RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ LA SALAMANDRE

OCTOBRE 2016

LIGUE HAVRAISE
POUR L'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Ligue havraise

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

1.1.1. Les recommandations de bonnes pratiques 6

1.1.2. L'organisme gestionnaire 7

1.2 Caractérisation de la population accompagnée 8

1.2.1 Nombre de personnes accueillies 8

1.2.2 Les pathologies des personnes accueillies 9

1.3 Spécifications des objectifs de l'accompagnement 9

1.3.1. L'organisation et le fonctionnement du FAM la Salamandre sont axés sur la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, la santé et la participation sociale des personnes accueillies 10

1.3.2. L'accompagnement est personnalisé 15

1.3.3. La garantie des droits et participation des personnes accueillies sont effectives 16

1.3.4. La protection et la prévention des risques inhérents aux personnes accueillies et au mode d'accompagnement sont mises en place. 18

2. PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE 18

2.1 Protocole d'évaluation 18

2.2 Les modalités de l'implication des différents acteurs 18

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage 18

2.2.2 Modalités d'association des personnes accueillies et des familles aux différentes étapes .19

2.2.3 Modalités d'association des professionnels 19

2.3 Modalités de la remontée des informations 21

2.3.1 Principe de construction du référentiel d'évaluation 21

2.3.2 Structure du référentiel d'auto-évaluation: 21

2.3.3 Les principaux domaines évalués et les références 21

2.3.4 Le déroulement des sessions d'évaluation 23

3. PRESENTATION DES RESULTATS 23

3.1 Les principaux constats : résultats et analyse 23

3.1.1 L'Accueil 23

3.1.2 L'accompagnement des personnes accueillies 26

3.1.3 Les soins 33

3.1.4 Le cadre de vie 37

3.1.5 Le respect des droits des personnes accueillies 40

3.1.6 Les outils de la loi de 2002 44

3.1.7 Le management 45

3.1.8 Le réseau, le territoire et les partenaires 47
3.1.9 La prévention des risques 50
3.2 Synthèse 54
4. PLAN D'ACTIONS 57
5. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI) 64
6. PLAN D'ACTIONS DARI 86
7. CONCLUSION 90

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

1.1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1.1. Contenu de l'autorisation

Le site de la Salamandre créé en 1990 comprenait à l'origine un internat de 25 places (FAM) et un C.A.J de 35 places (dont 10 semi-internes). Il est implanté dans le quartier de l'Eure. Ce quartier est depuis plusieurs mois en pleine expansion, de nombreux services et commerces ayant récemment ouvert leurs portes (cinéma, clinique, piscine).

La construction d'un bâtiment supplémentaire en 2004 a permis d'augmenter la capacité d'accueil du CAJ passant à 60 places. Le nombre de places en internat est passé de 25 places à 15 places d'accueils, pour améliorer les conditions d'accueil des usagers et répondre aux obligations réglementaires en matière de sécurité. En 2015, une place d'accueil temporaire a été autorisée.

Le FAM La Salamandre est agréé par l'Aide Sociale du Département de Seine Maritime et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie pour accueillir des adultes handicapés des deux sexes (habilitation du Conseil Général de Seine Maritime du 1er mars 1990).

L'établissement est ouvert à toute personne adulte atteinte de déficience intellectuelle ou de troubles du comportement stabilisés, à partir de 18 ans et bénéficiaire d'une décision d'orientation établie par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

❖ **Nos principales références législatives et réglementaires :**

La loi du 2 janvier 2002

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale met l'accent sur les droits des usagers et insiste sur la lisibilité et l'efficacité d'interventions nécessairement plurielles.

Elle positionne l'évaluation comme socle des politiques sociales, contribuant à la prévention des risques, à l'adaptation de la réponse aux besoins des publics concernés et à l'amélioration du service rendu.

Aussi, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit des dispositions spécifiques concernant :

- Le droit et la participation des usagers,
- L'élaboration du Projet d'Etablissement et de Projets Personnalisés d'Accompagnement
- L'évaluation interne régulière de la qualité des prestations
- Une évaluation externe autorisant à poursuivre l'activité.

- L'esprit des textes de la loi du 2 janvier 2002 stipule que doivent être garantis à toute personne accueillie et à sa famille :
- Le respect du choix de la prestation la mieux adaptée
- Un accompagnement personnalisé de qualité, favorisant son développement, son autonomie, son insertion, respectant son consentement éclairé
- La confidentialité
- L'accès à toute information ou document relatif à l'accompagnement
- Une information sur les droits fondamentaux et les protections
- Sa participation directe à la conception et la mise en œuvre de son projet de vie avec, éventuellement, l'aide de son représentant légal.

Ces orientations et ces obligations sont contractualisées entre usagers et établissements.

« L'élaboration du projet d'établissement, la consultation des usagers et l'évaluation interne de la qualité des prestations, garantissent le bon fonctionnement des établissements »[1].

La loi du 11 février 2005

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées[2] représente une étape fondamentale dans la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne handicapée. Ainsi, « *la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation nationale ».*

La loi du 11 février 2005[3] constitue une modification profonde de la prise en charge du handicap en France dont les incidences sont tout aussi importantes pour les personnes concernées que pour les collectivités locales.

Elle a en effet mis en place un nouveau cadre conceptuel au terme duquel le handicap n'est plus seulement une donnée individuelle mais « *le résultat de la combinaison d'une déficience et d'un environnement* »[4]. Elle rend nécessaire pour la société d'adapter l'environnement matériel et social. Il est dit : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*[5]

La notion de personne en situation de handicap, même si elle n'a pas été reprise par la loi qui continue de se référer à la notion de personne handicapée s'impose progressivement dans les faits.

Cette loi instaure donc un droit et une prestation à la compensation des conséquences du handicap avec de nouvelles modalités de revenus pour les personnes handicapées, et de nouveaux droits pour les parents.

---

1 Extrait de l'article 311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

2 La loi n°75-534 du 30 juin 1975.

3 La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

4 Extrait de la loi La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

5 Extrait de la loi La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle stipule que « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* »[6].

Le décret entré en vigueur en mars 2009

Pour les établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, le décret[7] de mars 2009 précise notamment les dispositions générales relatives à la qualité et à la continuité de l'accompagnement.

Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent, les établissements et services :

- « 1° Favorisent **leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement** en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique
- 2° Développent **leurs potentialités par une stimulation adaptée** tout au long de leur existence, **maintiennent leurs acquis et favorisent leur apprentissage et leur autonomie**
- 3° Favorisent leur **participation à une vie sociale, culturelle et sportive** par des activités adaptées
- 4° Portent **une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique**
- 5° Veillent au **développement de leur vie affective et au maintien du lien** avec leur famille ou leurs proches
- *6° **Garantissent l'intimité** en leur préservant un espace de vie privatif*
- *7° Assurent un **accompagnement médical coordonné** garantissant la qualité des soins*
- *8° Privilégient **l'accueil des personnes par petits groupes** au sein d'unités* de vie. »[8]

Selon ce décret, l'accompagnement médico-social doit notamment apporter :

- Une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et de la mobilité
- Une aide à la communication et à la prise de décision
- Un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives
- Des soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique

Le décret précise que le fonctionnement de la structure doit garantir l'accompagnement de la personne de manière continue tout au long de l'année.

Par conséquent :

- En période de fermeture, elle doit organiser l'accueil de la personne (dans sa famille, chez des proches, dans un autre établissement)
- Elle doit être équipée d'un matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales dans l'attente du transfert des personnes vers un établissement de santé

---

[6] Extrait de la loi La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

[7] Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

[8] Article D. 344-5-1 (Art. D. 344-5-3) du décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

- Lorsque la personne est admise temporairement dans un autre établissement (de santé ou médico-social), la structure doit transmettre un dossier contenant des fiches d'information sur la personne
- Lors d'un déplacement de la personne accueillie, l'établissement est tenu d'assurer la présence d'une tierce personne la connaissant.
- Le décret définit également les rôles et fonctions des professionnels :
- Le directeur a la responsabilité du fonctionnement général et est chargé de désigner un référent pour chaque personne accueillie
- Une équipe pluridisciplinaire, dont la composition minimum est déterminée par le décret, est chargée d'établir dès l'admission, un bilan de l'état général de la personne. Elle assure une fonction générale de prévention et de surveillance de sa santé physique et psychique.

1.1.1. Les recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'A.N.E.S.M[9] donnent un cadre et précisent les grandes orientations que doivent suivre les structures[10].

A ce jour, les recommandations prises en compte au sein des établissements sont :

- La mise en œuvre de l'évaluation interne
- La bientraitance
- L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- La prise en compte des attentes de la personne
- La mise en place d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.
- La qualité de vie en MAS et FAM

La bientraitance, telle qu'elle est définie par les recommandations de bonnes pratiques, guide les actions individuelles et les relations collectives au sein des établissements. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. C'est une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité. « *C'est pour les professionnels un aller et retour permanent entre penser et agir* »[11].

La démarche de bientraitance est une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels des établissements.

Elle se concrétise par :

- Des actions permettant à l'usager d'être co-auteur de son parcours
- Des mesures garantissant un lien de qualité entre professionnels et usagers
- Des initiatives permettant à la structure de s'enrichir de toutes les contributions internes et externes pertinentes
- Une organisation et un encadrement réfléchis dans la perspective de continuité entre la bientraitance des usagers et de leurs proches et le soutien apporté aux professionnels dans l'exercice de leur mission.

9 Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux.
10 L'article 313.1.1 du code de l'Action Sociale et des Familles.

11 Extrait des Recommandations de bonnes pratiques professionnelles p.15.

Ces quatre dimensions sont complémentaires et inséparables.

La maltraitance étant un risque incontournable pour tous les professionnels au contact de personnes vulnérables, la direction adopte en la matière un positionnement rigoureux et repérable qui consiste à :

1. Livrer une information claire sur le rôle de chacun en matière de maltraitance, appuyée par des formations spécifiques, et entretenue par des échanges continus entre les parties en présence, afin de bâtir collectivement un processus de vigilance.
2. Mettre en place une organisation de travail respectueuse des libertés fondamentales des usagers, ajustée le mieux possible à leur rythme. Il s'agit notamment d'aider les professionnels à analyser leurs pratiques quotidiennes dans le cadre de missions clairement définies pour donner du sens à leur mission, et par là même à valoriser et à développer leurs ressources.
3. Organiser un traitement systématique des faits de maltraitance dans le respect de la confidentialité et de la préservation de l'intimité de la personne victime de maltraitance.

❖ **Nos références spécifiques**

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont des structures d'hébergement qui accueillent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier.
Le fonctionnement du FAM « la Salamandre » est régi par le code de l'action sociale et des familles. Son organisation et ses savoir-faire, s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

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 24 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.

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 et les services des établissements 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, davantage les former sur les évolutions de leurs métiers et les publics accueillis, ainsi que reconnaître

leur savoir-faire afin de toujours améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par les différents établissements et services.

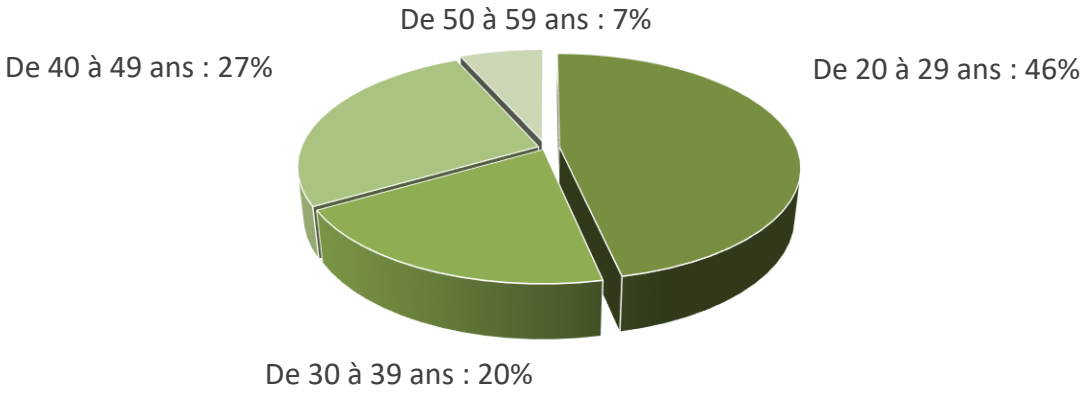
1.2 CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE

Le Public

Le public accueilli au Foyer d'Accueil Médicalisé de « La Salamandre » se caractérise par :

- Une déficience intellectuelle légère à profonde
- Une autonomie motrice
- Des troubles du comportement stabilisés

Il s'agit d'un public mixte, dont la moyenne d'âge se situe entre 20 et 29 ans environ comme l'illustre le graphique suivant :



1.2.1 Nombre de personnes accueillies

Le Foyer d'Accueil Médicalisé de « La Salamandre » accueille 15 internes, domiciliés au 10 rue du Général Chanzy 76600 Le Havre.

