

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

MAS - ACCUEIL DE JOUR LE CLUB

OCTOBRE 2016

LIGUE
HAVRAISE
POUR
L'AIDE
AUX
PERSONNES
HANDICAPÉES

SOMMAIRE

1.	PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS	3
1.1	Cadre réglementaire	3
1.1.1.	Contenu de l'autorisation	3
1.1.2.	L'organisme gestionnaire	3
1.1.3.	Présentation de l'établissement.....	4
1.2	Caractérisation de la population accompagnée	5
1.2.1.	Nombre de personnes accueillies.....	5
1.2.2.	Les pathologies des personnes accueillies	5
1.2.3.	Répartition par âge et par ancienneté	5
1.2.4.	Répartition des sexes.....	6
1.2.5.	Nombre de demandes d'admission reçues en 2015	6
1.3	Spécifications des objectifs de l'accompagnement	7
2.	PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE.....	9
2.1	Protocole d'évaluation.....	9
2.2	Les modalités de l'implication des différents acteurs	10
2.2.1	Mise en place de comités de pilotage	10
2.2.2	Modalités d'association des personnes accueillies et des familles aux différentes étapes .10	
2.2.3	Modalités d'association des professionnels.....	10
2.3	Modalités de la remontée des informations	11
2.3.1	Principe de construction du référentiel d'évaluation	11
2.3.2	Structure du référentiel d'auto-évaluation:.....	11
2.3.3	Les principaux domaines évalués et les références	11
2.3.4	Le déroulement des sessions d'évaluation.....	13
3.	PRESENTATION DES RESULTATS	13
3.1	Les principaux constats : résultats et analyse.....	13
3.1.1	L'Accueil.....	13
3.1.2	Le respect des droits de la personne accueillie	15
3.1.3	L'accompagnement de la personne accueillie	19
3.1.4	Les soins	26
3.1.5	Le cadre de vie.....	30
3.1.6	La prévention et la gestion des risques.....	34
3.1.7	L'établissement s'inscrit dans les réseaux de son territoire	36
3.1.8	Le management.....	39
3.1.9	Les outils de la loi du 02 janvier 2002.....	41
4.	SYNTHESE.....	42

5. PLAN D' ACTIONS.....	45
6. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX.....	59
7. PLAN D' ACTIONS DARI	82
8. CONCLUSION	82

1. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS

1.1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1.1. Contenu de l'autorisation

Ouvert en 1992 par la Ligue Havraise et cofinancé par les familles, l'Accueil de Jour Le Club reçoit son agrément en 2005 pour 10 places.

❖ Nos principales références législatives et réglementaires :

Notre projet de MAS s'inscrit dans un contexte marqué par la mise en application de plusieurs textes législatifs :

- La loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale »
- La loi N°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »
- La loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 « dite HPST »

❖ Nos références spécifiques

Le fonctionnement de la Maison d'Accueil Spécialisée est régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

« Les maisons d'accueil spécialisées reçoivent.....des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicapsrendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. Elles doivent assurer de manière permanente, l'hébergement ; les soins médicaux et paramédicaux ; les aides à la vie courante, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes »¹

1.1.2. L'organisme gestionnaire

L'Association « La Ligue Havraise pour l'aide aux personnes handicapées », dont le siège administratif est situé au HAVRE a été créée en 1958 et est reconnue d'utilité publique. Elle gère 23 établissements et services nécessaires à l'accueil et l'épanouissement des personnes avec handicap mental, polyhandicap, autisme, et psychique. Elle est organisée autour de 3 pôles : enfants (224 places), adultes (385 places), travail (295 places et 1600 suivis).

A ce jour, l'Association « La Ligue Havraise » accompagne dans leur parcours de vie près de 900 personnes en situation de handicap, et en suit 1600 au travers de son Cap Emploi. Elle emploie plus de 500 professionnels dans l'agglomération Havraise.

¹ CASF Articles R.344-1, R.344-2, L.344-1

La Ligue Havraise, Association de parents, œuvre selon trois grands principes :

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

Elle affirme ses valeurs dans son projet associatif :

- L'autonomie par l'éducation, le travail, les loisirs et l'accès au logement
- Le respect de la dignité de chacun
- Un accompagnement et une écoute tout au long de la vie.

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

Les professionnels sont au cœur de ce projet stratégique « Horizon 2020 » qui vise à leur offrir des conditions optimales d'exercice, à davantage les former sur les évolutions de leurs métiers et les publics accueillis, ainsi que reconnaître leur savoir-faire pour toujours améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par les différents établissements et services.

1.1.3. Présentation de l'établissement

L'Accueil de Jour se situe dans un bâtiment indépendant, à l'entrée de la Maison d'Accueil Spécialisée, au sein d'un parc boisé de 17 hectares, sur la commune associée de Rouelles.

Le Club fonctionne 4 jours par semaine de 9h à 16h, le mercredi de 9h à 14h et 225 jours par an.

D'une capacité de dix places, la structure accueille treize adultes polyhandicapés (9 femmes et 4 hommes), de plus de 20 ans, ayant des atteintes cérébrales graves et présentant peu de troubles du comportement.

Leur degré de dépendance implique une aide et un accompagnement pour tous les actes de la vie quotidienne, ainsi que des installations spécifiques.

L'accueil proposé est personnalisé, modulable et à temps partiel. Il est déterminé conjointement avec la famille et varie entre 2 et 5 jours par semaine.

L'admission se fait sur notification de la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, avec une orientation « Maison d'Accueil Spécialisée ».

Un contexte de changement :

Depuis sa création à l'initiative de parents motivés et militants, l'accueil de jour a toujours mis en avant son dynamisme pour l'accueil d'adultes en situation de polyhandicap et son souci d'adaptation à un environnement de plus en plus contraint.

Une instabilité de direction en 2014 (départ en retraite de la directrice début 2014, un intérim de 9 mois puis l'arrivée d'une nouvelle directrice en fin d'année) a impacté les conditions de travail des salariés, ainsi que le suivi des plans d'actions du Projet d'Etablissement, les investissements et la maintenance du matériel.

Les années 2015 et 2016 ont été marquées par l'engagement de la direction dans l'ouverture de l'accueil de jour sur l'internat avec l'initiation de transversalité des activités, des formations et des réflexions sur tous les thèmes abordés concernant l'accompagnement des résidents et des usagers du Club. L'accueil de jour a été impacté par le nouvel environnement financier de la Maison d'Accueil contraint par un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

(CREF) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur 2015-2018. En effet, des dépenses communes ont été ventilées entre les deux structures, avec des clés de répartition.

Le management de l'équipe est assuré par un binôme « chef de service / cadre technique » depuis janvier 2015 avec une participation active des professionnels lors de la réunion hebdomadaire, durant laquelle les points forts sont confortés et les points d'amélioration abordés dans un souci d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

1.2 CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE

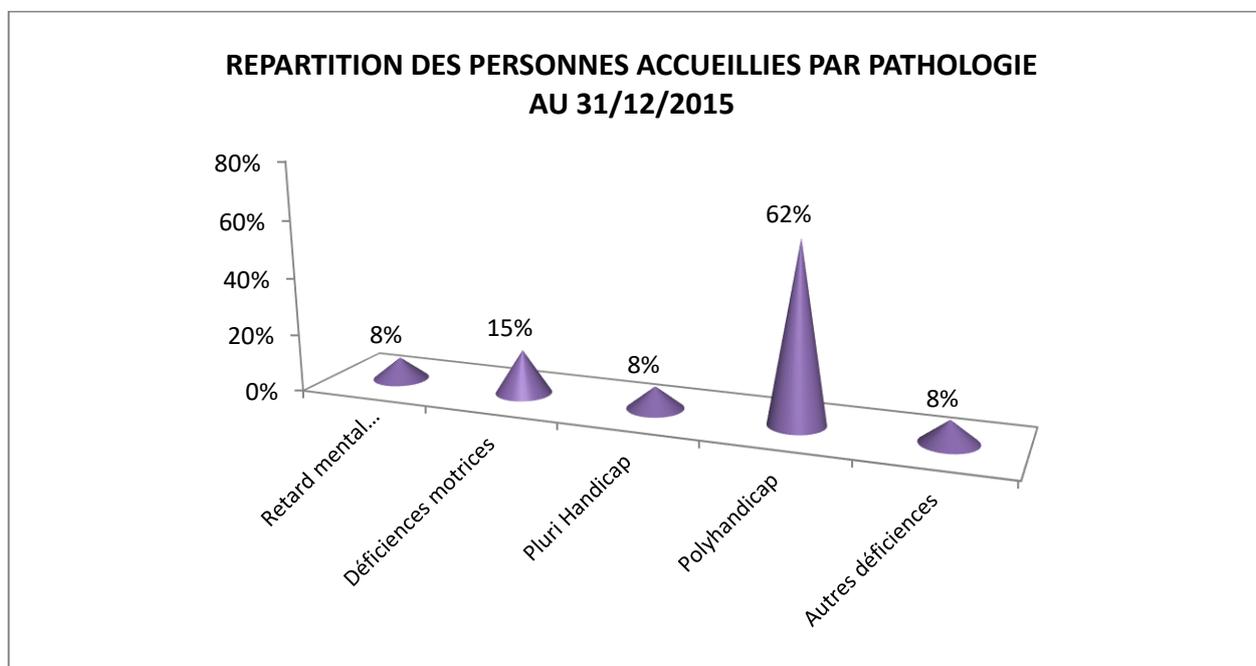
1.2.1. Nombre de personnes accueillies

Au 31 décembre 2015, 13 personnes sont accueillies à l'accueil de jour Le Club, grâce aux temps partiels.

Deux personnes bénéficient d'accueils temporaires programmés sur l'année à la Maison d'Accueil Spécialisée afin d'offrir un séjour de répit pour la famille.

Suite à un signalement d'une situation complexe au Procureur de la République, une jeune adulte a été accueillie durant plusieurs mois en accueil temporaire à l'internat, tout en maintenant sa présence au Club la journée. L'accueil en internat a permis de pallier aux difficultés d'accompagnement au domicile en attendant de mettre en œuvre une prise en charge par un service SAMSAH de l'Association.

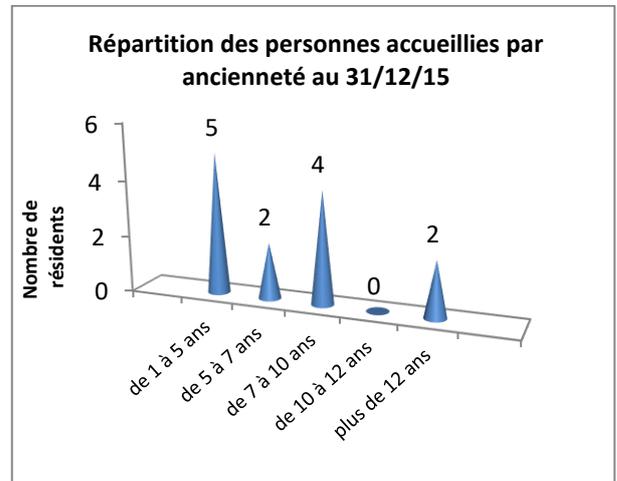
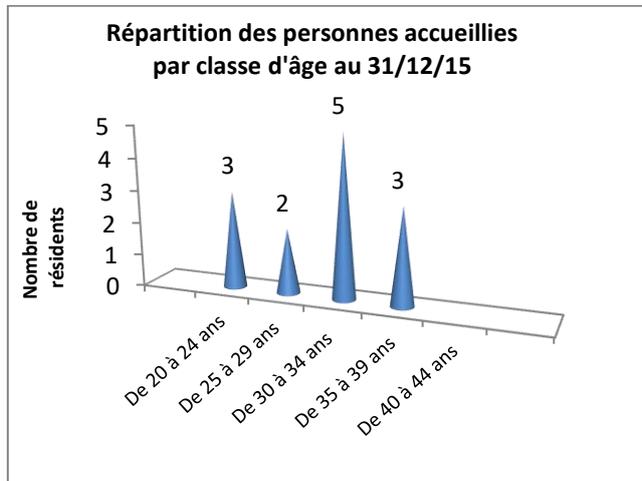
1.2.2. Les pathologies des personnes accueillies



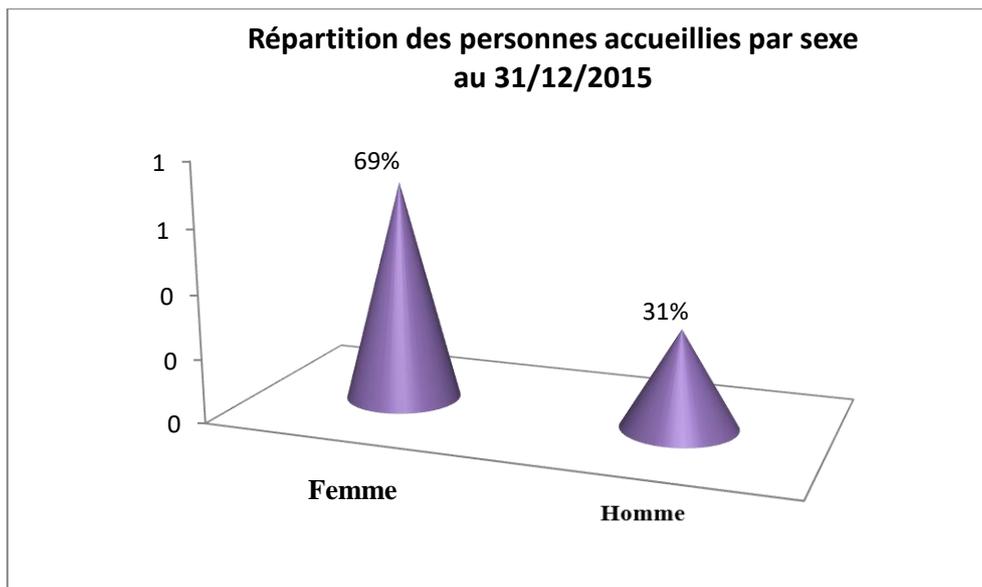
70% des personnes accueillies au Club sont porteuses de pluri ou polyhandicap.

1.2.3. Répartition par âge et par ancienneté

Les personnes accueillies avancent en âge et demandent un accompagnement de plus en plus important : 62% ont plus de 30 ans (8 sur 13 adultes) et la moitié sont accueillies depuis plus de 7 ans.



1.2.4. Répartition des sexes



1.2.5. Nombre de demandes d'admission reçues en 2015

Une liste d'attente a été créée début 2015 lors de la mise en place de la Commission d'Admission à la Maison d'Accueil, commune aux deux structures avec 5 nouvelles demandes parvenues et enregistrées dans cette liste d'accueil de jour.

L'Accueil de Jour Le Club joue le rôle de passerelle entre le secteur enfant et le secteur adulte. Il permet aux parents de faire peu à peu connaissance avec le monde adulte. Il offre aux familles la possibilité de garder leur adulte à domicile plus longtemps, tout en allégeant la difficulté de l'accompagnement à domicile. Et il permet à ces adultes des expériences dans un réseau relationnel adapté.

Les familles dont les enfants atteignent la majorité sont très demandeuses de places en accueil de jour. Mais notre réponse est insuffisante (augmentation du nombre de places à envisager). Aussi, une réflexion sur le taux d'occupation de la structure (74% d'occupation en 2015) a été menée en 2016 (absentéisme des personnes accueillies sans durée prévisible). Il est donc, maintenant, proposé des accueils temporaires pour répondre aux attentes des jeunes adultes et de leur famille.

Dans ce cadre, la collaboration avec la direction de l'EEAP les Myosotis, accueil de jour pour enfants en situation de polyhandicap de la Ligue Havraise, et leur famille a été renforcée, ainsi qu'avec d'autres établissements de l'Enfance de la région.

