globale de prévention et de gestion des risques	- Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par la Direction et la Direction Adjointe - Des normes RABC et HACCP effectives sur l'établissement et appropriées par les professionnels - Un circuit du médicament globalement sécurisé - Une astreinte de l'équipe de direction assurée en permanence - L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) - Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace avec une présence IDE : consignes et	- Une saisie informatique des ordonnances pouvant être réalisée par les IDE - L'absence de Plan Bleu et PCA	- S'assurer de la saisie de l'ensemble des prescriptions par les médecins dans le logiciel (notamment en vue de l'installation d'un nouveau logiciel) afin de sécuriser davantage le circuit du médicament et d'assurer l'actualisation du DLU - Finaliser le Plan Bleu et le PCA

	procédures formalisées, professionnels formés - Une gestion formalisée et effective des remplacements - L'existence d'un DLU - L'existence d'un DARI et d'une Procédure Canicule - des locaux DASRI sécurisés - Des procédures de signalement des événements indésirables mises en place sur l'établissement		
Prévention des risques professionnels et santé au travail	- La prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail placés comme orientations clés du Projet stratégique associatif « Horizon 2020 » - Un dispositif de prévention des risques psycho-sociaux mis en place : CHSCT au niveau associatif, DUERP, commissions Prapiste, Commission sécurité au travail, disponibilité et communication de la direction - Des mesures pour prévenir l'usure professionnelle : rotation des équipes, mobilité interne facilitée par des stages d'immersion organisés au niveau associatif, dispositif dynamique de formation, - Des entretiens professionnels organisés tous les ans - Des analyses de pratiques organisées régulièrement pour les équipes		- Elaborer les fiches de pénibilité

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	- Une culture de la bientraitance au cœur de l'établissement - Promotion de la bientraitance au cœur du projet (projet d'établissement, ...) et à travers des sensibilisations et formations bientraitance à destination des professionnels de l'établissement - Une organisation permettant l'échange sur les pratiques (nombreux temps de réunion et échanges avec l'ensemble des équipes) - L'organisation d'analyses de la pratique avec un intervenant extérieur	- Le numéro national de lutte contre la maltraitance non affiché ni communiqué - L'absence de référence aux dispositifs de prévention de la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2 - L'absence d'une instance de type Commission bientraitance et/ou référents bientraitance pluridisciplinaires	- Afficher et communiquer sur le numéro national 3977 - Intégrer des références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2 - Réfléchir à la pertinence d'une organisation spécifique à mettre en place sur l'établissement (Comité, système de référents, ...) pour promouvoir la bientraitance ou prévenir les risques de maltraitance
--	--	--	--

5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

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

Le bilan de l'évaluation est très positif : la MAS Les Constellations propose un accompagnement de grande qualité aux personnes en situation de handicap psychique qu'elle accueille et propose un haut niveau de personnalisation de la prise en charge, formalisée dans les projets personnalisés et mise en œuvre au quotidien.

La pertinence du dispositif mis en place est soulignée par la mission d'évaluation : il permet de proposer différents types d'accueil (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour) afin de répondre aux différents besoins du territoire, de permettre une prise de repères progressive des personnes accueillies et de favoriser la continuité des parcours des résidents.

L'accompagnement mis en place par les équipes permet à la fois **de proposer un cadre structurant pour les personnes tout en faisant preuve d'une souplesse afin de toujours s'ajuster aux besoins des usagers** et aux spécificités des troubles psychiques.

Les locaux de la MAS ainsi que l'organisation mise en place sont véritablement au service du Projet d'Etablissement et des projets des résidents.

La Maison d'Accueil a en effet mis en place une organisation par unités de vie, qui permet de s'ajuster au plus près des besoins des personnes. L'articulation des différents volets de l'accompagnement (soins, quotidien, vie sociale, activités) permet une réponse adaptée à chacun dans un véritable lieu de vie. La vie sociale est portée par l'ensemble des professionnels de la MAS ce qui est un véritable point fort de l'établissement.