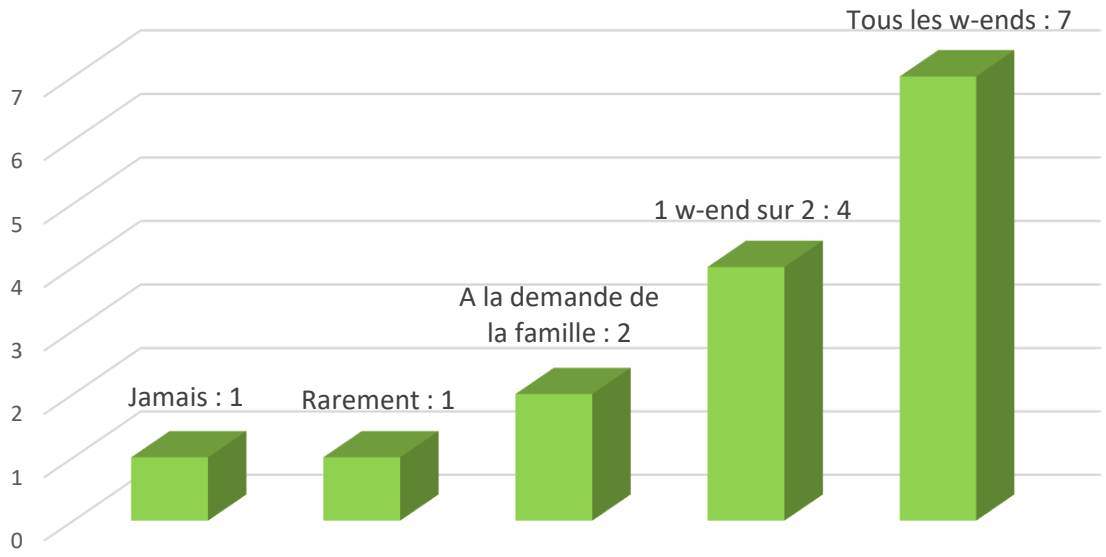
Pour être admis sur le Foyer d'Accueil Médicalisé, les personnes doivent impérativement pouvoir participer aux divers ateliers proposés au Centre d'Activités de Jour attenant, s'inscrire dans un planning d'activités annuel et s'adapter à la vie en collectivité.

La majorité d'entre elles est sous protection juridique, exercée par la famille ou un organisme tutélaire le cas échéant.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé est ouvert 7 jours sur 7, 24h/24h. Les personnes accueillies sont accompagnées par des membres de l'équipe jusque 22h, puis par une veilleuse jusqu'au lendemain 7h.

L'accueil est réalisé sur 365 jours, entrecoupé de séjours vacances ou familles (non obligatoires, à raison d'une moyenne de 10 jours par an pour la plupart lorsqu'il s'agit de séjours adaptés.) et de sorties weekend.

Sur l'année 2015, 8 personnes ont bénéficiées de ce type d'organisation et 8 personnes sont parties en vacances dites « familles », ci-dessous le graphique lié aux mouvements de sortie :



1.2.2 Les pathologies des personnes accueillies

Il s'agit d'un public mixte, dont la moyenne d'âge se situe entre 20 et 29 ans

L'ensemble des usagers accueillis présente une déficience mentale ou, pour reprendre les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, un retard mental qui peut être moyen ou grave. Cependant les usagers ont parfois également reçu, dans les divers établissements qu'ils ont fréquentés, un diagnostic de « psychose infantile » de « dysharmonie évolutive », de « psychose infantile vieillie » de « repli autistique » ou encore, de « troubles de la personnalité »… L'ensemble de ces diagnostics16, posés par le corps médical (psychiatres en grande majorité) se réfère naturellement au fonctionnement psychique d'un patient dans une acception psychanalytique où l'on parle de structure psychotique ou névrotique que ce soit pour l'enfant comme pour l'adulte.

1.3 SPECIFICATIONS DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'Association La Ligue Havraise s'appuie sur un socle que sont ses 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

Ainsi, les missions du FAM 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 :

- Proposer et assurer un accompagnement personnalisé, adapté et de qualité tout au long de la vie du résident
- Garantir les soins que requiert le résident
- Favoriser l'autonomie du résident
- Développer et maintenir la socialisation
- Adapter l'environnement aux besoins du résident

- Mettre en œuvre les droits fondamentaux du résident
- Proposer un mode d'accueil diversifié
- Favoriser les liens avec les familles
- Favoriser la formation des professionnels

1.3.1. L'organisation et le fonctionnement du FAM la Salamandre sont axés sur la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, la santé et la participation sociale des personnes accueillies

L'accompagnement est personnalisé pour apporter une réponse adaptée aux besoins de l'usager (rythme, habitudes, capacités et difficultés).

a) L'accompagnement médical et paramédical

Le suivi médical est assuré par un pôle, constitué d'infirmières, d'une aide-soignante, d'un médecin commun aux deux sites et de psychiatres. Ils sont présents selon un planning établi et peuvent intervenir à tout moment selon les besoins. L'équipe collabore avec des professionnels de santé complémentaires : pharmacie, kinésithérapeute, dentiste, neurologue, pédicure, ophtalmologue... Les centres hospitaliers de proximité sont sollicités pour des interventions d'urgence ou à la demande du médecin. L'établissement travaille avec une antenne de l'hôpital psychiatrique du Havre en lien avec les psychiatres de nos établissements.

Les infirmières assurent notamment :

- La constitution du dossier du résident et le suivi des traitements sous la responsabilité du médecin traitant
- La préparation du pilulier pour la semaine sur prescription médicale (ordonnance à jour). La distribution peut être déléguée aux professionnels éducatifs pour les traitements habituels. Dans ce cas, cette collaboration s'inscrit dans le cadre des protocoles
- Le suivi des dossiers médicaux
- La réalisation des protocoles de soins à destination des équipes (conduites à tenir en cas d'allergies, de maux divers, de crises d'épilepsie ou de canicule…)
- La prise des rendez-vous médicaux (médecins traitants, spécialistes, laboratoires, radiologie...)
- Le suivi des vaccinations
- L'évaluation régulière de l'efficacité du traitement à partir des transmissions de l'équipe (suivi des repas, du sommeil, évolutions de l'état de santé du résident…).
- Le suivi des patients en cas d'hospitalisation
- Les transmissions orales et écrites en direction des équipes, de la direction et des familles.

Les infirmières travaillent sous couvert du secret professionnel et sous l'obligation de discrétion.

Le dossier médical est exclusivement à l'usage des infirmières et du médecin. Seule la fiche d'urgence est à disposition de l'ensemble des équipes. Elle contient des informations succinctes et nécessaires dans les situations d'urgence. Seuls les usagers et leurs mandataires judiciaires peuvent consulter le dossier médical. La famille peut en faire la demande via le médecin et dans le cadre de l'établissement.

Les infirmières ne travaillant pas après 20 heures, en cas de problème, les équipes éducatives et les veilleuses de nuit sont informées de l'évolution de l'état de santé du résident et des conduites à tenir.

Le logiciel S.A.M permet de rassembler et de mettre en lien les informations médicales du patient. L'accessibilité du contenu médical est sécurisée par la mise en place d'un code d'accès individuel. Les infirmières et les médecins ont la possibilité d'y accéder car ce sont les seuls détenteurs de ce code.

Le pôle médical évalue également les capacités et aptitudes du résident à participer aux activités de l'établissement. Le médecin élabore un certificat d'aptitude à l'année qui peut être réajusté en fonction de l'état de santé du patient.

Le pôle médical travaille en étroite collaboration avec les équipes socio-éducatives et, à ce titre, assiste à la réunion institutionnelle tous les quinze jours. Par ailleurs des transmissions orales et écrites sont délivrées quotidiennement.

L'accompagnement de la fin de vie : les soins palliatifs

« Ce sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale »
Les objectifs des soins palliatifs sont :

- De soulager les douleurs physiques et les autres symptômes
- De prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle
- De préserver la dignité de la personne
- De soutenir les difficultés psychologiques du malade et de sa famille
- De tenir compte des aspects religieux, spirituels, sociaux et légaux
- D'accompagner les proches dans leur processus de deuil.

Les F.A.M ont, à ce titre, mis en place un protocole de soins palliatifs.

Pour conclure cette partie sur l'accompagnement, nous pouvons dire que la mission du département Neptune s'inscrit dans un processus dynamique d'aide au maintien des acquis, au bien être des usagers à travers une démarche individuelle dans le cadre du Projet Personnalisé d'Accompagnement. Le projet de soins est annexé au P.P.A. Il prévoit :

- Des actions de prévention, (dentistes, ophtalmo…)
- Des contrôles médicaux
- Les surveillances en rapport avec la pathologie, le sexe et l'âge du patient
- La mise en place de traitements bien spécifiques (traitements hormonaux, psychiatriques, dermatologiques…)

L'accompagnement psychologique et psychique :

- Il est assuré par les psychologues ou les psychiatres à la demande des usagers ou sur les conseils de l'équipe éducative. Cet accompagnement permet :
- De les soutenir lors d'un moment ou d'un évènement difficile
- De leur offrir un temps de parole ou un moment de réconfort de circonstance
- D'apaiser les tensions, les angoisses associées aux handicaps ou aux difficultés psychologiques
- De les aider à mieux comprendre les situations qu'ils peuvent vivre avec d'autres usagers.

Cependant à la demande ou sur les conseils de spécialistes, l'usager peut bénéficier d'un suivi psychologique plus soutenu à l'extérieur de l'établissement.

Le lien entre la psychologue et l'équipe se fait notamment lors des réunions transdisciplinaires et lors des groupes d'analyse des pratiques professionnelles bimensuels. Lors de ces temps, son rôle est :

- ✓ D'éclairer certaines situations en s'appuyant sur des références théoriques
- ✓ De favoriser l'objectivité des propos recueillis auprès de l'équipe et de les replacer dans leur contexte De permettre aux équipes de prendre du recul sur leurs pratiques professionnelles
- ✓ De les aider à trouver des solutions appropriées lors de situations problématiques
- ✓ D'élaborer des protocoles d'accompagnement en équipe afin de répondre à des difficultés telles que des passages à l'acte. Ceux-ci permettent d'apporter des réponses cohérentes et communes aux usagers afin de poser un cadre rassurant.
- ✓ De donner ou redonner du sens à leurs actions
- ✓ De réfléchir sur un accompagnement adapté à chacun, en prenant en compte les individualités : harmoniser n'est pas uniformisé
- ✓ D'animer des réunions thématiques telles que le concept de bientraitance, la sexualité des personnes en situation de handicap mental, la toute-puissance, le statut d'adulte (avec les notions d'infantilisation par exemple), les effets du vieillissement...
- ✓ D'aider à la rédaction de documents officiels (Projet Personnalisé d'Accompagnement, rapport de comportement…).

Elle peut également intervenir lors de situations conflictuelles. Il s'agit alors de proposer un accompagnement particulier et des solutions pour apaiser l'usager concerné. Elle peut être amenée à participer à certaines activités avec le professionnel responsable de celles-ci afin de le conseiller sur le déroulement des séances. La psychologue est donc une personne ressource pour l'équipe lors des temps formalisés comme les réunions et les groupes d'Analyse des Pratiques Professionnelles mais aussi lors des temps informels. Elle se doit de favoriser la maturité professionnelle de l'équipe, en s'assurant que chaque membre y trouve sa place, que chaque résident soit pris en compte dans sa singularité et trouve des réponses adaptées à ses attentes et besoins.

La psychologue a un rôle important lors de l'arrivée d'un usager que ce soit pour un accueil temporaire ou définitif. La psychologue :

Observe activement l'usager pour affiner les informations données par l'institution et/ou la famille Rencontre l'usager pour apprendre à le connaître et rédiger son « historique » : histoire personnelle, état civil, fratrie, éléments concernant la naissance, l'enfance, le parcours institutionnel et l'étiologie des troubles.