En effet, une réponse, même temporaire en accueil de jour, va permettre à de jeunes adultes en « amendement Creton », en intégrant cette structure pour adultes, de libérer temporairement une place dans l'établissement enfant pour une intégration progressive de très jeunes polyhandicapés (dès 3 ans) en attente d'accompagnement adapté.

De plus, pour permettre un parcours de vie pour chacun, il est indispensable d'accompagner les parents des adultes du Club vers une orientation en Maison d'Accueil Spécialisée, en accueil temporaire dans un premier temps et vers l'internat dans un second temps. Une sensibilisation des familles a été réalisée lors d'entretiens individuels et lors d'une réunion plénière organisée par la direction de la structure en 2016.

1.3 SPECIFICATIONS DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'Association La Ligue Havraise s'appuie sur un socle de valeurs. En effet, le Conseil d'Administration affirme avec détermination son attachement aux valeurs humaines que sont :

LA DIGNITE DES PERSONNES, LE RESPECT, L'ACCEPTATION DE LA DIFFERENCE, LA TOLERANCE, LA SOLIDARITE

Conformément à l'article Article L344-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par la Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 - art. 58, la Maison d'Accueil accueille et accompagne des personnes présentant une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Ainsi, les missions de l'Accueil de Jour pour répondre à ses valeurs et en lien avec les apports des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, se déclinent de la façon suivante en prenant en compte les potentialités de chacun :

- Permettre une continuité d'accueil à la journée en favorisant le maintien à domicile
- Favoriser le bien-être et l'épanouissement
- Préserver les acquis et développer les potentialités
- Favoriser la socialisation et l'intégration dans la ville, en développant des activités externes
- Rechercher de nouvelles aides techniques afin de favoriser des apprentissages nouveaux
- Préparer les adultes à une entrée en internat à plus ou moins long terme
- Développer le partenariat avec les familles

Les grandes orientations du Projet d'Etablissement actualisé en 2010 répondent aux principes suivants :

- Le respect du droit de la personne accueillie
- La valorisation de la place du résident et de sa famille
- La prise en compte de l'évolution de la population accueillie et plus spécifiquement du vieillissement.

Dans le cadre de sa réorganisation, l'établissement s'est engagé à réécrire son projet d'établissement en 2016 afin d'adapter ses réponses aux besoins des personnes accueillies tout en inscrivant ses objectifs dans le nouveau contexte des moyens alloués.

Le nouveau projet d'établissement intégrera un projet de vie, un projet de soins, un projet éducatif, un projet qualité, un projet de coopération et un projet architectural.

Par ailleurs, un processus d'actualisation des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) est en cours, avec la signature des DIPC, Document Individuel de Prise en Charge, depuis début 2016.

L'accueil de jour offre aux familles la possibilité de garder leur adulte à domicile plus longtemps, tout en allégeant la difficulté de l'accompagnement à domicile. Et il permet à ces adultes des expériences dans un réseau relationnel adapté.

Les familles dont les enfants atteignent la majorité sont très demandeuses de places en accueil de jour. Mais notre réponse à ces demandes est insuffisante (augmentation du nombre de places à envisager).

Afin de permettre un parcours de vie pour chacun, il est indispensable d'accompagner les parents des usagers du Club vers une orientation Maison d'Accueil Spécialisé, en accueil temporaire dans un premier temps et vers l'internat dans un second temps.

L'Accueil de Jour fonctionne avec 1,50 AMP, 1 AS et 1 ES (en congé parental et remplacé à ce jour par 1 AMP).

a) L'accompagnement médical et paramédical

Le suivi médical des personnes accueillies est effectué par leur médecin traitant et leur famille pour les rendez-vous auprès des spécialistes. Seuls les traitements du midi sont préparés par les infirmières de la Maison d'Accueil et administrés au Club. Le pool infirmier intervient quotidiennement pour le suivi d'un adulte insulinodépendant, et si besoin pour la gestion d'une gastrostomie d'une personne accueillie, et bien sûr en cas d'incident ou de situation d'urgence.

Un cahier de liaison avec chaque famille a été mise en place et est utilisé quotidiennement pour assurer la continuité de l'accompagnement de la personne accueillie.

b) L'accompagnement socio-éducatif

Les activités ont toujours pour objectif prioritaire de favoriser le maintien des acquis, de faciliter l'autonomie et de promouvoir la socialisation.

Les activités proposées sont variées et adaptées aux possibilités et aux besoins de chacun :

- Activités cognitives et ludiques : jeux de loto, memory, jeux éducatifs et d'imitation divers.
- Activités sensorielles : ateliers musique, autour du goût. Relaxation, massages, atelier Snoëzelen.
- Patinoire
- Piscine
- Massages
- Pâtisseries
- Activité contes
- Sorties promenades
- Médiation avec l'âne (Pian Pian)
- Moments festifs pour célébrer les anniversaires et autres événements exceptionnels
- Sorties fréquentes dans la ville et les magasins.

- Les sorties estivales ont lieu à partir du mois de juillet le plus souvent dans les environs de la plage ou de la forêt de Montgeon avec pique-nique, déjeuner au restaurant ou goûter.
- Chaque évènement du calendrier est fêté : Mardi gras, Pâques, Noël.

Les sorties collectives sont un peu moins nombreuses que les années précédentes (deux ou trois adultes) car les personnes accueillies ont perdu en mobilité et sont plus nombreuses en fauteuil.

Une réflexion permanente a lieu sur les activités. Il est nécessaire de trouver des activités adaptées réalisables par cette petite équipe.

Une réunion a lieu chaque matin autour d'un café ou d'un jus de fruit avec les personnes accueillies. Chacun peut se repérer dans le temps (calendrier) et prendre connaissance du déroulement de la journée et des activités proposées, grâce à l'utilisation d'un support de communication adapté (le POP : pictogrammes, objets, photos).

La réunion d'équipe hebdomadaire, animée par le binôme de cadres, permet d'échanger sur les difficultés et les questionnements des professionnels et sur le sens de leurs actions et sur les points d'amélioration à mettre en œuvre.

Les partenariats sont nombreux et se développent avec des associations (ex. Handibox pour 13 résidents au total avec l'internat), avec les professionnels de la Maison d'Accueil et de l'EEAP les Myosotis (ex. sorties vélos, invitations régulières sur les temps de repas, atelier piscine, patinoire, ...)

2. PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'ÉVALUATION

2.1.1 Lancement de la démarche

Un logiciel de pilotage de la qualité a été acquis par l'Association en début d'année 2016 afin de pouvoir piloter la réalisation et le suivi de l'évaluation avec un outil informatique, il s'agit du logiciel AGEVAL. Celui-ci a été utilisé pour l'évaluation.

L'évaluation interne a été réalisée à partir d'un référentiel validé par la Direction Générale. Dix domaines sont identifiés et organisés en 42 critères couvrant environ 120 questions.

La démarche d'évaluation, démarrée à la Maison d'Accueil en janvier 2016, a été présentée aux professionnels du Club par la direction en juin 2016.

2.1.2 Cadrage de la démarche d'évaluation par l'équipe de direction

Les animateurs des groupes de réflexion ont été le binôme de cadres (chef de service et cadre technique). La saisie des informations sur le logiciel AGEVAL a eu lieu lors des réunions ou en différé.

L'auto-évaluation a été réalisée sur le temps de la réunion hebdomadaire, les lundis de 16h à 18h, donc hors la présence des personnes accueillies. Au vu de la taille de l'équipe, tous les professionnels ont participé activement à la réflexion sur tous les items du référentiel.

2.2 LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES DIFFERENTS ACTEURS

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage

Le comité de pilotage est le même que celui de la Maison d'accueil. Il est pluridisciplinaire et constitué de neuf membres après un appel à candidature :

a) Compositions et missions

Composition	Missions	Dates
Mme LALLART, Présidente de l'Association Ligue Havraise Mme LECOURTOIS, mère d'un résident, représentante des familles M. CAMPANA, kinésithérapeute Mme FEUILOLEY, AMP Mme BACLAWSKI, AMP Mme DUBOCAGE, IDE Mme MERIOT, secrétaire M. ANTONIN, homme d'entretien Mme JOUSLIN, directrice	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser et accompagner la démarche d'évaluation interne Assurer le suivi des travaux des groupes Assurer le suivi et accompagner le déploiement du plan d'actions 	<ul style="list-style-type: none"> 05/01/16 24/03/16 27/05/16 23/06/16 01/09/16 17/11/16

Ce comité de pilotage s'est réuni cinq fois en 2016, à ce jour.

Ses membres relisent les résultats de cette évaluation ainsi que le plan d'actions élaboré afin d'en vérifier la cohérence. Ce comité de pilotage doit se réunir encore le 17/11/16 et son existence sera pérennisée sur les années à venir afin de suivre la mise en œuvre du plan d'actions et plus généralement le déploiement de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de la structure.

2.2.2 Modalités d'association des personnes accueillies et des familles aux différentes étapes

Des familles et des résidents ont participé aux réunions notamment sur le domaine « ACCUEIL », « CADRE DE VIE » et « ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ACCUEILLIES ».

2.2.3 Modalités d'association des professionnels

⇒ Etape 1 – Phase d'information

La présentation de la démarche d'évaluation interne et du référentiel retenu a été faite par la direction de l'établissement en réunion plénière.

L'appel à candidature avec le planning des réunions par thème a également été transmis par mail à tous les salariés et par affichage dans les cahiers de transmission. Le référentiel était disponible au secrétariat ainsi que sur le réseau informatique interne à la Maison d'Accueil.

⇒ Etape 2 – L'auto-évaluation

Tous les professionnels de l'Accueil de Jour ont participé à l'évaluation de tous les items du référentiel.

⇒ Etape 3 – Saisie, synthèse et analyse des résultats : de juin à septembre 2016

⇒ Etape 4 – Elaboration du plan d'actions : septembre 2016

Saisie du plan d'actions dans le logiciel AGEVAL, avec des responsables d'objectifs et des délais de réalisation.

⇒ *Etape 5 – Validation des résultats et du plan d'actions* par les membres du comité de pilotage interne en septembre 2016.

2.3 MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS

2.3.1 Principe de construction du référentiel d'évaluation

- Le référentiel d'évaluation a été construit:
 - En fonction des spécificités de la population (les dimensions de l'accompagnement, le public accueilli, les pratiques observées dans la structure)
 - En tenant compte du cahier des charges de l'évaluation externe
 - En tenant compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

2.3.2 Structure du référentiel d'auto-évaluation:

- Un référentiel global subdivisé en domaines thématiques.
- Chaque domaine est structuré en références et critères.
 - Référence : l'énoncé d'une attente ou exigence, c'est un engagement / objectif qualité que se fixe les équipes et/ou la direction.
 - Critère : l'énoncé des conditions ou ce qui est attendu pour réussir engagement / objectif qualité.
- Une échelle d'appréciation : indication du niveau de réalisation de l'engagement :
 - OUI : satisfait ou fait
 - EN GRANDE PARTIE : en grande partie satisfait ou fait
 - PARTIELLEMENT: peu ou partiellement satisfait ou fait
 - NON : pas du tout satisfait ou fait
 - NON APPLICABLE : non concerné
- Points forts/points faibles : la précision et la preuve de l'évaluation par des faits et des aspects organisationnels, fonctionnels, etc.... précis.
- Propositions d'axes d'amélioration sous forme de plan d'actions.

2.3.3 Les principaux domaines évalués et les références

- *Domaine 1 : L'accueil*
 - L'établissement est facilement accessible à tous et à tout moment
 - L'accueil téléphonique est assuré tout au long de l'année et le lien avec la personne accueillie peut être direct
 - L'accueil des proches est constant et adapté aux besoins et au projet des personnes
 - L'accueil est organisé et efficient
- *Domaine 2 : L'accompagnement des personnes accueillies*
 - Un processus d'admission est mis en place
 - Le processus d'admission vise à vérifier l'adéquation entre la mission de l'établissement, les besoins de la personne, l'intégration dans la vie de l'établissement et la cohabitation avec les autres personnes accueillies ainsi que la capacité à produire une prise en charge de qualité
 - Le processus d'admission est formalisé, pluridisciplinaire
 - L'admission suppose l'information des personnes orientées et des proches (documentation) et de la MDPH
 - L'établissement accompagne les personnes et les familles auprès de la MDPH lorsqu'elles doivent le faire
 - L'accompagnement de la personne s'efforce de garantir la continuité de son projet de vie

- Le projet personnalisé est élaboré en fonction des souhaits et des besoins de la personne accueillie et repose sur des objectifs partagés
- L'équipe pluridisciplinaire garantit le respect du projet de vie personnalisé de la personne accueillie et sa mise en œuvre.
- L'établissement adapte son cadre de vie aux personnes accueillies.
- Des activités sont mises en place pour répondre aux besoins des personnes accueillies.
- **Domaine 3 : Les soins**
 - L'offre de soins est fonction de l'état de santé, du handicap de la personne et de ses choix
 - Le suivi de l'état de santé de la personne accueillie est organisé, planifié, global et personnalisé
 - La continuité et la sécurité des soins sont garanties.
 - La spécificité des soins est prise en compte pour le handicap psychique et les troubles psychiatriques.
- **Domaine 4 : Le cadre de vie**
 - L'accessibilité des locaux respecte la réglementation en vigueur
 - Les normes de sécurité sont privilégiées et respectées
 - Le milieu se rapproche du cadre de vie familial de la personne accueillie
 - Le cadre de vie permet le respect de l'intimité de la personne accueillie
 - Les lieux de vie de l'établissement favorisent la vie en collectivité
 - L'établissement propose des prestations adaptées
- **Domaine 5 : Le respect des droits des personnes accueillies**
 - Le personnel est informé et formé au respect des droits de la personne accueillie
 - La bientraitance est au cœur du projet de l'établissement
 - L'établissement s'engage à favoriser la participation de la personne accueillie et/ou de son représentant légal
 - L'établissement organise et encourage la participation de la personne accueillie au Conseil de la Vie Sociale et au fonctionnement de l'établissement
 - Chaque personne accueillie dispose d'un dossier auquel elle a accès
 - Le respect de la décision et du choix de la personne est effectif
 - Le recueil de la satisfaction des personnes accueillies est organisé régulièrement
- **Domaine 6 : Les outils de la loi de 2002**
 - Les outils existent et sont diffusés
- **Domaine 7 : Le management**
 - La gestion des ressources humaines est conforme aux besoins des personnes accueillies et de la réglementation en vigueur
 - Le projet d'établissement existe et répond aux besoins des personnes accueillies.
- **Domaine 8 : Le réseau, les partenaires et le territoire**
 - L'établissement développe des conventions et des partenariats avec d'autres établissements
 - L'établissement fait appel à des ressources extérieures qui contribuent à la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies
 - L'établissement favorise l'ouverture sur son environnement
- **Domaine 9 : La prévention des risques**
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des personnes
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des biens

- Le Document Unique d'Évaluation des Risques est un outil au service de la démarche de prévention des risques de l'établissement
- L'établissement a une procédure de gestion des événements indésirables

2.3.4 Le déroulement des sessions d'évaluation

- Un animateur / rapporteur assure la conduite des sessions et la gestion du temps de la réunion.
- Chaque groupe de travail a pour mission de :
 - Répondre aux questions du référentiel sur les différents domaines et critères retenus.
 - Porter une appréciation sur le niveau de réalisation de l'engagement/objectif qualité.
 - Identifier les preuves : données concrètes qui attestent la réussite ou l'atteinte du critère et son niveau de satisfaction (indicateurs).
 - Réfléchir sur des axes de progrès.
- Le Directeur :
 - Centralise l'ensemble des résultats : ceux du groupe d'évaluation, les résultats des entretiens effectués avec les représentants des familles et les résultats du questionnaire évaluatif.
 - Procède à une synthèse graphique et statistique des résultats.

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1 LES PRINCIPAUX CONSTATS : RESULTATS ET ANALYSE

3.1.1 L'accueil

Critère AC1 - L'établissement est facilement accessible à tous et à tout moment

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC1 A Il existe une signalétique externe d'accès et une signalétique interne	Non
AC1 B L'établissement ou service est accessible à tout type de handicap	Partiellement

Points forts

AC1 B : L'accessibilité est adaptée à la mobilité réduite.