L'établissement a notamment développé une expertise certaine et reconnue par les partenaires du territoire dans la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique. Le dispositif créé une véritable alternative à l'hospitalisation. **Les équipes, pluridisciplinaires et régulièrement formées, sont très engagées, respectueuses des usagers, et soucieuses de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli.**

L'établissement est très ouvert à et sur l'extérieur. Les activités proposées sont très nombreuses, variées (vie sociale, culturelle, sorties...) et fréquemment réalisées en partenariat avec des institutions ou associations extérieures, donc certaines du milieu ordinaire. Les efforts déployés par l'équipe pour promouvoir l'inclusion sociale des résidents sont à souligner.

Cette dynamique positive est soutenue par l'ensemble des professionnels par un encadrement disponible et impliqué. La qualité des pratiques professionnelles est soulignée par les familles et les partenaires comme un point fort de la structure.

Les enjeux d'amélioration repérés actuellement pour la MAS concernent la poursuite des formations des professionnels sur les pathologies et le vieillissement des résidents et la poursuite des réflexions engagées pour proposer un accompagnement adapté aux besoins du territoire et des personnes en situation de handicap psychique. La Démarche d'amélioration continue déployée sur l'établissement contribuera à adapter régulièrement les modalités d'accompagnements proposées.

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 de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de vie, activités, temps de transmissions, dîner
Modalités d'implication des parties prenantes	▪ Entretien avec la Direction ▪ 17 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretien sur site avec un représentant des familles ▪ 3 entretiens téléphoniques avec les familles et représentants légaux ▪ Entretien sur site avec 4 représentants des usagers ▪ 4 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	▪ Nombre de mois : 6 mois ▪ Janvier 2017 : validation du projet évaluatif ▪ 8 et 9 février 2017 : évaluation sur site ▪ 16 mars 2017 : remise du pré-rapport ▪ 12 mai 2017 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	8,5 jours-homme
Date de début et de fin de mission	Décembre 2016 (envoi du projet évaluatif) – Mai 2017 (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
La mission d'évaluation menée par le Cabinet MAZARS a été conduite de façon opérationnelle et très professionnelle. Tous les métiers exercés au sein de la MAS « Les Constellations », ont été interviewés au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Les professionnels, ont été questionnés sur leur poste de travail, dans le respect de la continuité de service. La planification des temps de rencontre a été rigoureuse et tenue dans les délais. A la fin des deux jours d'évaluation, les deux consultants ont fait un retour à chaud de leur évaluation, en mettant en avant les points forts des pratiques professionnelles et ont proposé des préconisations d'amélioration. Ce retour a été très apprécié des équipes de la MAS « Les Constellations ».	Toute l'équipe de la MAS les Constellations est très satisfaite de cette évaluation. Elle met en exergue le travail accompli par tous les professionnels depuis l'ouverture de la structure (2012), qui sans cesse, se réinterrogent sur leurs pratiques en fonction des besoins des personnes accueillies et de leurs familles.

6. Annexes

6.1. Contrat

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICE

Entre les soussignés :

La société **EQR Conseil – MAZARS**, SAS au capital de 7 500 euros immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 510 818 065, sise au 61 rue Henri Regnault à Courbevoie (92400) et représentée en la personne de Monsieur William BOTTARO en sa qualité d'Associé, Ci-après dénommé « le prestataire »

D'une part,

ET

Ligue Havraise
75-79 rue Emile Zola
BP 1202
76064 LE HAVRE CEDEX
Représentée par Monsieur Michel CAPPE, Directeur Général
ci-après dénommée « le commanditaire »

D'autre part,

IL A ETE PREALABLEMENT EXPOSE CE QUI SUIIT :

Le présent contrat de prestation a pour but de définir les relations entre les deux parties dans le cadre de la prestation définie ci-après.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIIT :

ARTICLE 1 – OBJET

Les prestations concernées ont pour objet la **réalisation de l'évaluation externe de la Maison d'Accueil Spécialisée les Constellations** selon les conditions de notre proposition de juin 2016.