Propose des entretiens réguliers en fonction de la personnalité et/ou des troubles présentés par la personne (apaiser des angoisses, répondre à des demandes spécifiques…)

Réalise un bilan psychologique à partir des entretiens individuels et, s'il y a lieu, un test de niveau. Il ne s'agit en aucun cas d'instaurer systématiquement la réalisation de ces tests de compétences.
Préalablement à l'arrivée de chaque accueil temporaire, une annonce est faite à l'ensemble des résidents, avec une présentation de l'usager (nom, prénom, âge, lieu d'habitation, la durée de son séjour et l'étage où il résidera). Cette annonce se fait le plus souvent lors des groupes de parole organisés sur chaque étage tous les 15 jours.

b) L'accompagnement socio-éducatif

La démarche entreprise par l'équipe éducative et paramédicale a pour objectifs de :

- ✓ Développer, maintenir ou restaurer le bien-être physique et psychologique des personnes accueillies afin de favoriser l'épanouissement et l'amélioration des capacités de chacun
- ✓ Inscrire la singularité de l'usager au travers d'un collectif
- ✓ Assurer un cadre de vie sécurisé
- ✓ Proposer des échanges et sorties propices à la reconnaissance des personnes en situation de handicap et à leur intégration dans l'environnement social
- ✓ Encourager l'implication des usagers dans la vie collective
- ✓ Développer l'expression des usagers quel que soit leurs capacités
- ✓ Inciter les usagers à faire des choix.

La démarche des équipes d'internat ne se limite donc pas à une prestation d'hébergement, il s'agit de préserver l'espace de vie privatif, le « chez-soi » de chaque résident et de favoriser parallèlement un espace collectif épanouissant.
Le domicile désigne le lieu où habite une personne, mais aussi le repère ou les intérêts d'une personne la ramènent régulièrement. Il s'agit habituellement d'une demeure choisie et investie affectivement. Or les personnes accueillies au sein des F.A.M le sont suite à une orientation M.D.P.H, de ce fait, le choix du domicile est contraint. Le travail de l'équipe éducative consiste donc à favoriser l'émergence de cet investissement affectif. Dans ce type d'établissement, il n'est pas toujours facile de faire cohabiter la singularité de chaque personne avec la collectivité.
Un des moyens de compenser cette difficulté est de délimiter géographiquement les lieux collectifs et les lieux privatifs. La majorité des usagers disposent d'une chambre individuelle, les autres partagent une chambre double. Pour permettre une bonne cohabitation dans ces chambres doubles, les espaces sont bien délimités, avec l'aménagement d'un espace privé. La chambre de l'usager est reconnue par les professionnels de l'établissement comme un espace privatif. La personne en situation de handicap doit donc se sentir chez elle, s'approprier cet espace comme elle l'entend, l'aménager à son idée et être libre d'en autoriser ou d'en refuser l'accès. Pour ce faire, une clef de chambre est mise à disposition des usagers en capacité d'en faire usage. En revanche, l'intimité des usagers, qui ne sont pas en capacité de disposer de cette clef est préservée, le personnel demandant systématiquement la permission avant d'entrer (notion de frapper et d'attendre la réponse avant d'entrer). Un travail auprès des usagers est également mené au quotidien afin que chacun respecte l'espace intime d'autrui. De plus, chaque porte de chambre dispose d'un verrou intérieur. Pour des raisons de sécurité, chaque encadrant possède un passe permettant une ouverture rapide en cas de besoin. Afin de permettre à chacun de s'approprier son espace privé, l'équipe éducative accompagne chaque usager dans le choix de la décoration et de l'aménagement. Ainsi chaque résident à la possibilité d'apporter son propre mobilier ou encore d'en faire l'acquisition. L'équipe éducative est donc à l'écoute des besoins, des envies et des choix que chacun peut émettre. D'autre part elle prête une attention toute particulière aux usagers qui ne sont pas toujours en capacités d'exprimer leurs attentes. L'accompagnement éducatif des usagers consiste alors à favoriser leur expression sans les

induire. Ces espaces sont régis par des règles de vie en collectivité (tâches ménagères, respect d'autrui, respect du matériel…), l'ensemble de ses règles apparaissant dans le règlement de fonctionnement.
Les interventions éducatives sont adaptées en fonction de l'évaluation de l'usager (santé, humeur, énergie, fatigue…).
L'évaluation de l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne est réalisée à l'entrée dans l'établissement par l'équipe médicale. L'accompagnement à la toilette sera alors total ou partiel. Lors de ce temps, les équipes détectent les maux du corps et de l'esprit. Ce moment privilégié où le respect de l'intimité est primordial, permet de repérer les problèmes dermatologiques ou psychologiques. Les acquis sont alors conservés, l'apprentissage de certains gestes est privilégié pour préserver l'autonomie de la personne et l'aider à appréhender son schéma corporel. L'objectif premier de cet accompagnement est le développement de l'estime de soi pour faciliter la socialisation et l'intégration.
Afin de permettre aux usagers d'être acteurs de leur quotidien, diverses activités leur sont proposées. Outre le côté ludique ou relaxant, les activités sont un véritable support à la relation. Elles sont mises en place en concertation avec les usagers. L'équipe respecte ainsi les centres d'intérêts de chacun. La participation est basée sur le volontariat néanmoins il leur est demandé de respecter leur engagement s'ils s'inscrivent dans une activité régulière.

Activités	Objectifs visés	Supports utilisés
Culturelles	Socialiser Susciter la curiosité, l'envie. Apprendre les règles de vie en société (comportements adaptés).	Cinéma Concerts/ spectacles divers Fêtes locales et annuelles Médiathèque Visites de sites culturels
Sportives	Maintenir une activité physique et sportive. Travailler la psychomotricité. Développer et maintenir les acquis. Canaliser l'énergie. Respecter les règles collectives. Travailler sur les notions de plaisir. Acquérir la notion de fair play.	Karaté Equitation Pétanque Randonnées Football piscine
« Autours du corps »	Travailler l'estime de soi. Se détendre. Prendre soin.	Esthétique Piscine Balnéothérapie Massages Gym douce Relaxation
Manuelles	Travailler la psychomotricité / la dextérité. Découvrir des sensations et des plaisirs (travail autours des 5 sens : goût, odorat, toucher). Valoriser la personne. Apprentissage des règles d'hygiène.	Cuisine Poterie Peinture Jardinage Décoration Perles
De mémoire	Maintenir les acquis. Travailler la mémoire.	Généalogie Photos Contes/ chants Scrapbooking
En lien avec le quotidien	Maintenir les acquis. Entretenir son lieu de vie	Ménage Rangement

1.3.2. L'accompagnement est personnalisé

L'établissement de « La Salamandre », dans son ensemble, fonde le déploiement des actes institutionnels et professionnels dans l'attention portée aux personnes accueillies, dans la promotion des droits et de la place de chacun.

En effet, l'accompagnement est personnalisé pour apporter une réponse adaptée aux besoins du public accueilli (rythme, habitudes, capacités et difficultés.)

Le projet personnalisé représente l'un des outils fondamentaux pour agir en ce sens. Il est élaboré par une équipe transdisciplinaire en associant la personne accueillie comme nous le développerons ci-après. Il est réalisé à partir de l'évaluation de ses besoins et attentes.

Afin de construire le projet personnalisé, une photographie des capacités de l'usager est effectuée dans les six mois qui suivent son admission. Ainsi, il est remis à l'usager au bout de six mois et est réalisé pour une période d'un an comme le précise le cadre réglementaire à ce jour.

Pour recenser ces diverses observations, l'encadrant éducatif utilise une grille d'évaluation, élaborée par des membres de l'équipe lors d'une formation intra établissement. Cet outil est décliné en cinq domaines :

- La vie sociale.
- La vie quotidienne.
- Les activités.
- Les déplacements.
- La gestion des biens.

L'internat dispose de grilles différenciées au niveau des items concernant la vie quotidienne et les activités. Par ailleurs, pour les personnes accueillies en internat, un bilan médical est effectué afin d'élaborer un projet de soins personnalisé.

Les observations qui sont mises en évidence à travers cet outil permettent aux référents de renseigner les éléments nécessaires dans le logiciel utilisé en support.

Ce document reprend,

- d'une part, les éléments du dossier de l'usager concernant :

- Son état civil,
- Son histoire familiale,
- Son parcours institutionnel,
- Sa pathologie.

-D'autre part, les observations faites par les professionnels sur :

- Son comportement avec les autres (usagers et professionnels).
- Ses compétences au sein d'une activité (compréhension, concentration, application…).
- Ses centres d'intérêts.
- Ses difficultés.

Ces écrits sont construits à partir de verbes d'action afin d'éviter tout jugement de valeur.

Le référent extrait alors les forces et les difficultés de l'usager et les recensent dans le document. Il est à noter que chaque projet dispose d'une orientation commune et partagée par l'ensemble de l'équipe et qui se décline autour d'axes de travail majeurs tels que :

- Favoriser la relation aux autres, l'expression des choix, le consentement et la prise d'initiatives en développant la communication verbale et non verbale (motrice, sensorielle…) avec les aides techniques et humaines nécessaires et adaptées.
- Développer et/ou maintenir les capacités de la personne par des stimulations ou actions socio-éducatives adaptées tout en accordant une attention permanente à l'expression de ses difficultés.
- Encourager l'autonomie des personnes accueillies dans les différents actes de la vie quotidienne ainsi que dans les divers ateliers.
- Créer des situations et expériences innovantes et valorisantes.
- Impliquer l'usager dans une vie sociale, culturelle et sportive, afin de développer des relations riches et diversifiées.
- Assurer le maintien du lien avec leur famille et/ou leurs proches.

Il est important de noter que la démarche des équipes d'internat ne se limite pas à une prestation d'hébergement. Il s'agit de préserver le « chez-soi » de chaque interne tout en favorisant un espace collectif épanouissant.

Concernant la restauration, les repas sont confectionnés par une société nommée SHERPA, au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « Le Perrey » et distribués par liaison chaude à « La Salamandre ». Le petit déjeuner est quant à lui préparé sur place.

1.3.3. La garantie des droits et participation des personnes accueillies sont effectives

Les établissements du site de « La Salamandre » ont élaboré et mis en œuvre l'ensemble des outils de la loi 2002-2.

Le livret d'accueil

Les F.A.M et C.A.J ont deux livrets d'accueil distincts. Il est remis à l'admission par un membre de la direction et le futur référent.

Il constitue le premier document officiel remis à l'adulte lors de son entrée dans l'établissement. C'est un outil pédagogique pour l'usager, l'informant des conditions de son accompagnement et de ses droits. Il est essentiel qu'il soit compréhensible et accessible, tant que faire se peut, à l'ensemble des usagers, tant dans sa forme que dans son contenu.

Le règlement de fonctionnement :

Il définit autant les droits de la personne accueillie que ses obligations au sein de l'établissement. Il vise à assurer la sécurité de tous, à garantir le respect des droits et obligations de chacun et à rendre possible la réalisation des missions allouées à l'établissement. Il a été établi après consultation du Conseil de la Vie Sociale. Il est donné à l'usager lors de l'admission dans l'établissement.

Charte des droits et liberté

Elle est annexée au livret d'accueil et affichée dans les locaux, elle reconnaît aux usagers des droits fondamentaux dont nous tenons compte lors de l'accompagnement au quotidien.

Le contrat de séjour

Dans l'idée de reconnaître davantage l'usager comme acteur de son propre projet, un contrat de séjour doit être signé avec l'établissement. Il définit les objectifs et la nature de l'accompagnement des personnes accueillies au sein du Département.

Ce document précise la réciprocité dans les droits et devoirs de chacun.

Il vise à expliciter et actualiser :

- ✓ Les objectifs de l'accompagnement ;
- ✓ Les prestations les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre
- ✓ En annexe, les tarifs et les conditions de facturation des prestations.

Il vise à faire respecter les principes déontologiques et éthiques tels que définis dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie et dans le respect des principes et valeurs tels qu'édités dans le projet associatif de la Ligue Havraise.

Le Conseil de la Vie Sociale

Le Conseil de la Vie Sociale « donne son avis et peut faire des propositions sur toutes questions, intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ses participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge».

Il comprend au moins des représentants :

Deux pour les personnes accueillies

Un pour les représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures

Un pour le personnel et un pour l'organisme gestionnaire.

Le C.V.S se réunit au moins 3 fois par an, réunissant le site de « La Salamandre » et du « Perrey », sur convocation des présidents.

Les usagers ont été informés de l'objet de cette instance et différents moyens ont été mis en place afin de faciliter leur compréhension et de les sensibiliser à l'importance de ce dispositif.

Toutefois, une véritable réflexion est à entreprendre quant à l'organisation et à la valorisation des personnes accueillies au sein de ce dispositif.

Les réunions et temps de travail :

Les réunions institutionnelles ont lieu le vendredi de 10 heures à 12 heures, y participe l'ensemble de l'équipe éducative, la direction, la psychologue et les infirmières. Une réflexion est entamée

L'ordre du jour est constitué :

- De questions particulières nécessitant avis/décision de la direction.

- De décisions organisationnelles.
- D'échanges avec le pôle médical.
- De réflexions cliniques (synthèse, projet personnalisé).
- De sujets thématiques un mardi sur deux.

Les décisions prises au sein de ces réunions font l'objet d'une concertation, elles permettent d'améliorer et/ou de modifier le mode d'accompagnement proposé ax usagers.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu. Pour que le Directeur du Département et le médecin puissent participer aux réunions institutionnelles, elles sont en décalage sur chaque site.