Points faibles

AC1A : Il n'existe pas de signalétique pour l'Accueil de Jour le Club. La signalétique n'est pas adaptée à tout type de handicap.

AC1B : L'accessibilité est non conforme à la malvoyance et à la surdité.

AC1B : Les locaux sont insuffisamment adaptés à tous types de handicap (pas de main courante, portes sur l'extérieur avec un léger dénivelé).

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1

Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AC 2 - L'accueil téléphonique est assuré toute l'année et la personne peut être jointe directement

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC2 A La personne peut être jointe à tout moment si cela est nécessaire	Oui

Points forts

AC2 A : L'Accueil de Jour est joignable par une ligne téléphonique directe. Et si besoin, les horaires d'ouverture du secrétariat de la Maison d'Accueil Spécialisée correspondent aux horaires d'ouverture du Club. Un téléphone sans fil a été mis à disposition du personnel.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AC3 - L'accueil des proches est constant et adapté aux besoins de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC3 A L'accueil est possible toute l'année sous conditions (horaires, respect intimité)	Oui
AC3 B Le consentement de la personne (si possible) est une condition de l'accueil des proches	Partiellement
AC3 C Les proches disposent d'un espace dédié	Oui

Points forts

AC3 B : Le consentement est recueilli par les professionnels de proximité auprès des personnes pouvant l'exprimer

AC3 C : Une salle des parents est disponible et équipée dans les locaux de l'internat. L'espace est convivial et agréable.

Points faibles

AC3 B : Le consentement est recueilli seulement auprès des personnes pouvant l'exprimer

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0

Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AC 4 - L'accueil est organisé et efficient

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC4 A L'accueil garantit un contrôle d'accès et prévient les intrusions	Oui
AC4 B L'accueil peut répondre à tout type de demandes (visiteurs, etc...) de façon à y répondre efficacement	Oui
AC4 C L'accueil est compétent pour faire le lien entre tous les intervenants et aussi dans l'urgence	Oui
Points forts	
<p>AC4 A : Le site est clôturé et entièrement sécurisé avec un système de visiophonie installé pour contrôler les accès sur le site en 2016.</p> <p>AC4 A : Le secrétariat d'accueil de l'internat a des horaires d'ouverture couvrant les horaires de fonctionnement de l'accueil de jour, permettant de répondre à toutes demandes (téléphoniques ou physiques).</p> <p>AC4 C : L'équipe éducative est compétente pour assurer les liens entre les divers intervenants internes et externes. Ce lien peut être fait si besoin par l'accueil à tout moment de la journée (IDE, direction, professionnels dans les unités de l'internat, ..)</p>	
Points faibles	
AC4 A : Il manque des volets et une alarme anti-intrusion dans le bâtiment de l'accueil de jour.	

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.2 Le respect des droits de la personne accueillie

Critère RDP 1 - Le personnel est formé au respect des droits des personnes

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP1 A La réglementation relative au respect des droits des usagers est consultable et à jour	Partiellement

RDP1 B Il existe des actions d'information et de formation du personnel sur les droits des personnes	Non
--	-----

Points forts

RDP1 A : Les documents relatif au respect des droits des usagers sont à disposition des professionnels. Les professionnels ont accès à un réseau intranet, accessible à tous les salariés de la Ligue Havraise où sont intégrés les textes de référence, via un ordinateur mis à disposition dans la salle de vie de la Maison d'Accueil Spécialisée.

Points faibles

RDP1 A : Il n'y a pas de mise à jour des documents papiers (depuis 2013). La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est disponible à la Maison d'Accueil Spécialisée et pas au Club.

RDP1 B : Les professionnels ont des difficultés à s'approprier les outils (manque de formation à l'informatique). Tous les professionnels ne savent pas où trouver les documents.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 2 - La bientraitance est au cœur du projet d'établissement/de service

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP2 A Le personnel est formé à la bientraitance et sensibilisé à la prévention de la violence	Non
RDP2 B Un référent bientraitance est désigné et sa fonction est connue de tous	Non
RDP2 C Les personnes et les représentants légaux sont informés des dispositifs mis en place	Non

Points faibles

RDP2 A : les professionnels de l'accueil de jour n'ont pas bénéficié des formations Bientraitance dispensées sur l'internat.

RDP2B : Il n'existe pas de référent désigné à ce jour.

RDP2C : Il n'existe pas d'information autour de la thématique violence / bientraitance et les personnes accueillies et les familles ne sont pas systématiquement informés des dispositifs mis en place. Il n'y a pas d'actions auprès des familles à l'initiative associative sur ces sujets.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	3
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 3 - L'établissement encourage et organise la participation des personnes et/ou du représentant légal

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP3 A La participation de la personne et/ou de sa famille est recherchée dès la candidature	Oui
RDP3 B Les attentes de la personne et/sa famille sont demandées dès le dépôt de candidature	Non
Points forts	
RDP3 A : La participation de la personne et de sa famille est recherchée.	
Points faibles	
RDP3 A : Dans le dossier de demande d'admission, il n'existe pas de partie prévue pour les attentes de la personne et/ou de son représentant légal.	
RDP3 B : Les attentes de la personne accueillie ou de sa famille sont recueillies après l'avis de la Commission d'Admission mise en place en 2015.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 4 - L'établissement encourage et organise la participation de la personne et/ou sa famille via le CVS ou autre

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP4 A Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne selon les modalités de la loi	Oui
RDP4 B L'établissement/service encourage la participation des personnes au CVS ou autre instance	Non

RDP4 C L'établissement/le service encourage la personne à participer au fonctionnement	Non
--	-----

Points faibles

RDP4 A : Le Conseil de la Vie Sociale existe sur l'internat mais aucun parent ne représente l'accueil de jour de manière systématique.

RDP4 B et RDP4 C : Aucun usager de l'accueil de jour ne participe au Conseil de la Vie Sociale de l'internat.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 5 - Le respect de la décision et du choix de la personne est effectif

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP5 A Les professionnels travaillent dans le respect du choix de la personne	Oui
RDP5 B Le droit à la renonciation est effectif et fait l'objet d'une réflexion en équipe	Oui

Points forts

RDP5 A : La personne accueillie exprime son choix pour les activités, l'accompagnant au repas, ses achats personnels, et ces choix sont respectés par les professionnels.

RDP5 B : Le droit à la renonciation est toujours abordé en équipe afin d'être au plus près du choix de la personne dans la limite de sa sécurité et de la responsabilité des professionnels qui l'accompagnent.

Points faibles

RDP5 A : Il manque un document recensant les goûts alimentaires de la personne accueillie. Les personnes accueillies en situation de polyhandicap ne sont pas toutes en capacité d'exprimer leurs choix.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 6 - Chaque personne dispose d'un dossier auquel elle a accès

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP6 A La personne est informée de son droit d'accès à son dossier	Non
RDP6 B Il existe un protocole d'accès au dossier de la personne	Non

Points faibles

RDPA 6 : - Il n'existe pas de protocole d'accès au dossier de la personne ni d'information. Le dossier de l'utilisateur n'est pas informatisé.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RDP 7 - Le recueil de la satisfaction des personnes est organisé régulièrement

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP7 A La satisfaction des personnes est recueillie et ce, par diverses expressions	En grande partie

Points forts

RDP7 A : - La recherche de la satisfaction de la personne fait partie du travail quotidien des professionnels.

Points faibles

RDP7 A : - Il n'existe pas de questionnaire de satisfaction mis en place à ce jour. - Le recueil de la satisfaction des personnes n'est pas formalisé.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.3 L'accompagnement de la personne accueillie

Critère AP 1 - Un processus d'admission est mis en place

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP1 A Une procédure d'admission est écrite et connue des professionnels chargés des dossiers	Oui

Points forts

AP1 A : Depuis décembre 2014, une commission d'admission pour l'étude des demandes a été mise en œuvre. Une liste d'attente a été remise à jour.

Points faibles

AP1 A : La procédure d'admission n'est pas rédigée selon le référentiel qualité de la Ligue Havraise. Cette procédure n'est pas connue de tous les professionnels.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 2 - Le processus d'admission vise l'adéquation entre le projet et les besoins de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP2 A Avant de prononcer l'admission, le candidat est reçu par l'équipe pluridisciplinaire	Oui
AP2 B La commission d'admission réunit toutes les composantes nécessaires à l'évaluation	Oui
AP2 C La décision d'admission n'est possible qu'après recueil de l'avis de l'équipe pluridisciplinaire	Oui

Points forts

AP2 A : Le candidat est reçu systématiquement avant son admission avec une visite de l'établissement. Un accueil temporaire d'adaptation est proposé.

AP2 B : La Commission d'admission est commune avec la Maison d'Accueil. Elle est pluridisciplinaire.

AP2 C : L'avis de l'équipe est recueilli après le premier contact de présentation de l'établissement et lors de l'accueil temporaire d'observation. Cet avis est alors pris en compte.

Points faibles

AP2 B : La présence d'un (ou plusieurs) membre de l'équipe d'accompagnement à la commission d'admission pourrait être étudiée.

AP2 C : Pas de document spécifique aux admissions, réunissant le dossier de demande d'admission et l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire.

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	0

Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 3 - Le processus d'admission est formalisé, pluridisciplinaire

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP3 A Un dossier d'admission est transmis systématiquement à toute personne qui le demande	Oui
AP3 B Le dossier d'admission est transmis aux membres de la commission après examen par la Direction	Oui
AP3 C Une réponse est apportée systématiquement aux candidats à l'issue de l'examen du dossier	Oui
AP3 D Il existe un processus d'admission spécifique à l'accueil de jour ou l'accueil temporaire	Non

Points forts

AP3 A : Un dossier est envoyé systématiquement à toute personne ayant une orientation MDPH Maison d'Accueil Spécialisée.

AP3 C : Une réponse est systématiquement apportée aux candidats par un courrier.

AP3 D : Une procédure pour les accueils temporaires est en cours de rédaction.

Points faibles

AP3 B : Hormis la Direction, les professionnels ne sont pas informés de l'ensemble des candidatures émises et, le cas échéant, des motifs de refus, de l'état de la liste d'attente.

AP3 C : Il n'y a pas de transmission d'information systématique pour indiquer les structures les plus adaptées aux personnes qui ont eu une réponse négative.

AP3 D : Le processus d'admission de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire est le même que le processus d'admission de l'internat.

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 4 - L'admission suppose l'information des personnes, des proches, de la MDPH

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP4 A Le site internet décrit les caractéristiques des prestations et du public accueilli	Oui
AP4 B Des conventions existent avec les structures d'amont pour faciliter les orientations	En grande partie
Points forts	
<p>AP4 A : la Ligue Havraise possède un site internet mettant à disposition toutes les informations de ses établissements et services.</p> <p>AP4 B : Des liens étroits existent avec les établissements du pôle " enfant " de la Ligue Havraise mais aussi d'autres IME du territoire.</p>	
Points faibles	
AP4 B : Les liens étroits existant avec des structures d'amont ne sont pas formalisés par des conventions.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 5 - L'établissement ou le service accompagne la personne vers la MDPH si besoin

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP5 A Les personnes qui ne peuvent être admises sont orientées vers la MDPH pour la suite de leurs démarches	Non
AP5 B Les personnes candidates à l'accueil temporaire/de jour sont accompagnées dans leurs démarches d'orientation	Partiellement
Points forts	
<p>AP5 A : Les personnes qui ne sont pas admises au Club reçoivent systématiquement un courrier défavorable à leur demande.</p> <p>AP5 B : A l'issue de la période d'accueil temporaire, une évaluation de l'accueil est effectuée par le référent de la personne, cette évaluation leur permet d'alimenter leurs démarches d'orientation.</p>	
Points faibles	
<p>AP5 A : Le courrier répondant défavorablement à une demande d'admission ne redirige pas systématiquement vers la MDPH ni vers d'autres établissements.</p> <p>AP5 B : Les personnes ne sont pas accompagnées dans leurs démarches d'orientation.</p>	

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 6 - L'accompagnement de la personne garantit la continuité de son projet de vie

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP6 A Le dossier de la personne inclut obligatoirement des éléments permettant de retracer son parcours de vie	En grande partie
AP6 B L'établissement/service encourage la personne et/ou son représentant légal à participer à l'élaboration de son projet personnalisé	Oui
Points forts	
<p>AP6 A : Le dossier de la personne possède généralement les éléments permettant de retracer son parcours de vie. Ces éléments permettent aux professionnels d'assurer la continuité du projet de vie de la personne accueillie.</p> <p>AP6 B : L'expression de la personne est systématiquement recherchée. Les rencontres avec les personnes accueillies et leurs représentants légaux ont été effectuées. Il existe une procédure pour l'élaboration du projet de vie de la personne accueillie.</p>	
Points faibles	
AP6 A : L'ensemble des dossiers ne comportent pas tous les détails des parcours de vie des personnes accueillies.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 7 - Le projet personnalisé est fonction des souhaits et des besoins de la personne et repose sur des objectifs partagés

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP7 A Les attentes de la personne/de la famille sont recueillies dès l'admission et tout au long de l'accompagnement	Oui
AP7 B Les besoins de la personne sont identifiés et évalués	Oui

AP7 C Il existe des objectifs clairement définis dans le projet personnalisé	Oui
AP7 D Les objectifs/moyens définis lors du projet personnalisé sont le résultat d'une co-construction entre la personne, la famille et l'équipe	Oui
Points forts	
<p>AP7 A : L'expression de l'utilisateur est systématiquement sollicitée.</p> <p>AP7 B : Les besoins de la personne sont identifiés. Des réajustements nécessaires sont mis en œuvre en fonction des besoins quand ils ont été réévalués. L'évolution de la personne est prise en compte dans les projets personnalisés.</p> <p>AP7 C : Des objectifs sont écrits dans les projet personnalisés des personnes accueillies.</p> <p>AP7 D : La personne accueillie, sa famille et l'équipe sont impliquées dans la démarche de co-construction des objectifs de son projet personnalisé.</p>	
Points faibles	
<p>AP7 A : Des difficultés d'accompagnements apparaissent pour les équipes quand les attentes de la personne accueillie sont différentes de celles de la famille.</p> <p>AP7 B : Il existe un manque de formalisme et de traçabilité dans les documents dédiés à l'évaluation du projet personnalisé de la personne accueillie.</p>	

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 8 - L'équipe pluridisciplinaire garantit le respect du projet de vie personnalisé de la personne et sa mise en œuvre

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP8 A Les projets personnalisés sont connus de tous	Oui
AP8 B Des référents sont désignés pour la personne et veillent à la mise en œuvre du projet personnalisé	Oui
AP8 C Les informations relatives à la mise en œuvre du projet sont transmises et disponibles pour tous	Oui
AP8 D La coordination des différents intervenants est organisée et effective	Oui
Points forts	
<p>AP8 A : Les projets personnalisés existent et tous les professionnels les connaissent.</p> <p>AP8 B : Chaque personne accueillie a 1 référent (AS ou AMP).</p>	

AP8 C : Divers outils sont disponibles pour la mise en œuvre du projet : le projet de vie - le déroulé de journée - les fiches repas - les fiches d'accompagnements aux soins - les transmissions écrites quotidiennes.

AP8 D : Un cadre technique coordonne les démarches éducatives entreprises à l'égard des personnes accueillies en appui des référents. Divers outils sont disponibles à cet effet : déroulé de journée - les réunions - les plannings d'activités.

Points faibles

AP8 B : Le rôle des référents est à réinterroger.

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 9 - Des activités sont mises en place pour répondre aux besoins de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP9 A Des activités sont mises en œuvre et articulées dans un accompagnement global	Oui
AP9 B Des instances d'expression et de régulation sont mises en place pour les personnes	En grande partie

Points forts

AP9 A : L'ensemble des activités proposées sont adaptées aux personnes accueillies. Il y a une forte implication de l'ensemble des professionnels. Une planification des activités est effective, dont certaines sont transversales avec l'internat.