SAS EQR CONSEIL – MAZARS
61 rue Henri Regnault – 92400 COURBEVOIE



Tél. : 01 49 97 34 50 - Courriel : eqr@mazars.fr - www.eqrconseil.com
SAS EQR CONSEIL au capital de 7 500 € - RCS Paris 510 818 065 - SIRET 510 818 065 00029 - NAF 7022Z

ARTICLE 2 - PRIX

Les prestations définies à l'article 1 ci-dessus seront facturées T.T.C. :

	Montant € H.T.	Montant € T.T.C.
50% à la signature du contrat	3 600,00	4 320,00
50% à la fin de la mission	3 600,00	4 320,00
TOTAL	7 200,00	8 640,00

*A la remise
du rapport
final*

Le coût de chaque journée s'élève à 900,00 € HT sur site et 800,00 € HT hors site, pour un total de 8,5 journées.

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.

ARTICLE 3 – PLANNING

La mission sera réalisée de janvier à mai 2017.

ARTICLE 4 – EXECUTION DE LA PRESTATION

Le prestataire s'engage à mener à bien la mission précisée à l'article 1 telle que définie dans la proposition et dans les attendus de bonnes pratiques concernant celle-ci.

La mission devra se dérouler dans le strict respect des principes déontologiques tels que la confidentialité ou le respect des personnes et des lieux.

Le service produira tous les éléments nécessaires à la bonne conduite de la mission.

ARTICLE 5 – OBLIGATION DE CONFIDENTIALITE

EQR Conseil s'engage à garder strictement confidentiels et à ne pas divulguer ou laisser divulguer ou communiquer à quiconque, par quelque moyen que ce soit, les documents, données, informations reçues, outils transmis par le commanditaire, ou dont il aurait eu connaissance à l'occasion de ses contacts avec la structure. A échéance de la mission, le prestataire restituera automatiquement et immédiatement l'ensemble des documents qui lui aura été confié dans le cadre du contrat. Le prestataire ne peut en conserver une copie, sauf autorisation expresse du commanditaire.

ARTICLE 7 – RESPONSABILITES

Le commanditaire convient que, quels que soient les fondements de sa réclamation, et la procédure suivie pour la mettre en œuvre, la responsabilité éventuelle du prestataire à raison de l'exécution des obligations prévues au présent contrat, est limitée à un montant n'excédant pas la somme totale effectivement payée par le commanditaire pour les services ou tâches fournis par le prestataire.

SAS EQR CONSEIL – MAZARS
61 rue Henri Reznault – 92400 COURBEVOIE



MAZARS

Tél. : 01 49 97 34 50 - Courriel : eqr@mazars.fr - www.eqrconseil.com
SAS EQR CONSEIL au capital de 7 500 € - RCS Paris 510 818 065 - SIRET 510 818 065 00029 - NAF 7022Z

ARTICLE 8 – RESILIATION

En cas d'inexécution de tout ou partie des engagements de la Société EQR Conseil, le marché pourra être résilié de plein droit et sans que les prestataires puissent prétendre à des dommages et intérêts. Les sommes versées seront alors remboursables.

Cette résiliation interviendra 15 jours après une mise en demeure par LRAR restée infructueuse.

ARTICLE 9 – SOUS TRAITANCE

Le présent contrat ne pourra faire l'objet d'aucune sous traitance

ARTICLE 10 – REFERENCEMENT

Le commanditaire accepte que le prestataire puisse faire figurer parmi ses références les travaux accomplis dans le cadre du présent contrat

ARTICLE 11 – JURIDICTION COMPETENTE

Toutes les contestations susceptibles d'intervenir entre le prestataire et le commanditaire sur l'interprétation et l'exécution du présent contrat seront à défaut de solution amiable, portées devant le Tribunal de Commerce de Paris et ce même en cas d'appel en garantie, de demande incidente ou de pluralité de défendeur.

Toutes les pages du présent contrat doivent être paraphés par les deux parties.

Fait en deux exemplaires originaux, le 2 février 2017.

EQR Conseil - MAZARS

William BOTTARO



Ligue Havraise

Michel CAPPE


21/02/2017

6.2. Composition des équipes



ELODIE ALBRECHT | MANAGER



Docteure en Anthropologie sociale et ancienne Directrice Qualité de plusieurs établissements et services médico sociaux, Elodie Albrecht intervient en tant que Consultante Senior auprès d'EQR depuis début 2014.