1.3.4. La protection et la prévention des risques inhérents aux personnes accueillies et au mode d'accompagnement sont mises en place.

En matière de sécurité des locaux, l'établissement répond aux normes exigées et possèdent des installations conformes à la législation en vigueur.

Des mesures sont mises en places pour assurer la sécurité des personnes et des biens : procédures, protocoles médicaux, fiches d'instruction, DUERP, DARI, gestions des évènements indésirables, veille sanitaire, contrôles des équipements de sécurité.

Les professionnels sont associés à la création et à la réflexion de ces dispositifs.

2. PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'EVALUATION

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.

2.2 LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES DIFFERENTS ACTEURS

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage

a) Composition

NOM	PRENOM	QUALIFICATION
GORAND	DELPHINE	SECRETARIAT DE DIRECTION
CARADEC	DOMINIQUE	EDUCATRICE TECHNIQUE SPECIALISEE
LEJARDINIER	ISABELLE	AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
RUDLOFF	FABIENNE	PSYCHOMOTRICIENNE
KERDAL	MELISSA	RESIDENTE DE L'INTERNAT

ANGINOT	MARINE	INFIRMIERE
GOUJARD	MARINE	MAITRESSE DE MAISON
VARIN	SYLVAINE	AIDE SOIGNANTE/SURVEILLANTE DE NUIT
LAUTROU	ALISON	CHEF DE SERVICE
PENNISI	MARIE-THERESE	PSYCHOLOGUE
CAMPANA	RAPHAEL	AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

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

Des familles ont été invitées pour être associées aux réflexions par le biais de courriers, avec coupon-réponse, et envoyés par voie postale. Les familles ont pu ainsi être libres de choisir le thème abordé.

Les usagers ont été associés par le biais de groupes de parole organisés par les équipes éducatives.

2.2.3 Modalités d'association des professionnels

La présentation de la démarche d'évaluation interne a été faite par la direction de l'établissement et organisée sur plusieurs réunions pour informer l'ensemble du personnel.

Le référentiel a été présenté lors de ces temps d'échanges, et mise à disposition auprès des équipes.

Les professionnels se sont inscrits aux groupes de travail et ont choisi les thèmes qu'ils souhaitaient aborder.

⇨ Etape 1 – Phase d'information

Actions	Dates
✓ Présentation du dispositif et de la méthodologie auprès des professionnels, appel à candidature	11/12/2015
✓ Présentation du dispositif et de la méthodologie auprès des personnes accueillies, appel à candidature	12 et 14/12/2015
✓ Présentation du dispositif et de la méthodologie à l'ensemble des familles et tuteurs, appel à candidature	14/12/2015
✓ Information : Groupe de Pilotage, méthodologie, articulation avec la commission inter-établissement de l'association	08/01/2016
✓ Information aux membres du CVS, point d'avancé concernant la démarche	12/05/2016

⇨ Etape 2 – L'auto-évaluation : de 14/01/2016 à 10/03/2016

- Présentation du référentiel d'évaluation et constitution des groupes d'évaluation :

  Un calendrier général reprenant les noms des professionnels, les différents domaines, les dates des réunions programmées, a été établi à partir du retour des professionnels, des familles, et des personnes accueillies

Les groupes se sont réunis et les réponses aux questions ont été saisies en direct sur les tableaux Excel reprenant le référentiel concerné.

- Le déroulement des sessions d'évaluation

Tableau récapitulatif des groupes et sessions d'auto-évaluation

Domaine évalué	Nombre de professionnels	Nombre de personnes accueillies et de parents	Nombre de réunions
L'accueil	1 animateur 6 professionnels	1 personne accueillie 0 parent	1 réunion 1 x 2h
Le respect des droits	1 animateur 6 professionnels	1 personne accueillie 1 parent	2 réunions 2 x 2h
L'accompagnement	1 animateur 7 professionnels	0 personne accueillie 0 parent	3 réunions 3 x 2h
Les soins	1 animateur 5 professionnels	1 personne accueillie 1 parent	2 réunions 2 x 2h
Le cadre de vie	1 animateur 5 professionnels	1 personne accueillie 1 parent	1 réunion 1 x 2h
La prévention et la gestion des risques	1 animateur 6 professionnels	0 personne accueillie 0 parent	2 réunions 2 x 2h
Les réseaux	1 animateur 5 professionnels	1 personne accueillie 1 parent	1 réunion 1 x 2h
Le management	1 animateur 6 professionnels	0 personne accueillie 0 parents	1 réunion 1 x 2h
Les outils de la loi 2002	1 animateur 5 professionnels	1 personne accueillie 1 parent	1 réunion 1 x 2h
TOTAL PARTICIPATION ET NOMBRE DE REUNIONS	**2 animateurs** **13 professionnels**	**4 personnes accueillies** **3 parents**	**14 réunions** **28 h de réunions**

➪ *Etape 3 – Synthèse et analyse des résultats : de 18/01/2016 au 23/06/2016*

➪ *Etape 4 – Elaboration du plan d'amélioration : de juillet à septembre 2016*

➪ *Etape 5 – Suivi du plan d'amélioration et préparation de l'évaluation externe à compter du 1er octobre 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 règlementation 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'Evaluation 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	Partiellement
AC1 B L'établissement ou service est accessible à tout type de handicap	Partiellement

Points forts
AC1 A : Sur le parking de l'établissement, une signalétique rappelle les consignes de sécurité pour l'utilisation d'un véhicule : limitation de vitesse, emplacements repérés pour les véhicules des personnes en situation de handicap. Dans l'enceinte des locaux, il existe une signalétique (association des écritures, de pictogrammes et de photos des résidents pour les chambres) permettant de repérer chacun des lieux, y compris les sorties de secours. De plus, un plan de l'établissement est affiché dans la cour permettant de visualiser les zones de regroupement en cas de procédure incendie. Il existe un panneau indiquant "La Salamandre" au carrefour rue Amiral Mouchez. Les personnes accueillies se repèrent aisément dans l'établissement.

Points faibles
AC1 A : Il n'existe pas de panneau extérieur précisant qu'il s'agit de l'établissement "La Salamandre". Une amélioration de la signalétique dans la cour serait utile afin de distinguer les deux espaces : Centre d'Activités de Jour (CAJ) et Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). De plus, il serait pertinent d'indiquer l'accès au secrétariat car beaucoup de personnes extérieures se rendent dans les locaux de l'internat pensant y trouver l'accueil.

AC1 B : Les locaux ne sont pas adaptés pour les personnes présentant des difficultés motrices, notamment l'accès aux sanitaires et douches.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	0
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 : Le CAJ dispose d'un standard téléphonique. En dehors des heures d'ouverture du CAJ, les appels sont automatiquement transférés au FAM.

Points faibles
AC2 A : Les horaires de permanence sont à réactualiser dans le livret d'accueil du Foyer d'Accueil Médicalisé.

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	Oui
AC3 C Les proches disposent d'un espace dédié	Partiellement

Points forts
AC3 A : L'établissement est ouvert toute l'année 24H/24H Des horaires de visite sont précisés aux proches. AC3B : Le respect du consentement de chaque personne est garanti, tant pour les visites que pour les appels téléphoniques. AC3 C : Il n'existe pas de salle dédiée aux rencontres avec les proches. Toutefois, l'espace billard ou le bureau des éducateurs est systématiquement mis à disposition afin de garantir une confidentialité des échanges entre les proches et les résidents.

Points faibles
Le dimanche soir, il arrive que plusieurs familles se présentent simultanément occasionnant un délai d'attente pour accéder à une pièce dédiée.

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	Partiellement
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
AC4 A : Il existe un dispositif technique (caméras) qui permet d'assurer la sécurité de tous la nuit. La barrière est fermée de 22h à 5h du matin. Les personnes accueillies verbalisent se sentir en sécurité y compris la nuit. Les chambres sont fermées à clefs la journée. Un protocole est mis en place pour gérer les situations d'urgence (fiches signalétiques, outils de transmissions entre le Centre d'Activités de Jour et le Foyer d'Accueil Médicalisé). Les documents nécessaires sont accessibles à tous. Les informations essentielles sont centralisées par un cahier de liaison informatisé, accessible à tous les professionnels d'encadrement.

Points faibles
AC4 A : Les parents évoquent la possibilité de rentrer au sein de l'internat trop aisément en journée, y compris dans des lieux qui devraient être fermés car considérés comme privatifs (cuisine, salon). Une intrusion en journée ne serait pas systématiquement décelée. AC4 C: Il manque des outils pour faciliter l'intégration des nouveaux professionnels.

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

3.1.2 L'accompagnement des personnes accueillies

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 : La procédure d'admission est écrite dans le projet d'établissement, et figure également de le livret d'accueil de l'usager. Elle est connue par l'ensemble des professionnels, en charge des dossiers sur le plan éducatif et sanitaire.

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 : Les accueils temporaires, les entretiens entre la direction et/ou les équipes et le tuteur(rice), la désignation systématique d'un référent et les rencontres avec le pôle infirmier font partie intégrante du processus d'admission. Pour l'équipe pluridisciplinaire, cela permet d'évaluer la personne et déterminer si l'accompagnement proposé peut correspondre à ses besoins et attentes. AP2 B : Les observations du référent, du pôle infirmier, du psychologue et du médecin se croisent durant cette période d'accueil temporaire. Un entretien avec l'usager est réalisé en fin d'accueil temporaire, en présence du/des référents éducatif(s) et de la personne. AP2 C : Un bilan d'évaluation de l'accueil temporaire est ainsi réalisé en fin de période d'accueil, travaillé en réunion afin de favoriser le recueil d'informations auprès de l'équipe pluridisciplinaire. La personne est ainsi placée au centre du dispositif et elle est prise en considération en tant qu'adulte. Elle est véritablement actrice de son projet de vie.

Points faibles
AP2 B : Il existe une commission d'admission et de préadmission pluridisciplinaire insuffisamment formalisées.

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	Partiellement

Points forts
AP3 A : Un dossier administratif est envoyé pour étude approfondie. Ce dernier comprend un volet administratif, médical et psychologique, le chef de service est en charge de l'étude de ce dossier à réception. L'équipe n'est pas influencée par un dossier déjà constitué et se fait sa propre idée de la personne La personne n'est pas jugée ou stigmatisée avant d'arriver. AP3 C : Un courrier est envoyé en cas de refus si la personne ne correspond pas aux critères d'admission de l'établissement. Dans le cas contraire un rendez-vous est organisé. Chaque personne a une réponse individualisée

Points faibles
AP3 C : L'équipe constate qu'un dossier complet n'est pas nécessaire, mais il est important de connaître les habitudes de vie de la personne, ce qui n'est pas toujours transmis à l'équipe. AP3 D : Une procédure administrative existe pour les admissions permanentes il faut en créer une pour les accueils temporaires. Les arrêtés départementaux contraignent l'établissement à faire un nombre de jours limités d'accueil temporaire sur une année.

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

Points forts
AP4 A : En 2016, l'association s'est doté d'un nouveau site internet afin communiquer plus largement sur notre offre de service.

Points faibles
AP4 A : Le contenu du site internet n'est pas à jour concernant les prestations et les caractéristiques des personnes accueillies.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
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	Oui
AP5 B Les personnes candidates à l'accueil temporaire/de jour sont accompagnées dans leurs démarches d'orientation	Oui

Points forts
AP5 A : La coordinatrice peut accompagner les familles qui le souhaitent. Elle les oriente vers d'autres structures adaptées ou les aide à constituer le dossier MDPH. AP5 B : Le secrétariat et la coordonnatrice sont à la disposition des familles. Chaque personne accueillie bénéficie d'un accompagnement personnalisé.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
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	Partiellement
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
AP6 A : Un entretien est réalisé avec la personne accueillie, afin de connaitre : l'histoire de vie, de recenser des besoins et des attentes, les forces et les difficultés. AP6 B : Un accompagnement individualisé est proposé pour l'élaboration du projet personnalisé, qui est établi dans les 6 mois suivant l'admission de la personne. Les objectifs du projet personnalisé sont clairement définis.

Points faibles
AP6 A : Quand la personne a un dossier complet, il est plus simple pour l'équipe d'élaborer le projet personnalisé, cela n'est pas toujours le cas. L'utilisation du FALC (Facile A Lire et à Comprendre) serait nécessaire, afin de rendre accessible les documents aux usagers.

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
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
AP7 B : Le travail de l'équipe pluridisciplinaire permet de bien cerner les besoins de l'usager. Au cours des réunions d'équipe, chacun peut apporter son regard sur les besoins de la personne, et évoquer l'évaluation de ces besoins, au travers de sa prise en charge. AP7 C : Le travail d'observation et d'évaluation de l'équipe permet de définir clairement des objectifs, qui sont ensuite travaillés avec le résident et sa famille, pour aboutir à une déclinaison clairement exprimée dans le projet personnalisé. AP7 D : Il s'agit donc bien là d'une co-construction du projet personnalisé de l'usager, fruit d'une réflexion entre les professionnels, la personne prise en charge et sa famille.