AP9 B : Les réunions "du matin" permettent aux personnes accueillies de s'exprimer sur tous sujets, de se repérer dans le temps et de connaître le déroulement de leur journée. L'équipe de Direction est disponible pour entendre la parole de tous les résidents qui le souhaitent.

Points faibles

AP9 B : Il n'y a pas de CVS dédié au Club.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère AP 10 - L'établissement/service adapte son cadre aux besoins des personnes

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP10 A L'établissement/service adapte son projet aux évolutions des profils des personnes	Oui
AP10 B L'établissement/service adapte les compétences des professionnelles aux besoins des personnes	En grande partie
Points forts	
AP10 A : Une nouvelle dynamique institutionnelle est engagée sur le sujet de l'évolution des publics. La réécriture du projet d'établissement est programmée pour 2017.	
AP10 B : Un plan de formation spécifique aux évolutions du public accueilli (Snoezelen, outils de communication, etc.) est établi pour adapter les compétences des professionnels.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.4 Les soins

Critère SP 1 - L'offre de soins est fonction de l'état de santé, du handicap et des choix de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP1 A L'organisation des soins peut être adaptée à un emploi du temps imprévu de la personne	Oui
SP1 B Le projet de soin favorise la mise en œuvre des autres projets de la personne	Partiellement
Points forts	
SP1A : L'organisation des soins est essentiellement suivie par les familles (hors du temps d'accueil de jour) cependant l'établissement et les professionnels font preuve d'une grande adaptabilité en fonction des imprévus de la personne	
Points faibles	
SP1 A : Les outils de transmission des informations existants manquent d'efficacité.	
SP1 B : Il n'existe pas de projet de soins dans un accueil de jour (suivi réalisé par le médecin traitant et la famille).	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère SP 2 - Le suivi de l'état de santé de la personne est organisé, planifié, global et personnalisé

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP2 A Un programme personnalisé de soins est établi et réévalué chaque année pour chaque personne	Non applicable
SP2 B Des examens cliniques réguliers sont planifiés afin de prévenir les accidents de santé	Non applicable
SP2 C Des suivis cliniques sont réalisés périodiquement et systématiquement	Non applicable
Points forts	
<p>SP2B : Les professionnels sont attentifs à l'état de santé de la personne et informent systématiquement, de manière préventive, les familles et l'institution de toutes évolutions.</p> <p>SP2 C : L'outil de transmissions actuel entre la structure et la famille (cahier de liaison) est peu adapté au suivi clinique de la personne, mais la Ligue Havraise est en cours d'acquisition d'un logiciel pour le Dossier Unique de l'Usager.</p>	
Points faibles	
<p>SP2A - SP2B : Le suivi de l'état de santé de la personne est sous la responsabilité de son représentant légal et/ou de sa famille. Ces informations ne sont pas suffisamment partagés entre les familles et les professionnels.</p>	

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	3

Critère SP 3 - La continuité et la sécurité des soins sont garanties

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP3 A La permanence médicale est continue et la prescription médicale est possible si besoin	Non
SP3 B Le personnel soignant et d'accompagnement est qualifié et formé régulièrement	Oui
SP3 C La prescription et le circuit des médicaments sont organisés et sécurisés	Partiellement
SP3 D Tout événement indésirable fait l'objet d'un traitement selon un protocole connu de tous	En grande partie
SP3 E Les transmissions quotidiennes d'informations sont organisées par oral et par informatique	Partiellement
SP3 F Les informations médicales sont transférées dans le dossier informatisé de la personne	Non
Points forts	
<p>SP3 B : Les formations effectuées répondent à des besoins identifiés et sont programmées dans le cadre du plan de formation annuel.</p> <p>SP3 C : La prescription est assurée par les médecins traitants et relayée par les familles. Les traitements du midi sont préparés par les infirmières de l'internat et administrés par les professionnels de l'accueil de jour(AS/AMP).</p> <p>SP3 D : Il existe un protocole de déclaration des événements indésirables. Un comité d'analyse des Evènements indésirables, commun avec l'internat, existe également.</p>	
Points faibles	
<p>SP3 A : La présence infirmière de la MAS n'est requise qu'en cas d'urgence et aucune prescription médicale ne peut être délivrée par l'équipe médicale de la MAS.</p> <p>SP3 C : Le circuit du médicament n'est pas encore formalisé. Il doit être revu afin d'augmenter la sécurité de celui-ci.</p> <p>SP3 D : Le fonctionnement du comité d'analyse des évènements indésirables reste à améliorer car il manque un retour du traitement des événements.</p> <p>SP3 E : Les temps de transmissions orales ne sont pas formalisés ni informatisés.</p> <p>SP3 F : Le dossier individuel informatisé doit être déployé fin 2016.</p>	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

Critère SP 4 - La spécificité des soins est prise en compte pour le handicap psychique

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP4 A Un projet est élaboré pour les personnes aux besoins spécifiques avec repérage et évaluation	Oui
SP4 B La sensibilisation des professionnels pour la population aux besoins spécifiques est effective	Oui
SP4 C La coordination autour de cet accompagnement spécifique est formalisée	Non
SP4 D Les professionnels sont formés aux troubles du comportement	Non
SP4 E Les professionnels sont formés au repérage des signes de souffrance psychique	Non

Points forts

L'appréciation est portée sur les personnes présentant un polyhandicap.

SP4 A : Les projets sont élaborés avec le concours de la personne accueillie et son représentant légal et/ou sa famille.

SP4 B : Les formations (conjointes avec la MAS) sont adaptées au public accueilli pour répondre à leurs besoins et leurs caractéristiques spécifiques.

SP4 B : Un manque général de formation a existé mais une amélioration en 2016 a été constatée.

Points faibles

SP4 A : La partie soins du projet de la personne accueillie n'est pas suffisamment étayée.

SP4 C : il n'y a peu de coordination médicale avec les médecins traitants.

SP4 D : Bien qu'il y ait peu de troubles du comportement repéré, les professionnels ne sont pas suffisamment formés.

SP4 E : A ce jour il y a une absence de formation sur les pathologies mais il a été décidé de mettre en place avec les ressources internes des temps d'information aux équipes sur les pathologies des personnes accueillies et sur leur traitement par les infirmières.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	3
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.5 Le cadre de vie

Critère CDV 1 - L'accessibilité des locaux respecte la réglementation en vigueur

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV1 A L'établissement respecte les règles d'accessibilité	Partiellement
CDV1 B Les locaux favorisent la circulation et l'accès à tous les lieux de l'établissement	Partiellement
Points forts	
CDV1 A : L'établissement respecte les règles d'accessibilité dans son ensemble.	
Points faibles	
CDV1 A : La carence principale est liée à la signalétique inadaptée au public accueilli et la signalétique n'est pas adaptée à tous types de handicaps.	
CDV1 B : Les locaux sont exigus et deux piliers situés dans la salle principale entravent l'autonomie des personnes dans leurs déplacements. La salle Snoezelen et la salle d'art-thérapie se trouvent à l'extérieur de l'établissement sans accès direct couvert.	

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère CDV 2 - Les normes de sécurité sont respectées

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV2 A Les locaux ont été aménagés pour garantir la sécurité des personnes	Partiellement
CDV2 B Le matériel utilisé et mis à disposition prend en compte la sécurité des personnes	Oui
Points forts	
CDV2 B : Le matériel est adapté aux profils des personnes accueillies et son renouvellement permanent favorise la prise en compte des besoins des personnes accueillies et des conditions de travail des professionnels. Le matériel est désormais testé par les professionnels avant que les achats ne soient validés. Les formations PRAP (Prévention des Risques liées à l'Activité Physique) sont dispensées en plus auprès des professionnels et des fiches de manutention sont élaborées pour chaque personne accueillie et sont en cours de déploiement auprès des équipes.	
Points faibles	
CDV2 A : D'une manière globale, les locaux du Club ne sont pas pleinement adaptés au public accueilli avec un handicap aussi important. Les pièces n'ont pas un espace suffisant pour la manipulation des	

personnes accueillies avec du matériel mobile spécifique. Il manque des lieux de rangements pour le matériel (fauteuil, lève-personne, etc ...) . Il existe un encombrement permanent des lieux avec les risques d'accident inhérents.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère CDV 3 - Le milieu se rapproche du cadre familial de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CVD3 A Les chambres et les espaces de vie, de détente sont confortables et chaleureux	Oui
CDV3 B La personne est libre d'aménager sa chambre à sa guise	Non applicable
CDV3 C Les personnes peuvent participer à l'aménagement des lieux de vie collectifs	Oui
Points forts	
CVD3 A : La réfection des locaux se fait en fonction de l'état et des besoins particuliers des personnes accueillies. Des actions permanentes sont réalisées afin d'égayer les locaux et de les rendre plus attrayants.	
Points faibles	
CVD3 A : Les lieux de vie demeurent trop exigus par rapport à la population accueillie et leur handicap (beaucoup de fauteuils).	

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	1

Critère CDV 4 - Le cadre de vie permet le respect de l'intimité de la personne

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV4 A L'intimité de la personne est respectée (frapper avant l'entrée,...)	Oui
CDV4 B Les professionnels sont sensibilisés au respect de l'intimité des personnes	En grande partie

Points forts

CDV4 A : Le respect de l'intimité de la personne accueillie est une valeur institutionnelle portée par l'ensemble des professionnels. Le respect de l'intimité de la personne favorise la confiance des personnes accueillies dans leur accompagnement au quotidien. Lors d'accueils de stagiaires en formation, une phase d'observation et de rencontre avec les personnes accueillies est mise en œuvre durant plusieurs jours. Cette démarche préserve l'intimité des personnes accueillies.

CDV4 A : Quelques outils de communications adaptés sont réalisés par les personnes accueillies : Panneau "Ne pas entrer" avec des pictogrammes.

CDV4 B : Des formations sur la bienveillance et la bientraitance ont déjà eu lieu dans les années antérieures.

Points faibles

CDV4 B : Il manque un rappel sur les formations bientraitance et bienveillance. Certains professionnels échangent des informations concernant l'intimité des personnes accueillies devant ces dernières.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère CDV 5 - Les lieux de vie de l'établissement favorisent la vie en collectivité

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV5 A Les locaux offrent des espaces de convivialité	Partiellement
CDV5 B L'agencement des locaux et son mobilier sont adaptés à la vie en collectivité	Partiellement
CDV5 C L'aménagement du lieu de restauration favorise un environnement et un climat convivial	Partiellement

Points forts

CDV5 A : Les locaux sont décorés par les personnes accueillies et les professionnels.

CDV5 C : L'organisation des repas s'effectue en trois petits groupes. Ils sont répartis entre la salle de restauration et la véranda afin de favoriser les échanges entre les personnes accueillies dans un climat convivial.

Points faibles

CDV5 A : La véranda est un lieu d'accueil exigü et peu adapté à la convivialité.

CDV5 B : Le mobilier est partiellement adapté à la vie en collectivité (achats en grande surface). Il existe des problèmes de solidité (exemple : mobilier extérieur). Le mobilier utilisé ne facilite pas l'entretien général des locaux : manque de mobilier sur roulette. Il manque des salles d'activité.

CDV5 C : Le lieu de restauration est aussi le lieu de vie collective et d'activités. La surface des lieux de restauration n'est pas adaptée au public accueilli : la majorité des personnes sont en fauteuil. Les lieux de restaurations peuvent être des environnements bruyants.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	3
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère CDV 6 - L'établissement/service propose des prestations adaptées

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CVD6 A Les prestations de restauration sont respectueuses des normes d'hygiène en vigueur	Oui
CDV6 B L'établissement offre des prestations de restauration adaptées aux personnes	En grande partie
CDV6 C L'établissement met en œuvre une organisation pour l'hygiène des locaux	Oui
CDV6 D L'établissement organise le traitement du linge dans le respect de l'intimité des personnes	Oui
CVD6 E L'établissement organise une prestation de transport adaptée aux personnes	Oui

Points forts

CVD6 A : La prestation des repas est effectuée sur site, par une entreprise extérieure donc elle est adaptée aux besoins alimentaires des personnes accueillies et la réactivité peut être de mise.

CDV6 B : Les textures des repas sont adaptées : normal - petits morceaux - mixé - lisse.

CDV6 C : Une équipe d'agents d'ESAT assure l'entretien du Club.

CDV6 D : Une lingerie interne à la MAS traite le linge des usagers du Club en cas de grande salissure.

CVD6 E : Tous les véhicules sont adaptés au transport du public accueilli, et utilisés dans le cadre d'organisation d'activités, de sorties,... Le départ et l'arrivée des personnes accueillies au Club sont gérés par des entreprises privées avec des véhicules adaptés.

Points faibles

CDV6 B : Il n'y a pas de choix de menu pour les personnes accueillies. Certains aliments reviennent trop souvent : il manque de la diversité dans les menus.

CDV6 C : Le nettoyage du Club peut être amélioré.

Nombre de "Oui"	4
-----------------	---

Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.6 La prévention et la gestion des risques

3.1.1 Critère PGR 1 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des personnes

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR1 A Les principaux risques encourus par les personnes sont répertoriés et connus du personnel	En grande partie
PGR1 B Des mesures préventives en regard de ces risques sont définies et font l'objet d'un suivi	Partiellement
PGR1 C La gestion des événements indésirables intègre un processus de signalement de la maltraitance	Oui
PGR1 D Le registre de la maltraitance est en place	Non
PGR1 E Une veille sanitaire est organisée pour prendre en compte et traiter les risques sanitaires	Oui

Points forts

PGR1 A : L'environnement est sécurisé et professionnalisé : des protocoles de prise en charge personnalisés existent, les habitudes de vie sont formalisées et connues de tous avec de nouveaux outils de communication (fiche d'accompagnement individuel, fiche de manutention), les personnels sont diplômés.

PGR1 B : La présence des cadres sur le terrain permet de sensibiliser sans cesse aux risques, et le débat en réunion d'équipe existe.

PGR1 C : Une fiche de déclaration d'événement indésirable existe et est utilisée de façon fréquente par les professionnels.

PGR1 E : Un classeur répertoriant tous les risques sanitaires est à disposition des professionnels au Club. La présence des cadres permet de sensibiliser les professionnels.

Points faibles

PGR1 A : La cartographie des risques n'a pas été réalisée. Les formations Sauveteur Secouriste au Travail (SST) ne sont pas suffisamment déployées.

PGR1 B : La centralisation de tous les protocoles dans un classeur unique est à mettre en place dans le cadre de la démarche qualité.

PGR1 E : Un Plan Bleu doit être rédigé, connu et mis en œuvre par tous les professionnels. Les consignes d'hygiène et de prévention d'épidémie doivent être respectées par tous.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

Critère PGR 2 - Des mesures sont prises pour assurer la sécurité des biens

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR2 A Les équipements et les installations font l'objet de contrats de maintenance et de vérification périodiques conformément à la réglementation en vigueur	Oui
PGR2 B Les objets de valeur des personnes peuvent être conservés dans des lieux sécurisés à leur demande	Oui
Points forts	
PGR2 A : Les contrats de maintenance sont actualisés en fonction des besoins et suivis par un outil de pilotage. PGR2 B : Un coffre collectif existe et des coffres individuels sont installés à la demande.	
Points faibles	
PGR2 B : Une procédure en cas de constat de vol doit être rédigée.	

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère PGR 3 - Le DUERP est un outil au service de la prévention des risques

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR3 A Le DUERP est élaboré et régulièrement mis à jour conformément au code du travail	Oui
PGR3 B Le DUERP est connu de tous et est consultable par l'ensemble du personnel	Partiellement
Points forts	
PGR3 A : Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est actualisé en équipe pluridisciplinaire.	