Dotée d'une solide expérience auprès des acteurs du secteur, elle a travaillé à la construction d'outils adaptés aux besoins et au quotidien des structures. Elle maîtrise l'accompagnement des établissements dans le pilotage de projets d'établissements et d'évaluations internes et externes, dans la mise en œuvre de Démarches Qualité adaptées ainsi que dans la conduite de projets. Convaincue de la pertinence des outils des sciences sociales pour mieux comprendre les enjeux et les interactions opérant au sein des organisations et des collectivités, elle s'applique à les mettre en œuvre durant ses missions.

Ayant réalisé plusieurs accompagnements stratégiques d'établissements et de nombreuses études et évaluations, Elodie dispose d'une expertise opérationnelle approfondie du secteur et de ses enjeux.

Expériences significatives (1/2)

Accompagnement stratégique, gestion et pilotage de projet

- Centre Gosselin – Fondation Bellan – Accompagnement à l'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement
- CDEF Loire-Atlantique - Accompagnement à l'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement et des projets de service
- IME et SESSAD L'Estuaire - Autisme – Accompagnement à l'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement
- ADAPEI 60 – Accompagnement de l'association à l'élaboration du nouveau Projet Associatif et de l'ensemble des projets d'établissement du secteur Assurance Maladie (IME, MAS, 5 SESSAD et SAMSAH)
- EHPAD – Résidence La Chesnaye – Elaboration du Projet d'Etablissement
- AVVEJ – CHRS Stuart Mill – Accompagnement à l'élaboration du Projet d'Etablissement
- Association Les Nids – MECS Les Sablons - Elaboration du projet d'établissement
- Les Parentèles – EHPAD (La Ville du Bois, Paris, Reims) : Elaboration des Projets d'Etablissement, mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils
- AFEIPH 08 – Elaboration des Projets d'Etablissement, mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils
- ANAP – Formation en région à la phase de pré-généralisation d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social
- ADAPT Haute Normandie - Accompagnement de l'association à la mise en place de la démarche qualité
- EPSM IDAC (62) - MAS de Camiers : audit organisationnel
- APF FAM Tempo : Audit Bien-être
- ADESSA Domicile : Présentation des enjeux de la loi ASV sur la démarche Qualité des UNA (Rhône et Alsace) : Accompagnement au déploiement du Chantier de modernisation Coordination Aide et Soins

Etudes, évaluation de politiques publiques

- Association ASMAE – Sœur Emmanuelle (ONG Solidarité Internationale) – Etude de positionnement stratégique sur les besoins de l'enfant défavorisé dans le 93 et le 75
- 1- ARS Martinique – Etude pour la faisabilité du projet EHPAD à Domicile
- ADEME – Etude bibliographique et sociologique des EHPAD
- Préfecture Champagne-Ardenne - Evaluation de la politique de développement des structures d'exercice coordonné des professionnels de santé libéraux en Champagne-Ardenne

Chef de projet

Profil

Carrière

- Consultante Senior EQR
- Consultante indépendante
- Evaluation interne des ESMS
- Directrice Qualité Groupe Les Parentèles
- Responsable Qualité AFEIPH

Formation

- Doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie à l'EHESS, Paris
- Mastère Spécialisé en Management de la Qualité à l'ENSAM, Paris
- Thèse professionnelle : Mise en place d'une démarche Qualité adaptée au secteur médico-social
- DEA Anthropologie sociale et culturelle à l'EHESS, Paris



ELODIE ALBRECHT | MANAGER

Chef de projet

Expériences significatives (2/2)