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	Partiellement

Points forts
AP8 A : Les projets personnalisés sont présentés en réunion, disponibles dans un classeur au secrétariat et dans le bureau des encadrants, ainsi que sur le logiciel du dossier usager. AP8 B : L'équipe est cohérente dans l'accompagnement de chaque usager. AP8 D: Un référent éducatif est systématiquement nommé à l'entrée de chaque usager.

Points faibles
AP8D: La coordination est effective au sein de l'équipe éducative et médicale mais pas avec les autres corps de métier.

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

Points forts
AP9 A : Un Projet Personnalisé est proposé à chaque personne avec des activités en lien avec les axes à travailler. La parole de l'usager est prise en compte. AP9 B : Le Conseil de la Vie Sociale, les groupes de paroles, les entretiens individuels sont les instances d'expression qui existent.

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

Points forts
AP10 A : Le projet d'établissement élaboré en 2012 prend en compte le profil des résidents accueillis et est construit autour de leurs besoins. Des départs et donc de nouvelles admissions sont venus modifier la population actuellement accueillie sur le FAM Salamandre. Par conséquent, une adaptation du projet s'opérera lors de sa révision prévue en 2017. Par ailleurs, des espaces ont été aménagés pour valoriser les capacités des résidents, notamment la création d'une lingerie spécifique à l'apprentissage. AP10 B : Chaque professionnel (CDI et CDD) doit être qualifié pour travailler dans l'établissement. L'ensemble des professionnels bénéficie de la formation continue. Des formations sont assurées pour permettre aux professionnels de s'adapter aux évolutions du secteur médico-social. La qualification et les compétences des professionnels permettent de répondre aux besoins des usagers.

Points faibles
AP10B: L'absence d'une éducatrice spécialisée au cours de l'année 2016, n'a pas toujours permis de satisfaire pleinement l'organisation initialement prévue.

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

3.1.3 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 oeuvre des autres projets de la personne	Oui

Points forts
SP1 A : Si nécessaire, l'organisation de la prise en charge de la personne accueillie est réadaptée en fonction de ses priorités de santé et de ses besoins. SP1 B : Au quotidien, l'accompagnement des soins est adapté, et est en adéquation avec le Projet Personnalisé de chaque usager. Ainsi, les soins n'entravent pas le travail d'autonomisation de l'usager.

Points faibles
SP1 A : Un temps mieux repéré quant à la présence d'une professionnelle infirmière sur l'établissement est souhaitable.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
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	Oui
SP2 B Des examens cliniques réguliers sont planifiés afin de prévenir les accidents de santé	Oui
SP2 C Des suivis cliniques sont réalisés périodiquement et systématiquement	Oui

Points forts
SP2 A : Un suivi médical est mis en place à l'arrivée de chaque usager. Chaque année, ce suivi est articulé autour d'un Projet de Soin qui détermine la prise en charge médicale de la personne. De plus, dans la mesure du possible, ce suivi est assuré par les mêmes praticiens d'une année sur l'autre. SP2 B : Tous les ans et pour tous les usagers accueillis, un suivi dentaire et dermatologique sont assurés de manière systématique. Pour les femmes de plus de 50 ans, une mammographie de contrôle est programmée tous les 2 ans. Pour les hommes de plus de 50 ans, un suivi de dépistage d'anomalie prostatique est programmé tous les ans. SP2 C : Une surveillance quotidienne est assurée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, qui, le cas échéant, transmet dans les plus brefs délais ses observations au pôle médical afin que celui-ci agisse en conséquence. Une surveillance du poids de chaque usager est effectuée tous les mois. Les paramètres vitaux sont relevés de façon annuelle, lors des consultations médicales ou plus souvent si l'état de santé de l'usager le nécessite.

Points faibles
SP2 B et SP2 C: Pour les femmes accueillies, un suivi gynécologique annuel simple n'est pas prévu.

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

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	Partiellement
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	Oui

SP3 D Tout événement indésirable fait l'objet d'un traitement selon un protocole connu de tous	Oui
SP3 E Les transmissions quotidiennes d'informations sont organisées par oral et par informatique	Oui
SP3 F Les informations médicales sont transférées dans le dossier informatisé de la personne	Oui

Points forts
SP3 B : Tout le personnel soignant est qualifié et formé régulièrement. Les demandes de formation sont prises en compte le plus régulièrement possible. SP3 C : La procédure du circuit du médicament a été mise à jour dans le but d'améliorer la sécurité des usagers. Cette procédure a été validée par le médecin puis le directeur et a été expliquée aux professionnels. SP3 D : Tout évènement indésirable est signalé et transmis sur le logiciel sécurisé "AGEVAL". La procédure de signalement a été expliquée aux professionnels et est à disposition dans le bureau infirmier. SP3 E : Les informations circulent entre les professionnels et le pôle médical via un cahier informatique de transmissions, rempli quotidiennement et consultable par chaque professionnel. De plus, les infirmières participent aux réunions hebdomadaires de l'équipe pluridisciplinaire. SP3 F : Les informations médicales de chaque usager telles que les rendez-vous médicaux, les ordonnances, les suivis de poids (...) sont informatisées et consultables par tous les professionnels sur le logiciel sécurisé "SAM".

Points faibles
SP3 A : Les professionnels du pôle médical ne sont pas présents 24h/24 dans l'établissement. En effet, les infirmières sont présentes en semaine de 8h à 20h, le samedi de 9h à 17h et le dimanche de 10h à 13h. Le médecin est présent tous les mardis. En dehors de ces horaires, il n'y a pas de professionnel soignant, ce qui peut engendrer, en cas de problème, un stress pour les usagers et pour les autres professionnels .

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
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	Partiellement
SP4 C La coordination autour de cet accompagnement spécifique est formalisée	Partiellement
SP4 D Les professionnels sont formés aux troubles du comportement	Partiellement
SP4 E Les professionnels sont formés au repérage des signes de souffrance psychique	Oui

Points forts

SP4 A : Le repérage et l'évaluation des besoins de l'usager sont pris en compte dans l'élaboration du Projet Personnalisé. Afin d'optimiser l'adhésion de l'usager, le projet personnalisé lui est expliqué. Ainsi, il connait les objectifs à atteindre et les repères sur lesquels il peut s'appuyer pour y parvenir.

SP4 B : Grâce à la présence de la psychologue lors des réunions pluridisciplinaires, une sensibilisation aux besoins spécifiques de la population accueillie est faite régulièrement. De plus, lors de sa formation initiale, chaque professionnel a été formé à la prise en charge spécifique des usagers que l'établissement accueille.

SP4 C : La coordination des professionnels autour de l'accompagnement spécifique des usagers de l'établissement est décidée lors des réunions pluridisciplinaires puis est adaptée oralement au jour le jour en fonction des besoins de chaque usager. Les personnes accueillies sont rassurées par le cadre formalisé mis en place par les professionnels.

SP4 D et SP4 E : En s'appuyant sur la formation initiale, sur le partage de connaissances et de compétences, les professionnels parviennent à repérer les signes de souffrance psychique et à adapter leur accompagnement aux troubles du comportement survenant au sein de l'établissement.

Points faibles

SP4 A : Une synthèse du projet personnalisé de chaque usager n'est pas faite régulièrement au cours des réunions de l'équipe pluridisciplinaire. De ce fait, tous les professionnels ne sont pas forcément informés de l'évolution du Projet Personnalisé de chaque usager.

SP4 B et SP4 D : Il n'y a pas assez de places proposées lors des formations intra Ligue Havraise pour permettre une remise à niveau régulière aux besoins spécifiques de la population accueillie.

SP4 C : Il n'existe pas de protocole de coordination formalisé à l'écrit qui pourrait compléter le Projet Personnalisé en fonction des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques récurrents de certains résidents, et auquel les professionnels peuvent se référer en dehors des réunions pluridisciplinaires.

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

3.1.4 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'accès aux extérieurs est relativement facile

Points faibles
CDV1 A : Il y a une différence notoire d'accessibilité entre le CAJ et le FAM. Au CAJ, la porte d'entrée s'ouvre automatiquement. Sur le FAM, le sas et une petite marche rendent l'accès difficile. Le sas d'entrée est à améliorer sur le FAM.

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	Oui
CDV2 B Le matériel utilisé et mis à disposition prend en compte la sécurité des personnes	Oui

Points forts
CDV2 A : L'établissement est aux normes de la législation en vigueur. CDV2 B: Différentes commissions de sécurité ont délivré leur aval et le matériel utilisé est adapté à l'accompagnement des personnes accueillies.

Points faibles
CDV2 A : Les locaux ne sont pas adaptés pour les personnes présentant des difficultés motrices, notamment l'accès aux sanitaires et douches.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
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	Oui
CDV3 C Les personnes peuvent participer à l'aménagement des lieux de vie collectifs	Oui

Points forts
CDV3 C : Les personnes accueillies peuvent être associées à différents projets de réaménagement des locaux. Elles peuvent faire état de leur point de vue lors du Conseil à la vie Sociale.

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

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	Oui

Points forts
CDV4 A : Au FAM des panneaux "ne pas déranger" ont été mis en place et les personnes s'en saisissent. L'intimité des personnes est respectée.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
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	Oui
CDV5 B L'agencement des locaux et son mobilier sont adaptés à la vie en collectivité	Oui
CDV5 C L'aménagement du lieu de restauration favorise un environnement et un climat convivial	Oui

Points forts
CDV5 A : Sur l'internat, des travaux ont permis une valorisation des locaux et un confort plus important CDV5 B: Les personnes ont véritablement le sentiment d'être chez elles, dans un espace familial et convivial.

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

Points forts
CDV 6 A : Le FAM respecte les normes d'hygiène en vigueur. Un contrat de prestations de restauration est signé avec l'entreprise SHERPAS. Les repas sont préparés sur un autre site de l'association à partir d'une cuisine centrale et sont livrés en liaison chaude par le personnel prestataire. Le matériel de restauration est adapté au fonctionnement de cette cuisine centrale.

CVD 6 B : Les menus proposés par le prestataire sont élaborés par une nutritionniste. Une commission repas a été mise en place permettant de recueillir les satisfactions ou insatisfactions des personnes accueillies et les éventuels dysfonctionnements. Cette collaboration permet de répondre aux attentes des personnes avec une plus grande réactivité. CDV 6 C : Le personnel d'entretien intervient chaque jour ouvré pour assurer l'entretien des locaux. Parallèlement, l'entreprise prestataire PNS intervient pour l'entretien des vitres des espaces collectifs de l'établissement. CDV 6 D : Une professionnelle lingère assure l'entretien du linge des personnes accueillies. Elle intervient du lundi au samedi. Par ailleurs, des machines à laver de format familial vont être mises à disposition des personnes afin de développer les apprentissages et ainsi améliorer leur autonomie.
Points faibles
CDV6 B : Les professionnels de cuisine exerce sur un autre établissement, de ce fait, la transmission des nouvelles prescriptions, notamment en cas de régimes spécifiques, n'est pas toujours immédiate et optimisée. Il est nécessaire d'améliorer la communication afin que l'internat ait une restauration plus adaptée aux régimes et aux quantités. CDV6 C: Les parties communes (couloirs de circulation) , représentent des surfaces importantes et présentent des difficultés d'entretien.

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

3.1.5 Le respect des droits des personnes accueillies

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	Oui
RDP1 B Il existe des actions d'information et de formation du personnel sur les droits des personnes	Oui
Points forts	
RDP1 A : Les documents sont accessibles au secrétariat et mis à disposition dans le bureau des éducateurs. Les documents sont remis à l'admission à chaque personne accueillie.	

RDP1 B : La mise en place de formations est ponctuellement organisée. Elle est complétée par des actions d'informations lors des réunions institutionnelles (rappel des textes, du cadre législatif). Le Conseil à la Vie Sociale permet des actions d'informations y compris en direction des personnes accueillies.
Points faibles
RDP1 A : Il y a nécessité de faire plus d'informations sur le CVS (dates, expliquer le règlement et le suivi des demandes). RDP1 B : Une veille juridique et législative serait la bienvenue.

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 2 - La bientraitance est au coeur 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	Oui
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	Partiellement
Points forts	
RDP2 A : Deux formations ont été dispensées concernant la "juste distance" et la "bientraitance" et ce, auprès de 95% des salariés.	
Points faibles	
RDP2 C : Les familles et/ou représentants légaux ne sont pas informés des démarches de formation des professionnels.	