Points faibles

PGR3 B : Le DUERP doit être mis à la consultation au secrétariat et sous format informatique accessible à tous les professionnels.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère PGR 4 - L'établissement/service a une procédure de gestion des évènements indésirables

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR4 A La procédure de gestion des événements indésirables est connue de l'ensemble du personnel	Oui
PGR4 B Des formations liées à la sécurité des personnes et des biens sont régulièrement organisées	Oui
PGR4 C Les personnes et leurs représentants légaux sont informés des dispositifs pour assurer la sécurité	Partiellement

Points forts

PGR4 B : Des formations Incendie sont organisées (33 personnes en 2016) et une planification de 100% du personnel en 3 ans est faite.

Points faibles

PGR4 C : Les résultats de la cartographie des risques devront être communiqués aux personnes accueillies et à leurs proches.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.7 L'établissement s'inscrit dans les réseaux de son territoire

Critère RT 1 - L'établissement/service développe des conventions et des partenariats

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RT1 A Des conventions formalisent les relations qui permettent de garantir la continuité de l'accompagnement	En grande partie
RT1 B Des partenariats sont établis avec des organismes pour mutualiser les ressources/connaissances	Non
RT1 C Une banque de données, de l'ensemble du réseau, actualisée est accessible aux salariés	Non
Points forts	
RT1 A : Le partenariat n'est pas spécifiquement développé au Club mais peut s'appuyer sur celui de la MAS en cas de nécessité.	
Points faibles	
RT1 B : Les partenariats pour mutualiser des connaissances peuvent être renforcés pour la connaissance de certaines pathologies.	
RT1 C : La liste des partenariats et des conventions est à formaliser, un document sera créé par l'axe transversal des Bonnes Pratiques Professionnelles de la Ligue Havraise.	

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

Critère RT 2 - L'établissement/service sollicite des ressources extérieures pour garantir la qualité des prestations

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RT2 A L'établissement/service travaille régulièrement avec des bénévoles	Non
RT2 B L'accueil des bénévoles est organisé et formalisé	Non
RT2 C L'établissement/service fait appel à des professionnels libéraux pour répondre aux besoins spécifiques	Non applicable
RT2 D L'accueil des professionnels libéraux est organisé et formalisé	Non applicable
Points forts	
RT2 A : Un audit a été réalisé auprès des familles en 2016 pour connaître les potentialités de bénévolat. Quelques familles sont intéressées.	

RT2 C : Les besoins spécifiques des personnes accueillies sont gérés et organisés par les familles.

Points faibles

RT2 A : Les professionnels sont réticents à faire appel au bénévolat. Une réflexion est à mener dans l'établissement en accord avec le projet stratégique "Horizon 2020".

RT2 B : Une Charte du bénévole au sein de la Ligue Havraise doit être rédigée.

RT2 C : Les familles, devant la complexité de la gestion de certains besoins spécifiques de la personne accueillie (ex: dentiste) souhaiteraient le soutien de l'établissement et des professionnels.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	2

Critère RT 3 - L'établissement/service favorise son ouverture sur son environnement

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RT3 A L'établissement/service est connu par les populations environnantes et inséré dans la cité	Partiellement
RT3 B Des liens existent avec des associations pour que les personnes aient des activités externes	Oui
RT3 C Les évènements relatifs à la vie du quartier sont communiqués aux personnes	Oui
RT3 D Des événements organisés au sein de l'établissement sont ouverts aux populations environnantes	Oui
RT3 E Des séjours de vacances sont organisés et favorisent la socialisation des personnes, la découverte	Oui

Points forts

RT3 B : Des conventions existent avec des associations culturelles et sportives (Pian pian, Téléthon, ...)

RT3 C : Les visites de musée, les expositions sont connues pour l'organisation de sorties des personnes accueillies

RT3 D : La journée Moto et la journée Téléthon de la Maison d'Accueil, à laquelle s'associe le Club, sont ouvertes au public.

Points faibles

RT3 A : L'établissement étant très excentré de la ville, n'est pas assez connu (implantation sur la colline et au milieu d'une forêt). Les véhicules ne sont pas identifiés au nom de l'association. La visibilité de

l'établissement doit être renforcée avec des activités de type "portes ouvertes" pour les parents et enfants des établissements du Pôle Enfant, pour les fournisseurs, ... ou vide-grenier.

RT3 D : La collaboration avec des écoles peut être renforcée.

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.8 Le management

Critère MA 1 - La gestion des ressources humaines est en adéquation avec les besoins des personnes

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
MA1 A Une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est élaborée	En grande partie
MA1 B Des dispositions sont prévues pour assurer l'accompagnement en cas d'effectif insuffisant	Oui
MA1 C Le recrutement du personnel se fait à travers une démarche formalisée	Oui
MA1 D Les fiches de poste sont élaborées et déterminent les missions et responsabilités de chacun	Oui
MA1 E L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre, au moyen d'entretiens de progrès	Oui
MA1 F Les besoins en formations du personnel sont évalués périodiquement	Oui
MA1 G Un organigramme cohérent est établi au niveau de l'établissement/service et Association	En grande partie
Points forts	
<p>MA1 A : La Ligue Havraise s'est engagée dans une politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) pour tous ses établissements Une mobilité interne entre l'internat et l'accueil de jour est mise en œuvre en cas de besoin et quand elle est possible au vu de l'absentéisme sur l'internat.</p> <p>MA1 B : L'accueil des personnes peut être mise en place à la MAS en cas d'effectif insuffisant.</p> <p>MA 1 C : Une démarche de recrutement claire est mise en place avec le soutien du service des Ressources Humaines (parution annonce, réception des candidatures, entretiens, période d'essai, évaluation avec avis de l'équipe concernée).</p> <p>MA1 D : Les fiches de poste sont en cours de réactualisation au sein de la Ligue Havraise.</p>	

MA1 E : Les entretiens EDP / EP annuels sont réalisés pour tous les salariés.

MA1 F : Les besoins en formation sont recensés lors de l'entretien annuel pour la préparation du PAUF N+1.

Points faibles

MA1 C : La procédure de recrutement est encore à rédiger en lien avec le service des Ressources Humaines.

MA1 D : Une réflexion est à mener au sein de l'établissement concernant la distinction complète ou non des missions des AS et des AMP.

MA1 G : L'organigramme de l'établissement est à actualiser.

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	2
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

Critère MA 2 - Le projet d'établissement/service existe et répond aux besoins des personnes

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
MA2 A Les valeurs et les missions de l'Association sont déclinées dans le projet d'établissement/service	Oui
MA2 B Les différentes politiques sont déclinées en cohérence avec le projet stratégique	Oui
MA2 C La mise en œuvre des orientations du projet d'établissement/service fait l'objet d'un suivi	Non

Points faibles

MA 2 C : Le projet d'établissement doit être réécrit en 2017 afin de décliner les objectifs du Projet Stratégique "Horizon 2020" de la Ligue Havraise au niveau de l'établissement. Les changements de direction ont fortement perturbés le suivi des plans d'actions du projet d'établissement.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.9 Les outils de la loi du 02 janvier 2002

Critère OU 1 - Les outils de la loi de 2002 existent et sont diffusés

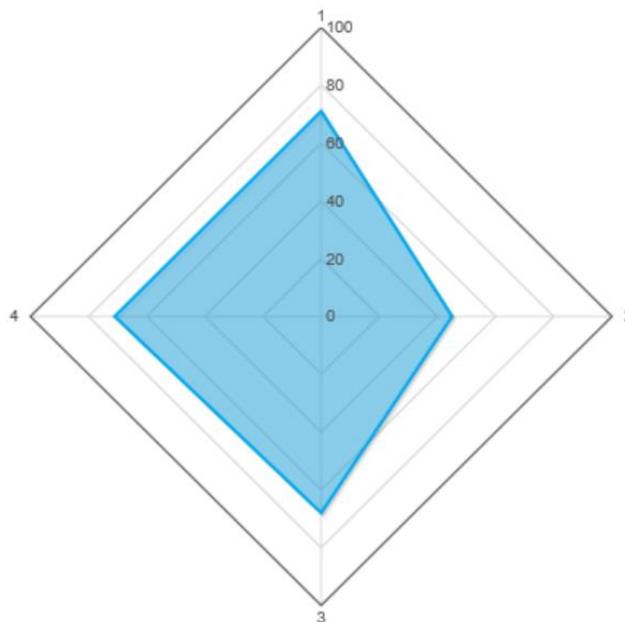
Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
OU1 A Le livret d'accueil de la personne existe et il est diffusé dès l'admission	Oui
OU1 B La charte des droits et des libertés existe et est en annexe du livret d'accueil	Oui
OU1 C Le contrat de séjour/ Document Individuel de Prise en Charge est établi à l'admission	Partiellement
OU1 D Le contrat de séjour ou le DIPC précise les prestations personnalisées	Oui
OU1 E L'avenant est élaboré à la révision annuelle du projet personnalisé	Non
OU1 F Les coordonnées de la personne qualifiée pour tout recours sont connues des personnes	Oui
OU1 G Le règlement de fonctionnement est remis à toute nouvelle personne admise	Non
OU1 H L'affichage des outils de la loi de 2002 prévu par la loi est effectif	Oui
Points forts	
<p>OU1 A : Le livret d'accueil existe, il est très attractif à la lecture. Le livret d'accueil est en cours d'harmonisation à l'échelle de la Ligue Havraise.</p> <p>OU1 B : La charte des droits et libertés est en annexe du DIPC.</p> <p>OU1 C : Tous les DIPC ont été actualisé en collaboration avec les personnes accueillies et leurs familles et/ou représentants légaux. Les DIPC sont en cours de formalisation et d'harmonisation au sein de la Ligue Havraise.</p>	
Points faibles	
OU1 A : Le livret d'accueil n'est pas actualisé et sa diffusion doit être systématique.	

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

4. SYNTHÈSE

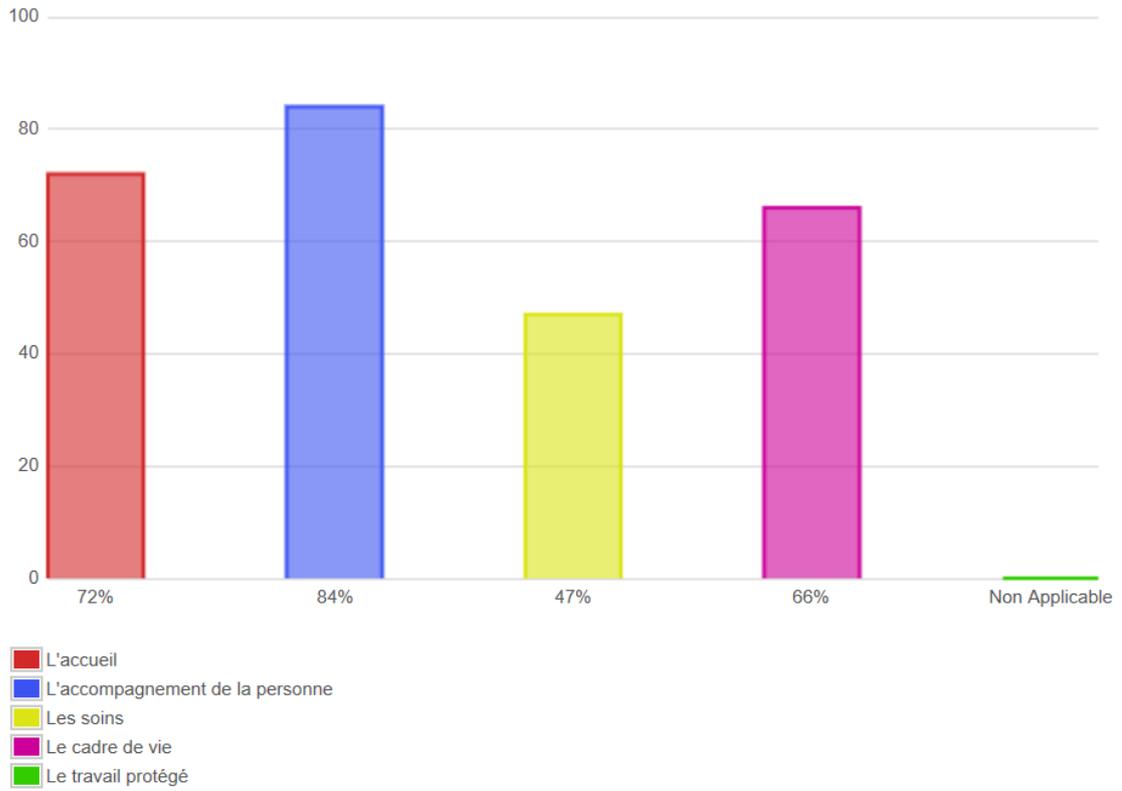
	SCORE	COTATION
Accueil et accompagnement de la personne	71	B
- L'accueil	72	B
- L'accompagnement de la personne	86	B
- Les soins	42	C
- Le cadre de vie	69	B
- Le travail protégé	0	
Les droits de la personne	45	C
- Le respect des droits de la personne	33	C
- Les outils de la loi de 2002	66	B
La gestion des ressources	68	B
- Le management	85	B
- Le réseau, territoire et les partenaires	50	C
Gestion des risques et de la qualité	71	B
- La prévention des risques	71	B
Total	65	B

Résultat de l'évaluation

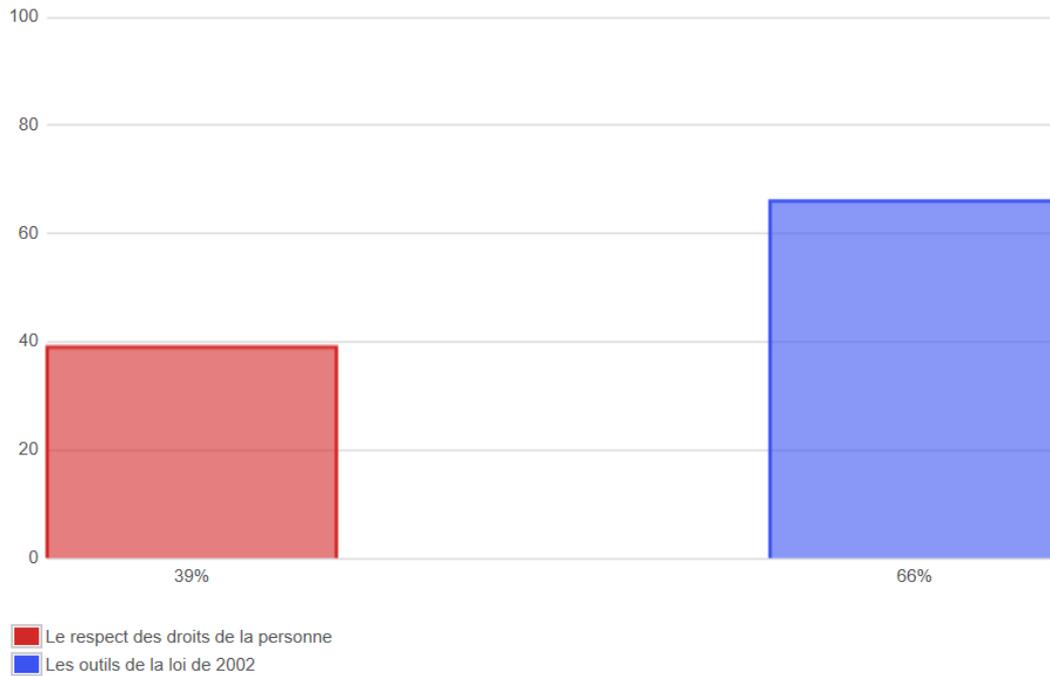


1 : Accueil et accompagnement de la personne
 2 : Les droits de la personne
 3 : La gestion des ressources
 4 : Gestion des risques et de la qualité