Evaluations externes

- Ligue Havraise : Evaluation externe de la MAS pour personnes avec troubles psychiques
- Maison de l'Enfance et de la Famille – Haute-Saône : Evaluation externe
- ASFA : Evaluation externe du CEM, CAMSP, EHPAD
- CH 4 Villes : Evaluation externe du CSAPA
- SDH : MAS
- Fondation Léopold Bellan : FAM de Monchy-Saint-Eloi
- Association La Nouvelle Etoile : CHRS de Saint-Rémy les Chevreuse
- Fédération APC + en Belgique : 15 Foyers du Carrosse (FV, FAM, MAS)
- Fondation Père Favron : CHRS MSFD, Relais Familiaux (MSFD et Marie Poittevin), SAFT, MAS, FAM, ESAT, CAMSP, SESSAD
- Fondation Les Apprentis d'Auteuil : Foyer de Jeunes travailleurs, MECS L'Espérance
- Association Monsieur Vincent : EHPAD Saint Vincent et Saint Maurice (Metz), EHPAD La Chesnaye (Athée-sur-Cher), EHPAD Sainte-Hélène (Epinay-sur-Sénart), EHPAD Accueil Saint-François (Fontenay-aux-Bois), SSIAD de Fontenay-aux-Bois, EHPAD Sainte-Croix (Bouzonville), EHPA Frères de la Salle (Metz)
- Association Partage Accueil : EHPAD « Les Pyrénées » (Pau)
- AGAPEI : Unité de gestion de Florentin (IME Alain de Chanterac, SESSAD Le Loirat, FOT Henri Enguillabert)
- AGAPEI : ESAT « La Caillaouère » (Auch)
- ADAPEI 56 : Foyer de Vie/Foyer d'Hébergement La Belle Vie de Pontivy, IME de Plumelec, IME de Kerdiret
- Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité : EHPAD « Clairefontaine » (Monteil au Vicomte), EHPAD « Hôel » (Saint-Nazaire), EHPAD Les Logis d'Aure (Guchen), EHPAD La Maison de Goûts (Goûts-Rossignol), EHPAD Beau Séjour (Martinique), EHPAD Les Flamboyants (Guadeloupe), EHPAD Le Mas Faure (Ahun), EHPAD de Naves

Evaluations internes

- CCAS Yvetot - Accompagnement à l'évaluation interne de l'IME, ESAT, FH, SSIAD, AJ, SAMSAH
- Association Hévéa : Accompagnement à la réalisation du référentiel de l'évaluation interne et des évaluations internes des structures
- AVVEJ – ITEP Le Logis - Accompagnement de l'établissement à l'évaluation interne
- ADAPEI 22 : Structuration de la démarche d'Évaluation Interne
- SAAD – Entraide Sociale et Familiale – Guadeloupe – Accompagnement à l'évaluation interne
- SSIAD Objectif Santé 78
- Les Parentèles : EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (La Ville du Bois)
- AFEIPH 08 : Siège Social de l'association, ESAT (Fumay), ESAT (Revin), Foyer d'hébergement Les Coccinelles (Fumay), Foyer d'hébergement du Baly (Fumay), IMPro (Revin), SAVS-SAMSAH (Fumay)
- ADESSA Domicile : SAAD – Formation Evaluation Interne



VICTOR NOBLET, CONSULTANT



Diplômé d'un Master 2 en Droit sanitaire et social et disposant de cinq années d'expérience dans le secteur médico-social, Victor NOBLET a principalement développé son expertise en matière d'organisation du secteur médico-social.
Après une expérience au sein d'un organisme gestionnaire d'établissements pour personnes âgées et handicapées lors de laquelle il a principalement travaillé sur la structure organisationnelle des établissements, il intervient régulièrement sur des missions d'audit d'établissements et services, d'accompagnement à la démarche qualité et d'évaluation de politiques publiques.
Complété d'une quarantaine de missions d'évaluation externe, son parcours lui a permis de développer une bonne connaissance des problématiques et des enjeux actuels des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Expériences significatives (1/2)

Audit, organisation et performance

- Association Tutélaire des Majeurs Protégés de l'Eure (2016) – Audit organisationnel de l'association
- EHPAD Grenelle - Association Chemins d'Espérance (2016) – Audit organisationnel et managérial
- MAS Monique Méze - Groupe SOS Solidarités (2016) – Mission d'évaluation et de diagnostic de l'organisation, des conditions et de la charge de travail
- ATIH (2017) – Etude nationale de coûts (ENC) pour les EHPAD

Accompagnement stratégique

- GCS SESAN (Service Numérique de Santé) (2015-2016) – Assistance à maîtrise d'ouvrage pour une étude de besoin de système d'information du secteur médico-social sur les parcours personnes handicapées et personnes âgées
- UNA / CNSA (2015-2017) – Programme de modernisation de l'UNA 2015-2018 : accompagnement des structures d'aide à domicile des régions Champagne-Ardenne et Ile-de-France dans le renforcement de la coordination de l'aide et du soin
- Association Tutélaire d'Eure-et-Loir (2016) – Accompagnement à l'élaboration du projet de service
- IME L'Estuaire (2016) – Accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement
- CIAS des Coteaux Sézannais / SSIAD du Sud-Ouest Marnais (2016) – Accompagnement à la mise en place d'un SPASAD
- ARS Grand-Est (2017) – Production d'un guide méthodologique visant à structurer et harmoniser les processus et l'outillage relatifs au CPOM
- ASSIM (2017) – Accompagnement à la réactualisation du projet de service