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

Points forts
RDP3 A : Le FAM la Salamandre s'inscrit bien dans cette dynamique et recherche dès le début la participation et le contact avec la famille. Le protocole prévoit un entretien avec la famille, une visite de l'établissement et de la chambre, une présentation de l'éventuel colocataire et du référent.

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

Points forts
RDP4 A : Les élections du conseil de la vie sociale sont organisées et partagées par l'ensemble des personnes accueillies et des professionnels.

Points faibles
RDP4 B : Un travail de fond concernant le sens de cette instance et de son suivi est à réaliser. (groupe de travail CVS déjà inscrit.)

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
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
RDP5A: Les réunions institutionnelles sont investies et utilisées dans cette optique du respect du choix de la personne.

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	Oui
RDP6 B Il existe un protocole d'accès au dossier de la personne	Non

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 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	Oui

Points forts
RDP 7 : Le FAM Salamandre est attentif à la satisfaction des usagers et de leur famille. Ces éléments sont recueillis au travers de divers moments comme les rencontres régulières avec les familles, et/ou les contacts téléphoniques, lors de bilans, d'entretiens pour la construction du Projet personnalisé, ou au retour de transferts.

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

3.1.6 Les outils de la loi de 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	Oui
OU1 D Le contrat de séjour ou le DIPC précise les prestations personnalisées	Partiellement
OU1 E L'avenant est élaboré à la révision annuelle du projet personnalisé	Oui
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	Oui
OU1 H L'affichage des outils de la loi de 2002 prévu par la loi est effectif	Oui

Points forts
OU1 A : Le livret d'accueil existe, il est remis à la personne ou son représentant légal au moment de l'accueil.

OU1 B : La charte des droits et liberté est remise avec le livret d'accueil en pièce jointe. De plus, elle est affichée à l'entrée de l'établissement. OU1 D : Le contrat de séjour est remis au moment de l'admission, systématiquement. Il précise les prestations globales proposées par l'établissement. Les projets personnalisés existent et favorisent l'individualisation de la prise en charge, conformément au cadre législatif en vigueur. OU1 G : Le règlement est bien élaboré, soumis à la consultation des instances représentatives, et remis à chaque personne accueillie. Les coordonnées du médiateur sont précisées dans le livret d'accueil (délégué du médiateur de la république). La charte des droits et des libertés et le règlement de fonctionnement sont également affichés dans les locaux.
Points faibles
OU1 H : Les personnes signent un accusé de réception de ces documents, et ils sont affiché. Cependant un travail afin de les rendre accessibles à la compréhension des personnes accueillies seraient souhaitable (exemple: transcription en FALC).

Nombre de "Oui"	7
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.7 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	Oui
MA1 B Des dispositions sont prévues pour assurer l'accompagnement en cas d'effectif insuffisant	Partiellement
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	Partiellement
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	Partiellement

Points forts
MA1 D : Les postes à pourvoir font l'objet d'un appel d'offre en interne des établissements de la Ligue Havraise et en externe par le biais des partenaires habituels (organismes de formation, pôle emploi, revues spécialisées du champ médico-social,...). MA1 E : Tous les ans, chaque salarié dispose d'un temps privilégié et planifié, un mois à l'avance avec le directeur de l'établissement et le Directeur-adjoint, afin de lui permettre d'appréhender cet entretien dans de bonnes conditions. Lors de cette rencontre le professionnel exprime ses souhaits de formation, ses conditions de travail, sa participation à la vie de l'établissement et de l'association, ainsi que sur ses aptitudes. A l'issue de l'entretien des objectifs sont fixés et formalisés. Ils feront l'objet d'une évaluation en N+1. MA1 F : La direction favorise la formation et la professionnalisation des différents professionnels. Trois axes majeurs sont valorisés: L'adaptation au poste de travail La sécurité au travail La promotion sociale

Points faibles
MA1 B : Le protocole n'est pas suffisamment formalisé, cependant une liste de remplaçants existe et le FAM peut faire appel à des professionnels en remplacement. Le protocole nécessiterait d'être revisité et formalisé. MA1 D : Les fiches de postes sont en cours d'élaboration. MA1G: L'organigramme n'est pas à jour.

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	3
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	Partiellement

Points forts
MA2 A : Le projet d'établissement comporte une trame qui décline avec précision les valeurs portées par la Ligue Havraise, ainsi que les missions de l'établissement. Il a été construit en rapport avec les textes réglementaires et les outils de la loi de 2002-2. Le projet d'établissement du FAM est le fruit d'un travail collectif, d'une réflexion de tous les professionnels, avec la participation des familles et des résidents. Ce document présente en détail le public accueilli, les spécificités de l'accompagnement des usagers, les caractéristiques de l'accompagnement et les moyens mis en œuvre au service du projet. MA2 B : On retrouve dans le projet d'établissement la déclinaison de la politique d'accompagnement des résidents ainsi que la politique des ressources humaines mise en place afin d'atteindre les objectifs visés. Le plan d'action est clairement défini pour les 5 ans à venir, au travers de 7 fiches action.
Points faibles
MA2 C : Le projet d'établissement proposait des fiches action d'amélioration du dispositif. Majoritairement les actions prévues ont été réalisées, malheureusement, nous ne disposons pas toujours de la traçabilité pour en apporter la preuve.

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

3.1.8 Le réseau, le territoire et les partenaires

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	Oui
RT1 B Des partenariats sont établis avec des organismes pour mutualiser les ressources/connaissances	Oui
RT1 C Une banque de données, de l'ensemble du réseau, actualisée est accessible aux salariés	Partiellement
Points forts	
RT1 A : De nombreux partenariats avec des structures extérieures à la Ligue Havraise sont mis en place et formalisés par des conventions. Ils ont pour objectif d'accompagner les résidents dans leurs projets de vie (EHPAD, foyer de vie, famille d'accueil et famille de cœur), leurs projets professionnels (ESAT) mais aussi de développer et de maintenir les liens. Ces partenariats permettent à certains résidents de	

développer des expériences de vie en dehors de l'établissement et ainsi faire émerger des besoins en lien avec leur avenir.

RT1 B : D'autres partenariats existent pour proposer au public des activités innovantes qu'elles soient régulières ou exceptionnelles (Tetris, centres de loisirs, les Ateliers de Bléville, la Police, etc...).

RT1 C : La coordinatrice est la personne ressource dans la connaissance, le développement et la formalisation du réseau. Elle peut être sollicitée par les professionnels lorsqu'ils cherchent à prendre contact avec certains partenaires ou à développer d'autres liens.

Points faibles
RT1 B : Les partenariats ponctuels ne sont pas formalisés par une convention mais par une fiche action.
RT1 C : Il reste à créer une banque de données informatisée actualisée.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
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	Partiellement
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	Oui
RT2 D L'accueil des professionnels libéraux est organisé et formalisé	Oui

Points forts
RT2 C : De nombreux professionnels libéraux interviennent auprès des personnes accueillies : IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure, psychiatre, neuropsychologue.
RT2 D : L'accueil et le suivi des interventions des professionnels libéraux sont assurés par le pôle médical. Elles sont évaluées dans le cadre des projets de soins personnalisés. L'information est diffusée dans le cahier de transmission, accessible à l'ensemble des professionnels de l'éducatif et de l'administratif.

Points faibles
RT2 A L' interventions de bénévoles est un point insuffisamment travaillé.

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

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	Non
RT3 E Des séjours de vacances sont organisés et favorisent la socialisation des personnes, la découverte	Oui

Points forts

RT3 A : L'établissement est connu par le voisinage et les commerçants du quartier où se rendent régulièrement les personnes accueillies (Dock Vauban, supermarché). Les transports en commun sont utilisés pour effectuer divers déplacements en lien avec les activités et s'intégrer à la vie culturelle et sportive de la cité. La situation géographique de l'internat permet de travailler sur l'autonomie de déplacements des usagers à des degrés différents.

RT3 B : Les associations sont sollicitées pour répondre aux besoins et attentes des résidents. Ainsi, ils participent à des activités sportives avec Sport Plus et Handisport, à des activités culturelles avec le Volcan, à des activités artistiques. Ils participent également à des manifestations organisées par la Ville du Havre (la semaine bleue, le forum du Handicap).

RT3 C : Des informations concernant la vie du quartier et les manifestations sont déposées au secrétariat par des résidents, des professionnels ou des personnes extérieures, puis elles sont affichées.

RT3 E : Pour favoriser la socialisation des personnes accueillies, des séjours de vacances, des transferts, des séjours de rupture sont prévus. L'établissement cherche à développer le réseau des organismes de vacances extérieurs afin qu'ils soient davantage adaptés aux problématiques rencontrées.

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

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

3.1.9 La prévention des risques

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 personne sont répertoriés et connus du personnel	Oui
PGR1 B Des mesures préventives en regard de ces risques sont définies et font l'objet d'un suivi	Oui
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	Oui
PGR1 E Une veille sanitaire est organisée pour prendre en compte et traiter les risques sanitaires	Oui

Points forts

PGR1 A : Les protocoles infirmiers, la formation des professionnels et la connaissance des résidents (pathologie, problèmes de santé, troubles du comportement) permettent d'assurer leur sécurité. Les outils de transmission et les temps d'échanges (réunions mais aussi temps informels) favorisent la communication. Ainsi, tous les professionnels sont informés des points d'alerte et de vigilance ainsi que des actions à suivre.

PGR1 B : Le nombre de professionnels présents dans l'établissement est une garantie pour prévenir les risques. Pour assurer la sécurité des résidents, le matériel est adapté. Ainsi, des chaises avec accoudoirs sont utilisées dans le réfectoire pour les personnes susceptibles de faire des crises. Pour sécuriser les déplacements de certains usagers, des déambulateurs leur sont proposés. Lorsqu'un résident connaît une involution sur le plan moteur et cognitif (perte de repères), il se déplace en fauteuil, à titre préventif, en attendant de pouvoir de nouveau se déplacer seul. Des exercices de confinement et incendie sont mis en place afin d'habituer le public à répondre aux consignes de mise à l'abri.

PGR1 C : Certains évènements indésirables sont signalés à l'ARS et font l'objet d'un suivi.

PGR1 E : Les protocoles concernant certains risques comme la grippe, la gastroentérite sont disponibles à l'infirmerie. Lorsque des cas sont déclarés, les infirmières rappellent par l'intermédiaire du cahier de liaison et des réunions, leur contenu. Lorsque les seuils de pollution présentant un risque pour les personnes les plus vulnérables sont atteints, les professionnels sont informés et les sorties éventuelles revues. La liste des personnes vulnérables est rappelée. Le pôle infirmier représente un point fort et un vecteur important concernant la mise en place des mesures assurant la sécurité sanitaire. De plus, il assure un relais auprès des équipes pluridisciplinaires, du pôle administratif et de la direction.

Points faibles
Les outils et procédures évoqués plus haut sont relativement récents et sont insuffisamment connus de tous les professionnels.

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
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 règlementation en vigueur	Oui
PGR2 B Les objets de valeur des personne peuvent être conservés dans des lieux sécurisés à leur demande	Oui

Points forts
PGR2 A : Des contrats de maintenance sont prévus avec différentes entreprises pour l'entretien et la vérification des équipements qui le nécessitent comme les ascenseurs, le chauffage, l'eau et la centrale SSI. En cas de dysfonctionnement, elles sont contactées dans la journée et leurs interventions sont notées dans un registre. PGR2 B : Les résidents en capacité de gérer l'ouverture et la fermeture de leur chambre ont la clé de celle-ci ce qui leur permet de sécuriser l'ensemble de leurs effets personnels. Certaines armoires ferment également à clé. Quelques usagers possèdent des caisses pour y ranger leur argent de poche. Les professionnels ont pour consigne de vérifier que les chambres sont fermées à clé lorsque ces derniers les quittent pour aller en activités ou en sortie dans leur famille. Il est possible que les résidents confient des objets importants, pour eux, aux professionnels qui les rangent dans leur bureau. Sur les temps d'activités, des casiers sont mis à la disposition de ceux qui le demandent et qui en ont besoin.

Points faibles
PGR2B: Les personnes accueillies signalent des pertes au niveau du linge et de certains de leurs effets personnels.

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 DUERP a été élaboré il y a plusieurs années mais sa trame ainsi que son contenu ont été revus dernièrement dans un objectif d'harmonisation des outils au sein de la Ligue. Des professionnels repérés ont travaillé avec la Directrice Adjointe sur sa mise à jour après avoir consulté l'ensemble des équipes (éducative, soignante, administrative et ASI). Suite aux différents constats, du matériel plus adapté a été acheté. PGR3 B : Le DUERP est consultable au secrétariat. Le DUERP et ses objectifs ont été présentés en réunion. Puis, grâce à la formation PRAP, il a fait l'objet d'une mise en pratique par l'ensemble des professionnels, qui, par conséquent, la maîtrisent davantage.