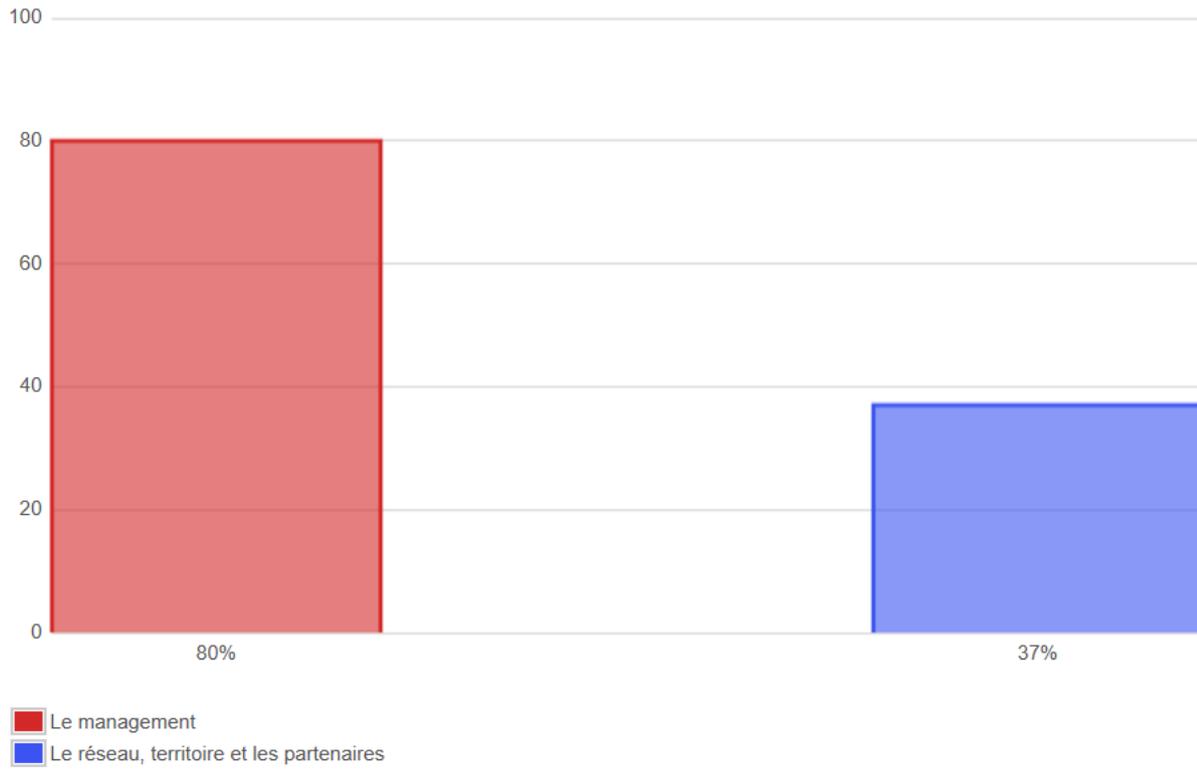
Accueil et accompagnement de la personne



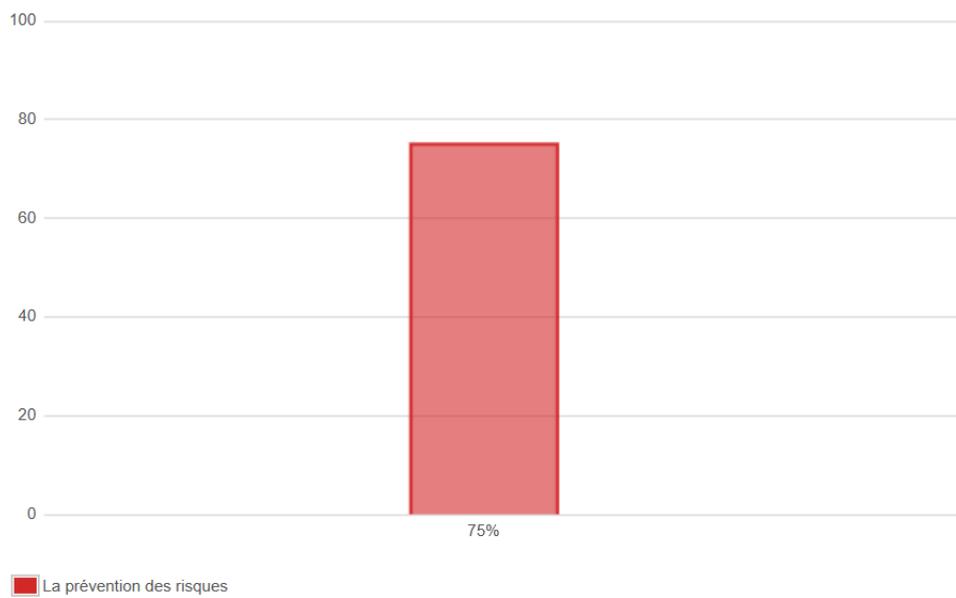
Les droits de la personne



La gestion des ressources



Gestion des risques et de la qualité



5. PLAN D' ACTIONS

Source : Evaluation Interne 2016 MAS-Accueil de Jour Le Club					
Objectifs	Thèmes	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement
Accompagner les cadres à mener des réunions constructives (rédaction collective de procédures dégradées "plans B et C")	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former en interne les chefs de service et les cadres techniques à l'animation de réunion		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Actualiser le projet d'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Panifier les groupes de travail pour la réécriture du projet		FERRY François	30/03/2017	Non traité	
Adapter le plan de formation aux besoins des professionnels	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	31/05/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Evaluer les besoins en formation des professionnels		JOUSLIN Dolorès	31/05/2017	Non traité	
Améliorer et formaliser le recueil de la satisfaction de la personne	- Bonnes pratiques	FERRY François	30/06/2018	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Création d'un questionnaire de satisfaction.		FERRY François	30/06/2018	Non traité	
Améliorer l'accessibilité des locaux à tout type de handicap	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Installer des mains courantes		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité	
Réaliser des plans inclinés aux portes d'accès		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Suivre les préconisations de l'étude AD-ap 2016		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Améliorer l'entretien du Club	- Risques infectieux	FERRY François	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Réorganiser l'entretien du Club avec l'équipe ASI le d'internat		FERRY François	30/06/2017	Non traité	
Améliorer l'évaluation du projet personnalisé	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Adapter les documents d'évaluations		FERRY François	31/12/2016	Non traité	
Assurer le suivi des évaluations des projets personnalisés		FERRY François	31/12/2018	Non traité	
Améliorer l'information concernant les dispositifs de gestion des risques	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Construire et communiquer le plan d'actions consécutif à la cartographie des risques		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Améliorer l'information des professionnels sur la gestion des demandes d'admissions.	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Informier périodiquement l'ensemble des professionnels sur l'état des demandes d'admissions		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Améliorer l'orientation spatiale des publics	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place une signalétique d'orientation interne et externe adaptée à tout type de handicap		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Etudier la possibilité de nouveaux locaux adaptés à l'accessibilité des personnes accueillies		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Améliorer la capacité d'expression des résidents	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2018	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former les professionnels à l'utilisation des outils de communications		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Développer des outils de communication		PIT Christiane	30/06/2017	Non traité	
Améliorer la communication dans le domaine de la Bienveillance	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place des séances d'information pour les personnes accueillies et les familles		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Améliorer la prestation d'alimentation	- Restauration	FLEURET Florence	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Etudier la possibilité d'offrir des choix de menus en lien avec le prestataire		FLEURET Florence	31/12/2017	Non traité	
Améliorer la prévention des risques	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Réaliser un panneau des règles d'hygiène à suivre en cas de risque d'épidémie		FERRY François	30/09/2016	Non traité	
Rédiger le Plan Bleu de l'établissement		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	

Améliorer la réorientation d'une personne refusée	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Revoir la rédaction du courrier de refus</td> <td>JOUSLIN Dolorès</td> <td>31/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Revoir la rédaction du courrier de refus	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité				
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Revoir la rédaction du courrier de refus	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité														
Améliorer la transmission d'informations vers la MDPH dans le cadre des courriers réponse	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mettre en copie la MDPH du département de la personne concernée par le courrier</td> <td>JOUSLIN Dolorès</td> <td>31/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Mettre en copie la MDPH du département de la personne concernée par le courrier	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité				
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Mettre en copie la MDPH du département de la personne concernée par le courrier	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité														
Améliorer le délai de traitement des dossiers	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tracer le délai de réponse et le fixer à un mois maximum</td> <td>JOUSLIN Dolorès</td> <td>31/12/2017</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Tracer le délai de réponse et le fixer à un mois maximum	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité				
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Tracer le délai de réponse et le fixer à un mois maximum	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité														
Améliorer le partage d'informations cliniques ente les familles et les professionnels	- Soins	FERRY François	31/12/2017	1													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Optimiser les outils de transmissions écrites entre familles et professionnels</td> <td>CONSTANS Maeva</td> <td>30/06/2017</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Mettre en place la partie Soins du DUU.</td> <td>CONSTANS Maeva</td> <td>31/12/2017</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Optimiser les outils de transmissions écrites entre familles et professionnels	CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité	Mettre en place la partie Soins du DUU.	CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Optimiser les outils de transmissions écrites entre familles et professionnels	CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité														
Mettre en place la partie Soins du DUU.	CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité														
Améliorer le recueil d'informations concernant les personnes accueillies	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2017	1													

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Organiser autant que possible la reconstitution des parcours de vie des personnes accueillies en lien avec les référents de projets.		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Clarifier l'organisation hiérarchique de l'établissement	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Formaliser l'organigramme de l'établissement		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité	
Compléter nos connaissances sur des pathologies spécifiques	- Projet d'établissement	PIT Christiane	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Abonder une bibliothèque avec achat de littérature et revues spécialisées		PIT Christiane	30/06/2017	Non traité	
Conforter les compétences des professionnels dans les domaines de la Bien-être et de la prévention de la violence	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place des actions de formation		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Déployer la Démarche Qualité	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/10/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place un classeur de procédures (identique Club et MAS)			31/10/2016	Non traité	
Déployer l'objectif de bénévolat de la Ligue Havraise (Charte)	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Faire appel à des bénévoles et formaliser leurs interventions		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Déployer la GPEC au niveau de l'établissement	- Ressources humaines	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Suivre et analyser les informations RH pour la mise en oeuvre d'une GPEC dans l'établissement		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Désigner un référent Bientraitance	- Bonnes pratiques	PIT Christiane	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Définir les critères de choix du référent.		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Définir les missions et le champs d'action du référent		PIT Christiane	31/03/2017	Non traité	
Distinguer le processus d'admission de l'accueil de jour de celui de l'internat	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger une procédure d'admission spécifique pour l'accueil de jour		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Elaborer une cartographie des risques de l'établissement	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Renseigner l'outil GRIFFE (cartographie des risques)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Étendre la connaissance du processus d'admission à tous les professionnels	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place une information sur ce processus d'admission (commission d'admission, liste d'attente, ...)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité	
Faciliter l'accès aux documents réglementaires	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2018	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Afficher une synthèse de la loi du 2 janvier 2002.		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Echanger sur le respect des droits des personnes accueillies lors de réunions à thème		FERRY François	31/12/2018	Non traité	
Faire bénéficier le Club du réseau de partenaires de la MAS	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Lister les besoins de partenariat du Club		FERRY François	31/12/2016	Non traité	
Faire connaître l'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Identifier les véhicules au nom de la Ligue Havraise		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Organiser des portes ouvertes		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Faire valoir la parole de la personne accueillie	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Recueillir le consentement avec la mise en place d'outil de communication		PIT Christiane	31/12/2017	Non traité	
Mettre en place la traçabilité du recueil du consentement		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Développer des outils de communication		PIT Christiane	31/12/2017	Non traité	

Formaliser un document unique et spécifique aux admissions.	- Admission des personnes accueillies	FERRY François	31/08/2017	1	<input type="radio"/>
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Intégrer dans le dossier d'admission l'évaluation réalisée de l'accueil temporaire préalable à une admission définitive		FERRY François	31/08/2017	Non traité	
Former les professionnels à la sécurité des personnes et des biens	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	<input type="radio"/>
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Poursuivre les formations incendie		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Garantir la transmission informatisée des informations	- Système d'information	FERRY François	30/06/2017	1	<input type="radio"/>
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Déployer le nouveau logiciel du Dossier Unique de l'Usager		CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité	
Harmoniser la méthode d'élaboration des objectifs des projets personnalisés	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	1	<input type="radio"/>
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place une formation interne collective sur l'écriture d'objectif		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Assurer le suivi de la rédaction des projets personnalisés		FERRY François	31/12/2018	Non traité	
Informatiser le dossier de l'usager.	- Système d'information	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	<input type="radio"/>
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former les professionnels à l'outil informatique		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Informers les familles de la mise à disposition de la salle "des parents"	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	2	<input type="radio"/>

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Faire une note d'information et mettre en place des actions pour les familles autour de l'utilisation de cet espace dédié.		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Informers les personnes accueillies de leur droit d'accès à leur dossier	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Développer des outils de communication		PIT Christiane	31/12/2017	Non traité	
Ecrire le protocole		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité	
Informers les personnes accueillies et les familles du rôle du CVS et de son importance	- CVS	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Ouvrir le CVS de l'internat à l'accueil de jour avec l'élection de représentants des personnes accueillies et des familles		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité	
Intégrer les attentes de la personne dans le dossier de demande d'admission	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Ajouter un recueil des attentes dans le dossier de demande d'admission.		FERRY François	31/12/2017	Non traité	
Lister nos partenariats	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Elaborer un fichier de suivi des partenariats			31/12/2016	Non traité	
Mener une réflexion pluridisciplinaire sur l'intervention de bénévoles dans l'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Constituer un groupe de réflexion pluridisciplinaire avec l'internat		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité	
Mener une réflexion sur la ventilation du temps de travail des infirmières entre l'internat et l'externat.	- Soins	FERRY François	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Organiser une réunion avec le pool médical		FERRY François	30/06/2017	Non traité	
Mettre à disposition un livret d'accueil pour la personne accueillie	- Bonnes pratiques	FERRY François	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger un livret d'accueil pour la personne accueillie		FERRY François	30/06/2017	Non traité	
Mettre en place des conventions avec des structures d'amont à l'accueil de jour	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Signer des conventions avec des établissements partenaires dans le cadre de la continuité du parcours de vie de la personne en situation de handicap		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Mettre en place des événements au sein de l'établissement ouverts aux populations environnantes	- Projet d'établissement	FERRY François	31/12/2018	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Organiser un vide grenier		PIT Christiane	31/12/2018	Non traité	
Optimiser l'accès aux outils de la loi 2002-2	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Tracer la diffusion du livret d'accueil.		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité
Formaliser une procédure d'admission et de suivi des DIPC		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité
Créer un accès et un suivi informatique des outils.		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité

Planifier la réactualisation des projets personnalisés	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2016	1	
--	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer un calendrier annuel diffusé aux salariés		FERRY François	31/12/2016	Non traité
Planifier les réunions d'élaboration des projets personnalisés avec l'ensemble des référents		PIT Christiane	31/12/2016	Non traité

Poursuivre l'adaptation des compétences des professionnels	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
--	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Adapter les plans de formation aux besoins des professionnels en lien avec le service des Ressources Humaines		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité
Continuer à évaluer l'évolution des besoins des personnes accueillies		FERRY François	31/12/2018	Non traité

Poursuivre l'amélioration de la sécurité des locaux	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
---	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Identifier un espace de rangement du matériel.		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
Changer la véranda		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité

Poursuivre les investissements de matériel durable	- Matériel	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
--	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Réaliser des achats de matériel adapté en fonction du PPI		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Prévenir les intrusions dans le bâtiment	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Installer des volets et un système d'alarme		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	
Réadapter le projet personnalisé afin de globaliser les différents domaines de l'accompagnement de la personne accueillie	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Actualiser la procédure des projets personnalisés.		FERRY François	31/12/2016	Non traité	
Redéfinir le rôle des référents.	- Bonnes pratiques	FERRY François	30/06/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Créer une fiche sur le rôle et les missions des référents.		FERRY François	30/06/2017	Non traité	
Réécrire le Projet d'Etablissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Organiser et planifier l'expression des salariés par des groupes de réflexion par thème.		JOUSLIN Dolorès	01/06/2017	Non traité	
Rédiger le Projet d'Etablissement		JOUSLIN Dolorès	01/09/2017	Non traité	
Elaborer le plan d'actions		JOUSLIN Dolorès	01/12/2017	Non traité	
Suivre le plan d'actions (indicateurs de réalisation)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Rendre plus accessible le DUERP à tous les professionnels	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre à disposition le DUERP sous format informatique			31/12/2016	Non traité	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Changer le panneau Ligue Havraise en bas de la côte	JOUSLIN Dolorès	22/03/2016	Non traité
Renforcer l'ouverture de l'établissement sur son environnement	- Projet d'établissement PIT Christiane	31/12/2016	2 
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place un panneau d'affichage "Activités Exterieures" pour informer les professionnels de toutes les activités/sorties existantes sur le Havre et ses environs)	PIT Christiane	31/12/2016	Non traité
Associer un professionnel du Club au groupe de référents "Animation extérieure" pour la gestion de ce panneau	PIT Christiane	31/12/2016	Non traité
Renforcer les instances d'expression des personnes accueillies.	- Bonnes pratiques PIT Christiane	30/06/2017	1 
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place un CVS commun avec l'internat	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité
Repenser de manière innovante l'organisation des repas.	- Restauration FERRY François	30/06/2017	2 
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Réfléchir à l'utilisation des locaux sur le temps des repas	FERRY François	30/06/2017	Non traité
Resensibiliser les professionnels aux notions de bienveillance et bientraitance dans leurs pratiques professionnelles.	- Bonnes pratiques JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	2 
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Reprogrammer des formations sur la bienveillance et bientraitance.	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité
Respecter les goûts alimentaires de la personne accueillie	- Bonnes pratiques PIT Christiane	31/03/2017	1 

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place un document de recensement des goûts de la personne accueillie		PIT Christiane	31/03/2017	Non traité	
Revoir la structuration architecturale entière de l'établissement pour améliorer l'accessibilité	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Etudier les différentes possibilités via la commission Patrimoine de l'Association		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Sécuriser le circuit du médicament	- Soins	FERRY François	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger une procédure du circuit des médicaments entre les familles et l'institution		FERRY François	30/06/2017	Non traité	
Sécuriser le dépôt d'objet de valeur	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger une procédure de dépôt d'objet de valeur			31/12/2016	Non traité	
Rédiger une procédure en cas de vol.		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité	
Sensibiliser les professionnels à la question du respect et de la discrétion concernant les informations des personnes accueillies.	- Bonnes pratiques	FERRY François	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Accompagner les équipes à cette discrétion lors de l'analyse des pratiques, des réunions d'équipes, etc....		FERRY François	31/12/2017	Non traité	

6. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX



MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN FAM et MAS Manuel d'auto-évaluation



Date de l'évaluation: 15/07/2016

Etablissement

MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE
76610 LE HAVRE ROUELLES

Nature de l'établissement

Nombre total de places d'accueil

Résultat global

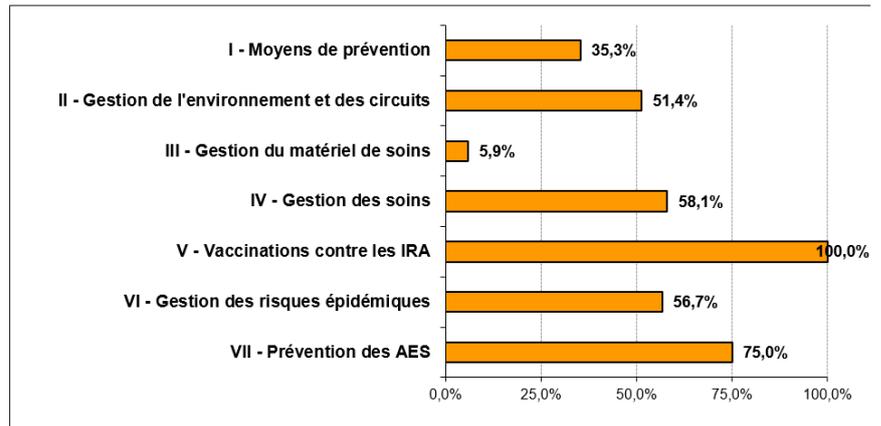
Vous obtenez un total de 93 points sur 185 attendus:

50,3%
d'objectifs atteints

L'établissement a mis en place une dynamique de gestion des IAS dont il doit poursuivre l'extension.

Consultez les scores par chapitre

Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



► SCORES TOTAUX PAR CHAPITRE

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Moyens de prévention	6	17	35,3
II - Environnement et circuits	38	74	51,4
III - Gestion du matériel	1	17	5,9
IV - Gestion des soins	18	31	58,1
V - Vaccinations	4	4	100,0
VI - Risques épidémiques	17	30	56,7
VII - Prévention des AES	9	12	75,0

Vous obtenez un total de 93 points sur 185 soit:

50,3%
d'objectifs atteints

► CHAPITRE I - MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Moyens	2	10	20,0
2-Surveillance / Alerte	3	3	100,0
3-Antibiotiques	1	2	50,0
4-Tenue du personnel dans l'établissement	0	2	0,0
Total	6	17	35,3

Vous avez obtenu un résultat de 35,3%

Votre établissement s'est engagé dans la prévention des Infections Associées aux Soins mais elle est encore incomplète. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

I-1 MOYENS

Votre établissement bénéficie de la présence d'un professionnel (médical ou paramédical) qui prend en charge l'hygiène et la prévention du risque infectieux

1

1=Oui, 2=Non

Votre établissement:

- travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène d'un établissement de santé

1

1=Oui, 2=Non

- dispose d'une personne référente hygiène (IDE, AS, ...) ou d'un relais en place dans l'établissement

1

1=Oui, 2=Non

- dispose d'une infirmière formée (DU) et/ou d'un praticien, pharmacien hospitalier formé (DU) avec mission définie

2

1=Oui, 2=Non

Le rapport annuel d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux

2

1=Oui, 2=Non

La formation du personnel à la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) est organisée pour:

- l'équipe médicale <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- IDE, AS, kinésithérapeutes et psychologues <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- les éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, moniteurs éducateurs <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- les AMP, ergothérapeutes, orthophonistes, ... <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- les personnels techniques (personnels de cuisine, agents entretien, ASH/ASI) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- les personnels administratifs <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- les nouveaux arrivants <i>1=Oui, 2=Non</i>	2

I-2 SURVEILLANCE / ALERTE

Une information sur le portage d'une BMR par un usager est portée à la connaissance de l'ensemble des professionnels de l'établissement <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
L'information de portage apparaît sur le DLU usager (équivalent) <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
L'état nutritionnel est suivi pour les usagers le nécessitant <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Une conduite à tenir de prise en charge des usagers présentant une dénutrition protidique et/ou une déshydratation est validée par un médecin <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Vous avez identifié les personnes ressources rattachées:	
- à l'ARS <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- à la CIRE <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
- à l'ARLIN <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- au CCLIN <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- à l'EOH <i>1=Oui, 2=Non</i>	2

I-3 ANTIBIOTIQUES

<p>Une réflexion / sensibilisation au bon usage des antibiotiques existe dans l'établissement (réunion d'information, relais auprès des médecins, ...) <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	1
<p>Des recommandations de bon usage des antibiotiques prescrits existent (protocoles, réunion d'information, courrier, ...) <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	2
<p>Une réévaluation de prescription des antibiotiques est réalisée par le prescripteur entre la 48ème et la 72ème heure <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	2
<p>Des recommandations de bonnes pratiques "bon usage des antibiotiques" sont connues par les prescripteurs <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	1

I-4 TENUE DU PERSONNEL DANS L'ETABLISSEMENT

<p>Le port d'une protection (tablier à usage unique, surblouse, ...) lors d'une prise en charge de l'usager exposant à des souillures (bio nettoyage, soins de nursing et soins infirmiers) est demandé <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	2
<p>L'établissement fournit des tenues professionnelles nécessaires au travail des salariés <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	1
<p>L'entretien des tenues professionnelles est effectuée par:</p>	
<p>- l'établissement <i>1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)</i></p>	2
<p>- le professionnel <i>1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)</i></p>	1
<p>Le changement de la tenue est quotidien <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	1
<p>La mise à disposition d'une protection adaptée à la situation pour les intervenants extérieurs (infirmière libérale, kiné, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de biologie, ...) <i>1=Oui, 2=Non</i></p>	2

► CHAPITRE II - GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Locaux	3	16	18,8
2-Restauration	11	14	78,6
3-Linge	0	9	0,0
4-Déchets	4	8	50,0
5-Eau	20	27	74,1
Total	38	74	51,4

Vous avez obtenu un résultat de 51,4%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

II-1 ENTRETIEN DES LOCAUX

Il existe des procédures de nettoyage des locaux dans l'établissement

2

1=Oui, 2=Non

Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux:

- un chariot de ménage est à la disposition des équipes

1

1=Oui, 2=Non

- le matériel nécessaire existe:

• des microfibrés

1

1=Oui, 2=Non

• des bandeaux

1

1=Oui, 2=Non

• des balais trapèzes

1

1=Oui, 2=Non

• des chiffonnettes

1

1=Oui, 2=Non

• des produits

1

1=Oui, 2=Non

• des gants de ménage

1

1=Oui, 2=Non

II-2 HYGIENE EN RESTAURATION

<p>Le dernier audit réalisé par le service de sécurité sanitaire de l'alimentation (DDCSPP) a été réalisé au cours des 3 dernières années 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Si oui,</p>	
<p>- le rapport a fait l'objet de mesures d'amélioration mises en place dans l'établissement 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>La méthode HACCP est en place dans les services cuisines (y compris le prestataire) 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Type de liaison entre la cuisine et les lieux de restauration 1=Liaison chaude, 2=Liaison froide, 3=les deux</p>	1
<p>En liaison chaude</p>	
<p>- la température à 63°C minimum des aliments chauds servis aux usagers est contrôlée 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- la température <8°C des aliments froids est contrôlée ou ≤ 10°C pour une durée inférieure à 2 heures 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Des thermomètres sont à disposition du personnel sur les lieux de restauration 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>La température des réfrigérateurs est contrôlée et tracée 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>En cas de températures non conformes, vous disposez d'une conduite à tenir (protocole) 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Votre établissement a instauré une procédure concernant la distribution des repas validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Si oui, elle prévoit:</p>	
<p>- l'hygiène des mains des agents avant la distribution 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- de faciliter l'hygiène des mains des usagers 1=Oui, 2=Non</p>	1

Votre établissement a instauré une procédure concernant l'entretien des appareils électroménagers validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections: <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
La fréquence de nettoyage et la traçabilité sont indiquées pour les appareils suivants:	
- chariots de distribution des repas <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
- réfrigérateurs <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
- micro-ondes <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	3
- chauffe lait <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	2
- bouilloires <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	2
Des CAT sont prévus en cas de dysfonctionnement(s) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Au cours de l'année écoulée votre établissement a rencontré un épisode de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Votre établissement a défini une procédure concernant le fonctionnement "d'atelier cuisine" <i>1=Oui, 2=Non</i>	2

II-3 GESTION DU LINGE

L'établissement prend en charge la blanchisserie <i>1=Totalement, 2=Partiellement, 3=Pas du tout</i>	2
Circuit du linge propre	
Il existe des procédures de gestion du linge propre dans l'établissement y compris pour le linge de l'utilisateur <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Une hygiène des mains est demandée avant toute manipulation (inclus dans le protocole) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Le linge propre est maintenu à l'abri d'une contamination (il est entreposé dans un chariot ou armoire ou filmé ou local dédié fermé) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Circuit du linge sale	
Il existe des procédures de gestion du linge sale dans l'établissement <i>1=Oui, 2=Non</i>	2

Lors des manipulations du linge souillé de liquides biologiques (selles, urines, sang), il est demandé d'appliquer les précautions "standard":

- le port de gants 1=Oui, 2=Non	1
- l'hygiène des mains 1=Oui, 2=Non	1
- la protection de la tenue par un tablier ou une surblouse 1=Oui, 2=Non	2
Les moyens nécessaires sont mis à disposition:	
- un chariot ou armoire ou local dédié fermé 1=Oui, 2=Non	1
- des sacs permettant le tri du linge sale / souillé 1=Oui, 2=Non	2
- le matériel de protection pour le personnel 1=Oui, 2=Non	2

II-4 GESTION DES DECHETS

Il existe des procédures de gestion des déchets dans l'établissement 1=Oui, 2=Non	2
Le directeur (ou la personne déléguée) coordonne la gestion des déchets qui porte sur:	
- le tri à la production OM, DASRI et OPCT 1=Oui, 2=Non	1
- le conditionnement identifié OM, DASRI et OPCT 1=Oui, 2=Non	1
- le lieu de stockage conforme aux normes 1=Oui, 2=Non	1
- l'évacuation et le transport des DASRI 1=Oui, 2=Non	1
- la traçabilité des DASRI:	
• la convention avec le prestataire prenant en charge les déchets 1=Oui, 2=Non	1
• le remplissage pour chaque dépôt ou collecte d'un bon de prise en charge ou d'un bordereau Cerfa 1=Oui, 2=Non	1
• l'édition de l'attestation de destruction par le prestataire 1=Oui, 2=Non	1

Lors de manipulations de tous les déchets, il est demandé dans les procédures d'appliquer les précautions "standard":

- le port de gants 1=Oui, 2=Non	1
- l'hygiène des mains 1=Oui, 2=Non	1
- la protection de la tenue 1=Oui, 2=Non	2
Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures et les éléments suivants sont à disposition des équipes et des usagers concernés:	
- les sacs à déchets OM 1=Oui, 2=Non	1
- les sacs et/ou cartons et/ou fûts à déchets DASRI 1=Oui, 2=Non	1
- les collecteurs OPCT répondant à la norme 1=Oui, 2=Non	1
- le matériel de protection individuelle du personnel 1=Oui, 2=Non	2

II-5 GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

II-5.1 Eau chaude sanitaire et risque légionelle

Un contrôle annuel visant le dénombrement des légionelles est réalisé dans l'établissement 1=Oui, 2=Non	1
Le laboratoire sollicité est accrédité légionelles (méthode NF T 90-431) 1=Oui, 2=Non	1
Le contrôle comporte au moins cinq points de prélèvement 1=Oui, 2=Non	1
En cas de dysfonctionnement, vous avez une CAT qui prévoit les points suivants:	
- une information vers le directeur et l'instance de prévention du risque infectieux est systématique 1=Oui, 2=Non, 3=NA	1
- des mesures correctives 1=Oui, 2=Non, 3=NA	1
- une vérification de la normalisation des analyses 1=Oui, 2=Non, 3=NA	1
- une sécurisation des points d'usage par la mise en place de filtration terminale sur douche et/ou robinet (solution transitoire) 1=Oui, 2=Non, 3=NA	1

Le carnet sanitaire portant sur la gestion de la qualité de l'eau est en place 1=Oui, 2=Non	1
Si oui, il contient les éléments suivants:	
- la cartographie actualisée du réseau 1=Oui, 2=Non	1
- le suivi des températures 1=Oui, 2=Non	1
- la liste des travaux en cours 1=Oui, 2=Non	1
- les opérations de maintenance sur le réseau 1=Oui, 2=Non	1
- les traitements contre le tartre 1=Oui, 2=Non, 3=NA	2
- les traitements de désinfection de la robinetterie 1=Oui, 2=Non, 3=NA	2
- les résultats d'analyse 1=Oui, 2=Non	1
- la mise à disposition de la réglementation en vigueur 1=Oui, 2=Non	1
- la traçabilité, 1 fois par semaine au minimum, de la purge des points d'usage inutilisés (eau chaude et froide) 1=Oui, 2=Non	1
- le relevé de consommation eau chaude et eau froide (relevé des compteurs) 1=Oui, 2=Non	2
- l'expertise technique et sanitaire portant sur le réseau par un organisme spécialisé 1=Oui, 2=Non	1
Vous avez à disposition une conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire:	
- pour la prise en charge de l'usager et/ou du personnel 1=Oui, 2=Non	1
- pour les actions à mener concernant le réseau d'eau dans l'établissement 1=Oui, 2=Non	1
- pour la déclaration obligatoire (DO) d'une légionellose d'un usager et/ou du personnel 1=Oui, 2=Non	1
- pour informer les intervenants extérieurs et visiteurs 1=Oui, 2=Non	2