Rôle dans la mission

Profil

Carrière

- Depuis 2015 : Consultant chez EQR-Mazars
- 2013-2015 : Consultant chez Armonis
- 2011-2013 : Chargé de mission chez ADEF Résidences, gestionnaire d'établissements pour personnes âgées et handicapées
- 2010-2011 : Juriste chez Espace Tutelles (service MJPM)

Formation

- Master 2 Droit sanitaire et social, Université Paris II Panthéon-Assas
- Master 1 Droit public, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne



VICTOR NOBLET, CONSULTANT

Rôle dans la mission

Expériences significatives (2/2)

Evaluation externe

- Centre Hospitalier de Lannemezan : EHPAD, SSIAD
- Centre Hospitalier de Chagny : EHPAD, SSIAD
- APAJH 94 : MAS Robert Seguy, MAS Bonneuil/Seine, IME et SESSAD Robert Desnos
- Association Monsieur Vincent : SSIAD Sainte-Anne d'Auray
- Association Chemins d'Espérance : EHPAD La Providence, Foyer logement Eugénie Milleret
- Fondation Partage et Vie : EHPAD l'Abbaye, EHPAD Galathée, EHPAD Jacques Bonvoisin, EHPAD Les Mazets de l'Argillier, EHPAD Novel
- Centre Hospitalier de Soissons : EHPAD, CAMSP
- Centre Hospitalier de Nérac : SSIAD
- UDAF 02 : MJPM
- Centre Hospitalier des Quatre Villes : EHPAD Jean Rostand, EHPAD Lelégard
- Solidarité Doubs Handicap : SAVS, SHMO, MAS, Foyer de vie Novillars, Foyer de vie Etalans
- Association Saint-François d'Assise : CEM, CAMSP, EHPAD
- CCAS de Choisy-le-Roi : SAAD
- CCAS des Abymes : EHPAD, SSIAD
- Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours : CSAPA
- Département de la Haute-Saône : Maison de l'Enfance et de la Famille
- Fondation Léopold Bellan : Jardin d'enfants spécialisé
- Fondation Hospitalière Sainte-Marie : MAS, FAM, CAJM
- Ligue Havraise pour l'aide aux personnes handicapées : MAS
- ANAT Saint-Jean de Malte : MJPM
- Groupe SOS Solidarités : SAMSAH

Evaluation interne et qualité

- Association Tutélaire d'Eure-et-Loir (2016) – Accompagnement à la démarche d'évaluation interne
- ASSIM (2016) – Accompagnement à la démarche d'évaluation interne
- Association Habiter Et Vivre Ensemble Autrement (HEVEA) (2016) – Elaboration du référentiel qualité et accompagnement à l'évaluation interne de 4 structures
- Association Croix Marine Auvergne-Rhône Alpes (2016) – Accompagnement à la démarche d'évaluation interne de deux services MJPM
- CCAS d'Yvetot (2017) – Accompagnement à l'évaluation interne d'un ESAT et d'un foyer d'hébergement

Etude et évaluation de politiques publiques

- Conseil départemental des Landes (2015) – Réalisation d'un diagnostic de l'offre de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de soixante ans dans le cadre de la préfiguration de la conférence des financeurs
- Direction générale du développement territorial du Groupe La Poste (2015) – Etude sur les aides allouées par la puissance publique et constitution d'une base de données
- Mutualité Sociale Agricole de la Gironde (2015-2016) – Evaluation qualitative des prestations en matière de prévention de la perte d'autonomie et de maintien à domicile
- Conseil départemental du Lot (2016) – Diagnostic territorial dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie des personnes de soixante ans et plus

2

6.3. Calendrier de réalisation





EQR Conseil - Mazars

61, rue Henri Regnault - 92400 Courbevoie