Points faibles
PGR3 A : Chaque item n'est pas forcément adapté du fait de la transversalité du document (trame commune à l'ensemble de la Ligue havraise),

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

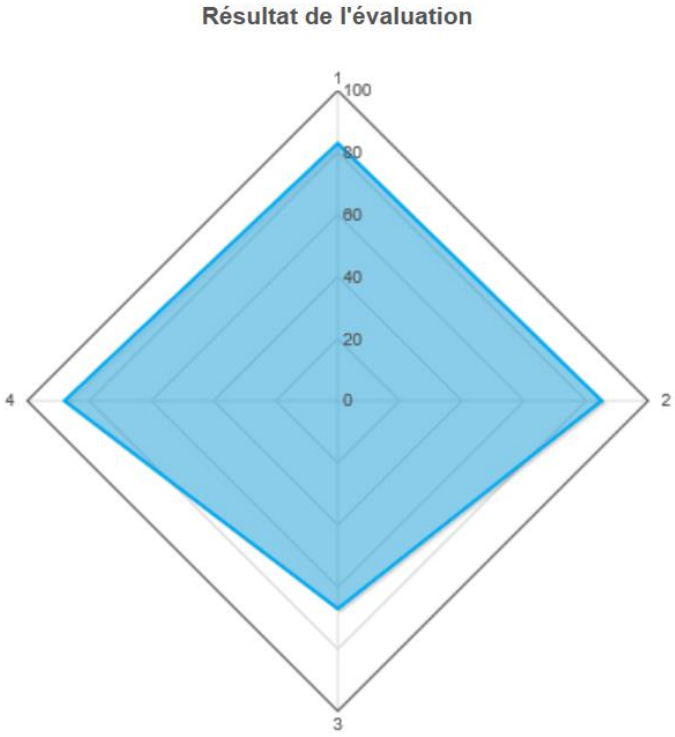
Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR4 A La procédure de gestion des événements indésirables est connue de l'ensemble du personnel	Oui
PGR4 B Des formations liées à la sécurité des personnes et des biens sont régulièrement organisées	Oui
PGR4 C Les personnes et leurs représentants légaux sont informés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

Points forts
PGR4 A : L'établissement a une procédure de gestion des évènements indésirables connue de l'ensemble du personnel et mise en pratique en cas de nécessité. PGR4 B : Des formations sont régulièrement mises en place et devraient être dispensées à l'ensemble des professionnels. PGR4 C : Lors de l'admission, l'ensemble des documents est communiqué aux familles et aux personnes accueillies.
Points faibles
PGR4 B : L'attente peut être longue avant de bénéficier des formations. PGR4 C : En ce qui concerne le suivi des informations transmises aux familles, un suivi plus important serait pertinent.

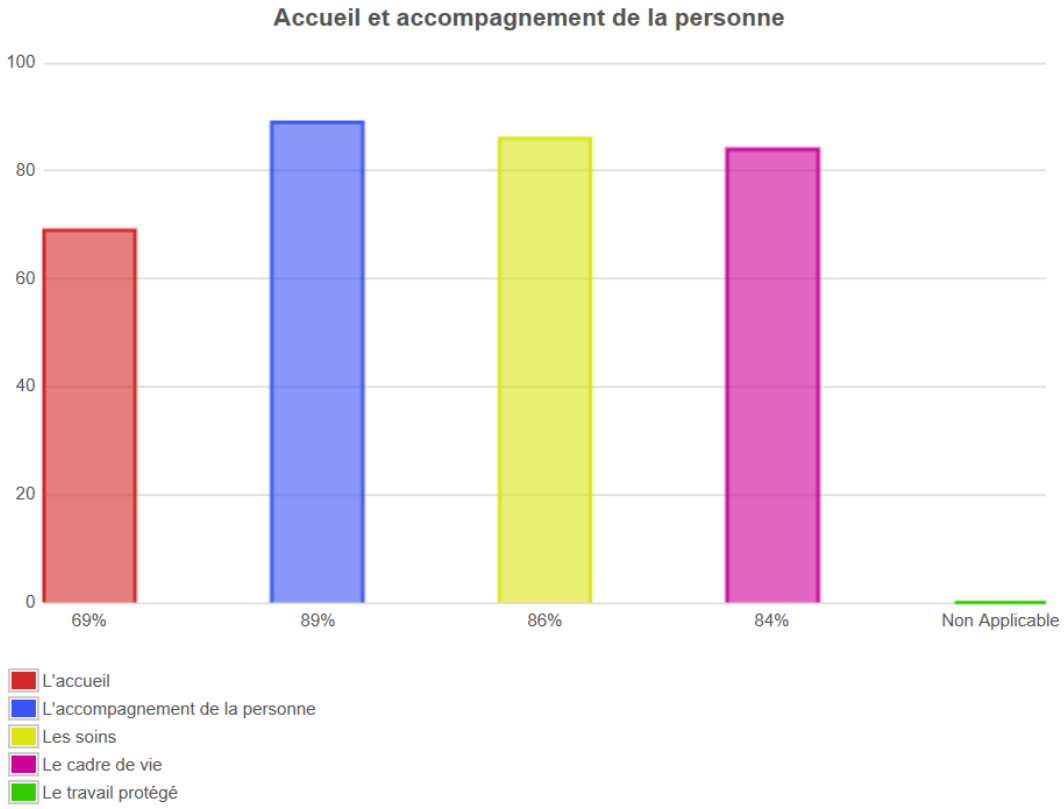
Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

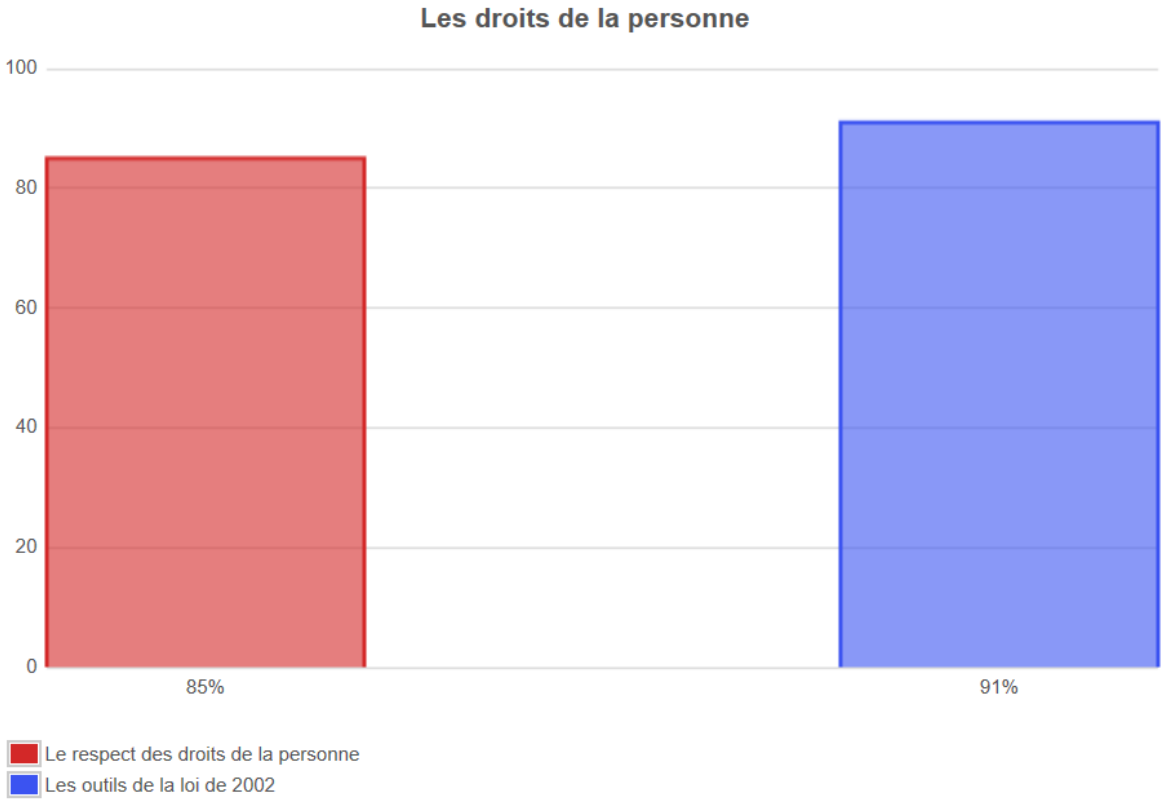
3.2 SYNTHESE

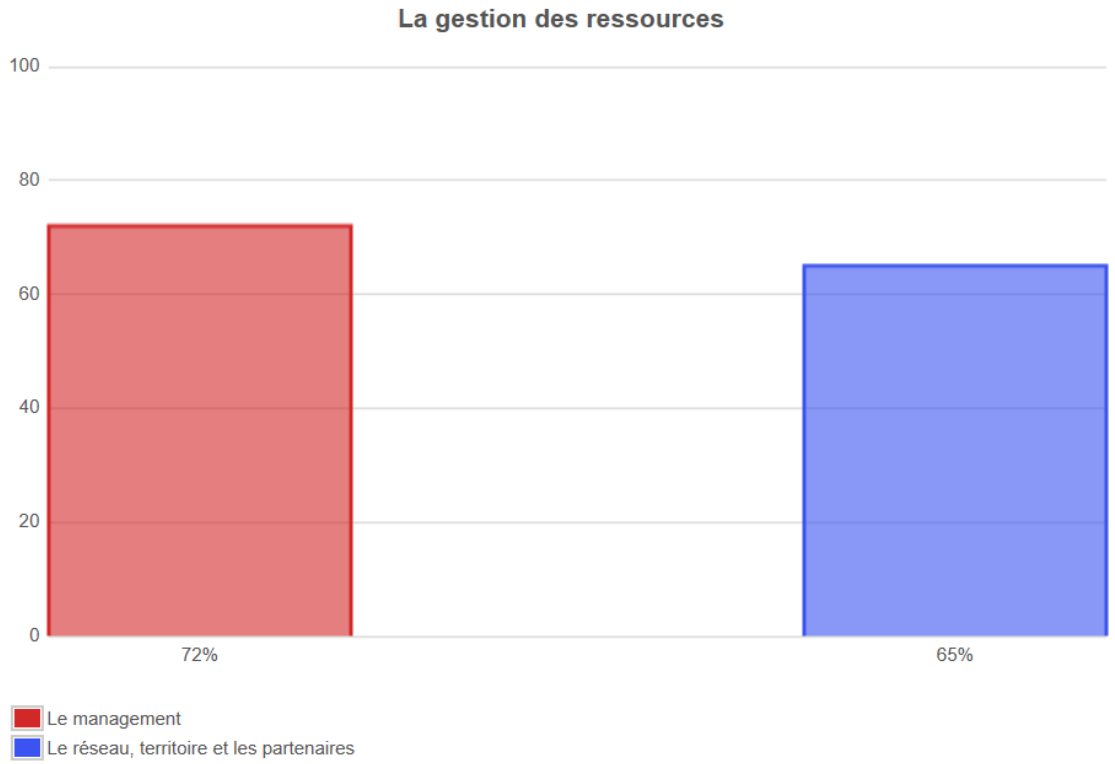
	SCORE	COTATION
Accueil et accompagnement de la personne	83	B
- L'accueil	67	B
- L'accompagnement de la personne	88	B
- Les soins	81	B
- Le cadre de vie	86	B
- Le travail protégé	0	
Les droits de la personne	85	B
- Le respect des droits de la personne	82	B
- Les outils de la loi de 2002	91	A
La gestion des ressources	67	B
- Le management	70	B
- Le réseau, territoire et les partenaires	65	B
Gestion des risques et de la qualité	88	B
- La prévention des risques	88	B
Total	81	B