II-5.2 Eau de consommation alimentaire

Concernant l'eau du robinet, au moins, un prélèvement annuel contrôlant la potabilité au niveau des points des offices alimentaires est réalisé 1=Oui, 2=Non	2
Vous utilisez l'eau embouteillée 1=Oui, 2=Non	2
Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes 1=Oui, 2=Non	2

Vous utilisez l'eau distribuée à partir de bonbonnes

2

1=Oui, 2=Non

Devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes de la qualité de l'eau de consommation alimentaire,

- une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place

2

1=Oui, 2=Non

II-5.3 Eau pour soins standard

Concernant l'eau du robinet pour les soins

- au moins, un prélèvement trimestriel vise le dénombrement de *Pseudomonas aeruginosa*, des coliformes totaux et de la flore aérobie revivifiable à 22°C et à 36°C

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

- si présence de coliformes totaux, la recherche d'*Escherichia coli* est réalisée

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

Devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes de la qualité de l'eau pour soins standard,

- une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place

2

1=Oui, 2=Non, 3=NA

- une information vers le directeur et l'instance de prévention des infections est systématique

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

II-5.4 Bassins d'eau de rééducation

Si l'installation s'apparente à une grande baignoire avec une faible fréquentation, après chaque usage, elle est vidée et nettoyée

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

Si l'installation s'apparente à une mini-piscine, les mesures préconisées par l'ARS (traitement de l'eau, eau désinfectée et désinfectante, surveillance de la qualité de l'eau, carnet sanitaire, etc) sont mises en œuvre

3

1=Oui, 2=Non, 3=NA

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	1	17	5,9

Vous avez obtenu un résultat de 5,9%

Votre établissement a un retard important dans ce secteur. Vous devez initier un programme d'actions. Les thèmes apparaissant dans les tableaux seront repris un par un, en priorité ceux figurant dans les cases rouges, et déclinés en mesures correctrices afin d'améliorer la prévention auprès des résidents.

<p>La politique de l'établissement privilégie l'usage de dispositifs médicaux (DM) à usage unique (set à pansement, pincés, ciseaux...) 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Il existe une procédure de traitement (nettoyage et désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation 1=Oui, 2=Non</p>	2
Matériels utilisés dans l'établissement	
<p><u>Appareillage</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p><u>Bassin et urinoir</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p><u>Brassard à tension</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p><u>Chaise de pesée, plateforme</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Type de traitement:</p>	
<p>• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>• Vapeur 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p><u>Chariot de soins</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Type de traitement:</p>	
<p>• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>• Vapeur 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p><u>Chaise percée</u> 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Une procédure existe 1=Oui, 2=Non</p>	2

Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
<u>Chariot linge propre</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Type de traitement:	
• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
• Vapeur 1=Oui, 2=Non	2
<u>Chariot linge sale</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Type de traitement:	
• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
• Vapeur 1=Oui, 2=Non	2
<u>Chariot lit / douche / fauteuil</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Type de traitement:	
• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
• Vapeur 1=Oui, 2=Non	2
<u>Dispositif de distribution des médicaments</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Type de traitement:	
• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
• Vapeur 1=Oui, 2=Non	2
<u>Extracteur à oxygène</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2

Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
<u>Générateur (appareil) aérosol</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
<u>Lève personne ou verticalisateur (sangles ou hamac)</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Type de traitement:	
• Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	1
• Vapeur 1=Oui, 2=Non	
<u>Matériel de ventilation non invasive (masque...)</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	2
<u>Matériel respiratoire</u> 1=Oui, 2=Non	2
<u>Thermomètre température usager</u> 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Type de traitement: Détergent / Désinfectant 1=Oui, 2=Non	2

► CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Actes infirmiers et de nursing	5	11	45,5
2-Hygiène corporelle	3	4	75,0
3-Précautions standard	7	8	87,5
4-Précautions complémentaires	2	3	66,7
5-Antiseptiques	1	5	20,0
Total	18	31	58,1

Vous avez obtenu un résultat de 58,1%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

V-1 ACTES DE SOINS INFIRMIERS ET DE NURSING

Soins pratiqués

Aérosol thérapie

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

1

Alimentation entérale

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Aspiration bronchique ou endotrachéale

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Aspiration buccale 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Hygiène des mains et port de gants 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Injections (IM/SC/IV) 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Oxygénothérapie 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Plaies (escarres, ulcères...) 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	2
Pose d'une perfusion sous cutanée 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Pose d'une voie veineuse 1=Oui, 2=Non	2

Précautions complémentaires 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Précautions standard 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Prélèvement veineux 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
Soins de nursing (toilette, soins bucco-dentaires...) 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1
Sondage vésical 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	2
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	
Stomies 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	1

IV-2 HYGIENE CORPORELLE, PRESTATIONS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

L'hygiène corporelle des usagers fait l'objet d'une procédure 1=Oui, 2=Non	1
Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé et d'un document de prise en charge individuel 1=Oui, 2=Non	1
La surveillance de l'état bucco-dentaire est organisée par l'établissement 1=Oui, 2=Non, 3=NA	1
Le lavage des mains et/ou l'utilisation de PHA est préconisé aux usagers 1=Oui, 2=Non	2

IV-3 PRECAUTIONS STANDARD

Les précautions standard ont fait l'objet d'une information et/ou formation et d'une diffusion large auprès de tout le personnel 1=Oui, 2=Non	1
---	----------

IV-3-1 Hygiène des mains

La politique de l'hygiène des mains valorise l'utilisation des produits hydro-alcooliques 1=Oui, 2=Non	1
Des produits hydro-alcooliques sont mis à disposition du personnel 1=Oui, 2=Non	1
Une information et/ou formation préalable sur les conditions d'utilisation des produits hydro-alcooliques a été effectuée auprès des personnels utilisateurs 1=Oui, 2=Non	1
Les postes de lavage des mains implantés dans l'établissement comportent:	
- un distributeur d'essuie-mains 1=Oui, 2=Non	1
- un distributeur de savon doux liquide 1=Oui, 2=Non	1
- une poubelle (type corbeille à papier) 1=Oui, 2=Non	1

IV-3-2 Gants

Les gants à usage unique non stériles sont mis à disposition des équipes 1=Oui, 2=Non	1
L'établissement a promu l'utilisation des gants non poudrés 1=Oui, 2=Non	1
Le principe d'utilisation UN GESTE = UNE PAIRE DE GANTS est préconisé 1=Oui, 2=Non	2

IV-4 LES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

Les précautions complémentaires font l'objet d'une information spécifique aux professionnels concernés

1=Oui, 2=Non

1

Concernant les procédures des précautions complémentaires, il existe celles:

- de type contact

1=Oui, 2=Non

2

- de type gouttelettes

1=Oui, 2=Non

2

- de type air

1=Oui, 2=Non

2

Il existe une signalisation lors de la mise en œuvre des précautions complémentaires

1=Oui, 2=Non

1

IV-5 ANTISEPTIQUES

Il existe une procédure sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement

1=Oui, 2=Non

2

Si oui, elle est:

- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections

1=Oui, 2=Non

- diffusée aux professionnels concernés

1=Oui, 2=Non

Le temps de contact des antiseptiques est précisé

1=Oui, 2=Non

L'inscription de la date d'ouverture sur les flacons multi doses est demandée

1=Oui, 2=Non

L'utilisation des antiseptiques alcooliques est valorisée (en dehors des muqueuses)

1=Oui, 2=Non

2

Le principe d'une antiseptie en 4 temps (nettoyage, rinçage, séchage, antiseptie avec séchage spontané) est préconisé (exemple: pose d'un cathéter veineux périphérique ou sous cutané)

1=Oui, 2=Non

1

► CHAPITRE V - LES VACCINATIONS CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	4	4	100,0

Vous avez obtenu un résultat de 100,0%

Votre score traduit un engagement fort de l'établissement dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats de ce chapitre peut encore vous permettre d'améliorer certains éléments de prévention.

L'établissement organise la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin

1

1=Oui, 2=Non

L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'établissement

1

1=Oui, 2=Non

L'établissement organise la vaccination anti-pneumococcique des usagers à risque

1

1=Oui, 2=Non

L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination des personnels

1

1=Oui, 2=Non

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Gale	7	8	87,5
2-Tuberculose pulmonaire	0	11	0,0
3-Gastro-entérite	5	5	100,0
4-Infection respiratoire aiguë basse	5	6	83,3
Total	17	30	56,7

Vous avez obtenu un résultat de 56,7%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

VI-1 GALE

Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de gale 1=Oui, 2=Non	1
Si oui, elle est:	
- écrite 1=Oui, 2=Non	1
- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections 1=Oui, 2=Non	1
- diffusée aux professionnels concernés 1=Oui, 2=Non	1
Si oui, elle prévoit:	
- l'approvisionnement des produits (ivermectine) pour le traitement des personnes en cas de gale 1=Oui, 2=Non	2
- la mise en place et la levée des mesures de précautions complémentaires de type contact sur prescription médicale 1=Oui, 2=Non	1
- que l'usager reste dans sa chambre jusqu'à l'efficacité d'un traitement curatif (48h) 1=Oui, 2=Non	1
Si oui, elle est:	
- écrite 1=Oui, 2=Non	1
- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections 1=Oui, 2=Non	1
- diffusée aux professionnels concernés 1=Oui, 2=Non	1
Les précautions complémentaires contact sont mises en place 1=Oui, 2=Non	1
En cas d'usager suspect de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> :	
- le maintien dans sa chambre est priorisé 1=Oui, 2=Non	1
- un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel® diluée est prévu 1=Oui, 2=Non	1

Dans le cadre de la gestion des risques épidémiques, une information est prévue vers:

- les usagers 1=Oui, 2=Non	2
- les salariés et intervenants extérieurs 1=Oui, 2=Non	1
- les visiteurs 1=Oui, 2=Non	1

VI-4 INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE BASSE

Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour la prise en charge des résidents atteints d'infection respiratoire aiguë (IRA) 1=Oui, 2=Non	1
Cette conduite à tenir est:	
- écrite 1=Oui, 2=Non	1
- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections 1=Oui, 2=Non	1
- diffusée aux professionnels concernés 1=Oui, 2=Non	1
Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place 1=Oui, 2=Non	2
Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des usagers atteints d'IRA 1=Oui, 2=Non	1
Il est demandé à l'usager atteint d'IRA de ne pas fréquenter la structure de jour et, s'il quitte sa chambre, de porter un masque chirurgical 1=Oui, 2=Non	1
La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour l'usager atteint d'IRA 1=Oui, 2=Non	1

► CHAPITRE VII - PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	9	12	75,0

Vous avez obtenu un résultat de 75,0%

Votre score traduit un engagement fort de l'établissement dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats de ce chapitre peut encore vous permettre d'améliorer certains éléments de prévention.

<p>L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination contre le VHB pour le personnel 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Une formation / information auprès de tout le personnel, y compris les intervenants extérieurs, pour prévenir les risques d'AES a été organisée dans l'établissement 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Il existe une procédure dans l'établissement détaillant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES 1=Oui, 2=Non</p> <p>Si oui, elle est:</p>	1
<p>- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</p> <p>1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- diffusée et mise à disposition auprès des professionnels concernés</p> <p>1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>En cas d'AES, il est prévu de faire rapidement un test VIH pour investiguer la personne source (lorsque celle-ci est connue et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou du représentant légal) 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin de santé au travail 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Si votre établissement est doté d'un CHSCT ou son équivalent, le bilan annuel des AES impliquant des salariés est présenté lors d'une réunion 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants:</p>	
<p>- des collecteurs OPCT munis de système de fixation</p> <p>1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- des collecteurs OPCT fixés sur un support</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	2
<p>- du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour injections</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour perfusions veineuses</p> <p>1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	3

7. PLAN D' ACTIONS DARI

Source : DARI - MAS						
Référence	Objectifs	Thèmes	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement
DARI	Plan d'Actions suite au DARI de 2016	Risques infectieux	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	1	
Actions			Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place une formation pour améliorer les compétences des professionnels à la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS)			JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	
Rédiger tous les protocoles de soins manquants			CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité	
Déployer les procédures d'hygiène des locaux et d'entretien du linge (fournis par notre fournisseur)			FERRY François	31/03/2017	En cours	

8. CONCLUSION

Les évaluations internes de la Maison d'Accueil Spécialisée et de l'Accueil de Jour se sont déroulées dans un contexte de changement. Les années 2015 et 2016 ont été marquées par l'engagement de la nouvelle direction dans la réorganisation du fonctionnement des deux structures et leur adaptation à leur nouvel environnement financier contraint par un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) pour la Maison d'Accueil avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur 2015-2018, tout en préservant la qualité d'accompagnement des résidents et leur sécurité.

A la Maison d'Accueil, les horaires et roulements des professionnels (IDE, AS-AMP, ASI) ont été modifiés et harmonisés afin de parfaire la continuité de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies. Malgré les perturbations provoquées par ces changements, les professionnels ont adhéré à cette démarche d'auto-évaluation, même si leurs inscriptions n'étaient pas acquises, pour la Maison d'Accueil, au lancement de celle-ci fin décembre 2015. Une nouvelle campagne de communication, en janvier 2016, a permis de motiver les professionnels à réaliser cette auto-évaluation.

Ces évaluations internes ont répondu à la nécessité de réaliser un état des lieux préalable à la réécriture des projets d'établissement, en déclinaison du nouveau Projet Stratégique de la Ligue Havraise, Horizon 2020. Un autre enjeu de ces auto-évaluations, outil réel de management, est la remobilisation de tous les professionnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, qui doit être confortée dans

ces établissements. La culture de l'écrit et de la formalisation doit remplacer la culture de l'oral très ancrée. Le déploiement d'un nouvel outil informatique, fin 2016 et 2017, pour le Dossier Unique de l'Usager va accompagner ce changement de culture, et permettre aux équipes de faciliter leur implication dans la production des indicateurs ANAP et de s'engager sereinement dans la réforme de la tarification à venir, SERAFIN-PH.

Le Comité de pilotage, constitué pour cette évaluation interne, est composé de neuf membres pluridisciplinaires. Son existence sera pérennisée sur les années à venir afin d'accompagner et de garantir la mise en œuvre des plans d'actions et plus généralement le déploiement de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des structures.

La participation des résidents, des familles et des professionnels aux groupes d'évaluation permet, d'ores et déjà, de constater que tous ont un futur commun et des exigences de qualité. Et comme l'a écrit Christine LALLART, Présidente de la Ligue Havraise dans Horizon 2020 :

« Fiers du chemin parcouru jusque-là, conscients de celui qui nous reste à accomplir, plus motivés que jamais, nous nous mettons en marche, unis, tous ensemble, publics accueillis, familles, professionnels, aidants, bénévoles et partenaires. »

MAS ACCUEIL DE JOUR LE CLUB

Manoir d'Eprémesnil
76610 LE HAVRE ROUELLES

CONTACTS

Monsieur Michel CAPPE
Directeur Général LIGUE HAVRAISE

—
Madame Dolorès JOUSLIN
Directrice MAS Accueil de Jour

—
Tél : 02 35 22 16 44
michel.cappe@liguehavraise.com
dolores.jouslin@liguehavraise.com

—
www.liguehavraise.fr

LA LIGUE HAVRAISE EST ADHÉRENTE DE