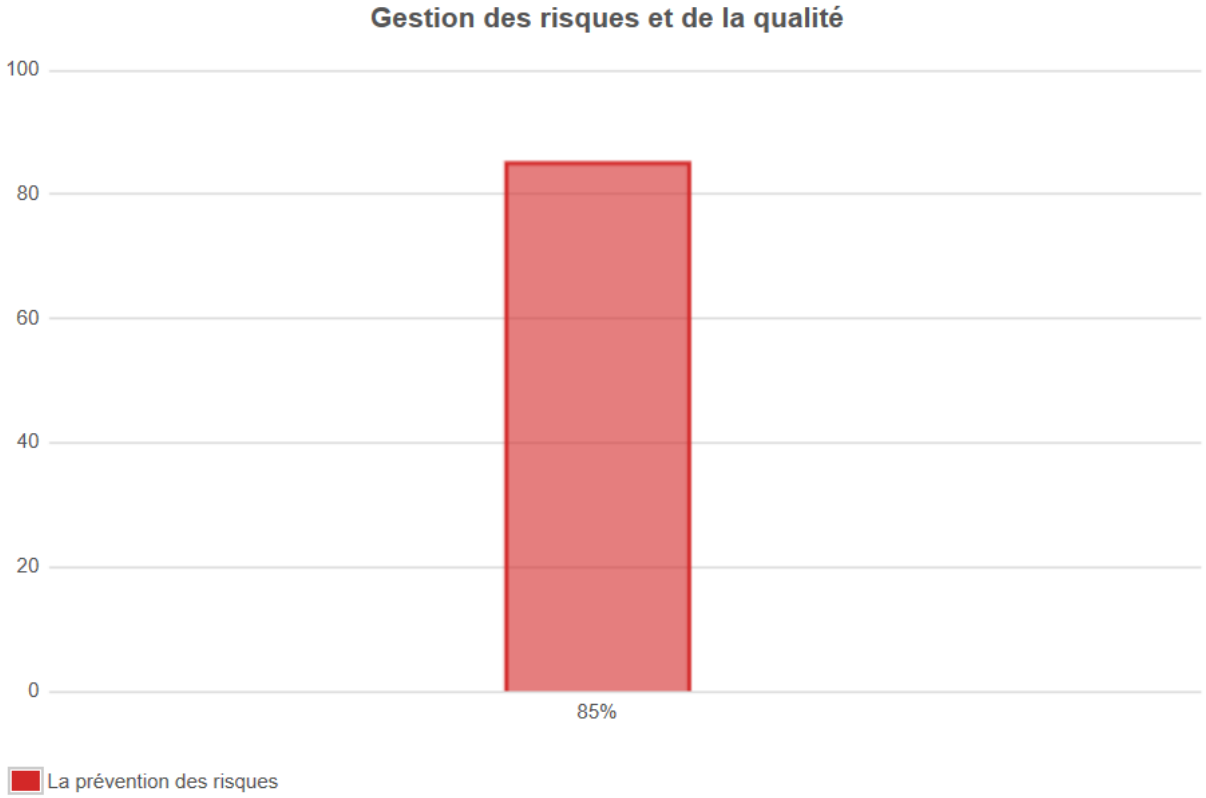


1 : Accueil et accompagnement de la personne
2 : Les droits de la personne
3 : La gestion des ressources
4 : Gestion des risques et de la qualité


Accueil et accompagnement de la personne
100
80
60
40
20
0
69%
89%
86%
84%
Non Applicable
L'accueil
L'accompagnement de la personne
Les soins
Le cadre de vie
Le travail protégé


Les droits de la personne
100
80
60
40
20
0
85%
91%
Le respect des droits de la personne
Les outils de la loi de 2002


La gestion des ressources
100
80
60
40
20
0
72%
65%
Le management
Le réseau, territoire et les partenaires


Gestion des risques et de la qualité
100
80
60
40
20
0
85%
La prévention des risques

4. PLAN D'ACTIONS

Source : Evaluation interne 2016 FAM LA SALAMANDRE					
Objectifs	**Thèmes**	**Responsables**	**Échéances**	**Priorités**	**Avancement**
AC1A: Optimiser la signalétique sur le parking de l'établissement.	- Accessibilité	FICHELLE Claude	30/12/2017	3	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AC1A: Mettre en place une signalétique différenciant le CAJ du FAM ainsi que le secrétariat/accueil	FICHELLE Claude	30/12/2017	Non traité

AC1B: Rendre tous les lieux accessibles aux personnnes accueillies	- Accessibilité	FICHELLE Claude	30/05/2018	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AC1B: Entreprendre une étude par un cabinet d'architecte pour les travaux d'adaptation des sanitaires à la population accueillie	FICHELLE Claude	30/05/2018	Non traité

AC2: Actualiser les informations liées à la permanence téléphonique dans le livret d'accueil résident.	- Qualité	FICHELLE Claude	31/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AC2: Mettre à jour le livret d'accueil, afin d'y inscrire les horaires de permanence téléphonique.	THULLIER Pauline	31/03/2017	Non traité

AC3C: Permettre aux professionnels et aux usagers qui le souhaitent d'accueillir les familles dans des conditions optimales.	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	08/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AC3C: Mettre à disposition des panneaux mobiles dans "l'espace billard" permettant ainsi de garantir l'intimité des rencontres familiales.	MARTINEZ Paule	08/03/2017	Non traité

AC4A: Assurer la mise en sécurité des bâtiments et des personnes en journée.	- Sécurité	FICHELLE Claude	30/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AC4A: Etudier et proposer un dispositif qui renforce la sécurité des biens et des personnes en journée	THULLIER Pauline	30/12/2016	Non traité

Animer une reflexion sur la place du bénévolat au sein de l'association	- Recherche et développement	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Formaliser des outils pour l'intégration des bénévoles en lien avec le conseil d'administration	FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité

AP10B: Recruter un poste d'éducateur spécialisé	- Ressources humaines	FICHELLE Claude	31/05/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP10B: Faire procéder à une offre d'emploi. Embauche d'un/une éducateur spécialisé	FICHELLE Claude	31/05/2016	Non traité

AP2B: Assurer la traçabilité des étapes en rapport avec l'admission	- Admission des personnes accueillies	FICHELLE Claude	31/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP2B: Réviser la procédure d'admission	THULLIER Pauline	31/03/2017	Non traité

AP3D: Réviser la procédure pour les admissions temporaires	- Qualité	LECORVAISIER Tiphaine	31/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP3D: Animer un groupe de travail sur la procédure d'admissions temporaires	FICHELLE Claude	31/03/2017	Non traité

AP4A: Améliorer certains contenus du site internet	- Système d'information	FICHELLE Claude	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP4A: Mettre à jour les caractéristiques des prestations et du public accueilli	FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité

AP6A: Optimiser la collecte d'informations sur le parcours de vie des usagers.	- Projet personnalisé	FICHELLE Claude	31/12/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP6A: Compléter et mettre à jour systématiquement tous les dossiers des usagers	MARTINEZ Paule	31/12/2017	Non traité
AP6A: A l'admission, recueillir obligatoirement le parcours de vie auprés de l'usager, de sa famille ou de son etablissement d'origine	MARTINEZ Paule	31/12/2017	Non traité

AP6A: Transcrire les documents à destination des personnes accueillies en FALC afin de les rendre accesibles	- Qualité	FICHELLE Claude	29/12/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP6A: Mettre en place un groupe de travail de transcription des documents FALC	FICHELLE Claude	29/12/2017	Non traité

AP8D: Améliorer la coordination de l'ensemble des équipes	- Qualité	FICHELLE Claude	30/06/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
AP8D: Créer un groupe de réflexion sur la coordination de l'ensemble des corps de métier	MARTINEZ Paule	30/06/2017	Non traité

CDV1A: Améliorer l'accès au FAM	- Accessibilité	FICHELLE Claude	30/06/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
CDV1A: Demander un devis pour une rampe d'accessibilité à l'internat	FICHELLE Claude	30/06/2017	Non traité

CDV2A: Rendre tous les lieux accessibles aux personnnes accueillies	- Accessibilité	FICHELLE Claude	30/03/2018	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
CDV2A: Entreprendre une étude par un cabinet d'architecte pour les travaux d'adaptation des sanitaires à la population accueillie	FICHELLE Claude	30/03/2018	Non traité

CDV6B: Améliorer la communication entre l'internat et la cuisine	- Restauration	FICHELLE Claude	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
CDV6B: Mettre en place une réflexion pour une meilleure transmission des besoins entre l'internat et la cuisine	FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité

CDV6C: Optimiser le matériel d'entretien	- Prévention des risques	FICHELLE Claude	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
CDV6C: Acheter une autolaveuse-autotractée	THULLIER Pauline	31/12/2016	Non traité

Faciliter la diffusion des recommandations de bonnes pratiques	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Programmer des réunions thématiques sur les RBBP	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité
Former un référent aux bonnes pratiques professionnelles (certification AFNOR)	FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité

Intégrer le DARI (maîtrise du risque infectieux en FAM) dans le plan d'actions de l'évaluation interne	- Soins	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Compléter et suivre le plan d'action DARI	MARTINEZ Paule	31/12/2017	Non traité

MA1B: Mettre en place un protocole en cas d'effectifs insuffisants	- Ressources humaines	FICHELLE Claude	30/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
MA1B: Créer une commission de travail sur le protocole de remplacement en cas de situation dégradée	MARTINEZ Paule	30/03/2017	Non traité

MA1D: Elaborer les fiches de postes	- Ressources humaines	FICHELLE Claude	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
MA1D: Mettre en place un groupe de travail sur les fiches de postes en lien avec le service RH	FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité

MA1G: Mettre à jour l'organigramme	- Qualité	FICHELLE Claude	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
MA1G: Réactualiser l'organigramme du FAM	GORAND Delphine	31/12/2016	Non traité

MA2C: Améliorer l'évalaution des dispositifs	- Qualité	THULLIER Pauline	31/01/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
MA2C: Mise en place de la tracabilité au travers de l'évaluation agéval. Nomination des responsables et des pilotes.	LECORVAISIER Tiphaine	31/01/2017	Non traité

OU1H: Rendre accessibles les outils avec le FALC	- Qualité	THULLIER Pauline	31/12/2018	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
OU1H: Créer un groupe de travail sur la réalisation de ces documents sous forme de FALC	LECORVAISIER Tiphaine	31/12/2018	Non traité

PGR1: Communiquer les procédures à l'ensemble des salariés	- Sécurité	THULLIER Pauline	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
PGR1: Mettre à disposition les documents sur les sessions informatiques et mise à disposition de ces documents papier dans un lieu repéré (secrétariat)	FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité

PGR2B: Recenser les lieux et espaces de stockage	- Sécurité	THULLIER Pauline	31/03/2017	3	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
PGR2B: Déterminer des référents par site afin d'identifier les difficultés, formuler des propositions et assurer le suivi et la mise en place.	FICHELLE Claude	31/03/2017	Non traité

PGR4C: Informer les familles des différents dispositifs liés à la sécurité	- Sécurité	FICHELLE Claude	31/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
PGR4C: Rédiger et envoyer un courrier avec les documents annexés	FICHELLE Claude	31/03/2017	Non traité

RDP1A: Améliorer la communication autour du Conseil à la Vie Sociale	- CVS	FICHELLE Claude	31/07/2018	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
RDP1A: Elaborer un groupe de travail en lien avec le Conseil à la Vie Sociale	FICHELLE Claude	31/07/2018	Non traité

RDP1B: Avoir une veille juridique et législative	- Qualité	LECORVAISIER Tiphaine	31/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
RDP1B: Réfléchir à la mise en place d'une veille juridique et législative	FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité

RDP2C: Informer les familles et/ou représentant légaux sur le plan de formation	- Admission des personnes accueillies	MARTINEZ Paule	31/03/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
RDP2C: Tenir informés par courrier les familles et/ou représentants légaux	FICHELLE Claude	31/03/2017	Non traité

RDP6B: Communiquer le protocole d'accès au dossier de la personne	- Qualité	MARTINEZ Paule	30/11/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
RDP6B: Faire un rappel sur le protocole d'accès au dossier	FICHELLE Claude	30/11/2016	Non traité

RT1C: Finaliser la banque de données de partenariat	- Qualité	MARTINEZ Paule	31/01/2017	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
RT1C: Mettre à jour la banque de données des partenariats et la diffuser auprès des équipes	GORAND Delphine	31/01/2017	Non traité

SP1A:Permettre plus de lisibilité sur la présence des infirmières au sein de l'établissement.	- Soins	FICHELLE Claude	31/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
SP1A :Identifier des temps de présence systématique d'une des infirmières sur le site de la Salamandre.	MARTINEZ Paule	31/12/2016	Non traité
SP1A: Communiquer ce planning de présence infirmière aux équipe.	MARTINEZ Paule	31/12/2016	Non traité

SP2A: Optimiser le suivi annuel gynécologique des femmes accueillies	- Soins	FICHELLE Claude	31/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
SP2A: Organiser des visites annuelles pour les femmes chez le gynecologue	MARTINEZ Paule	31/12/2016	Non traité
SP2A: Créer un calendrier de visites previsionnelles	MARTINEZ Paule	31/12/2016	Non traité

SP3 C : Revisiter la procédure de distribution des médicaments	- Soins	FICHELLE Claude	30/11/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Appliquer la procédure de distribution des médicaments	MARTINEZ Paule	30/11/2016	Non traité

SP4 C : Coordonner les actions développées autour des troubles du comportement	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Formaliser des protocoles d'accompagnement des usagers présentant des troubles du comportement.	THULLIER Pauline	31/12/2016	Non traité

5. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)

GREPHH

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

CCLIN Ouest — Réseau national de prévention des infections associées aux soins

Date de l'évaluation: 02/06/2016

Etablissement

FAM La Salamandre

76600 Le Havre

Nature de l'établissement	FAM
Nombre total de places d'accueil	15

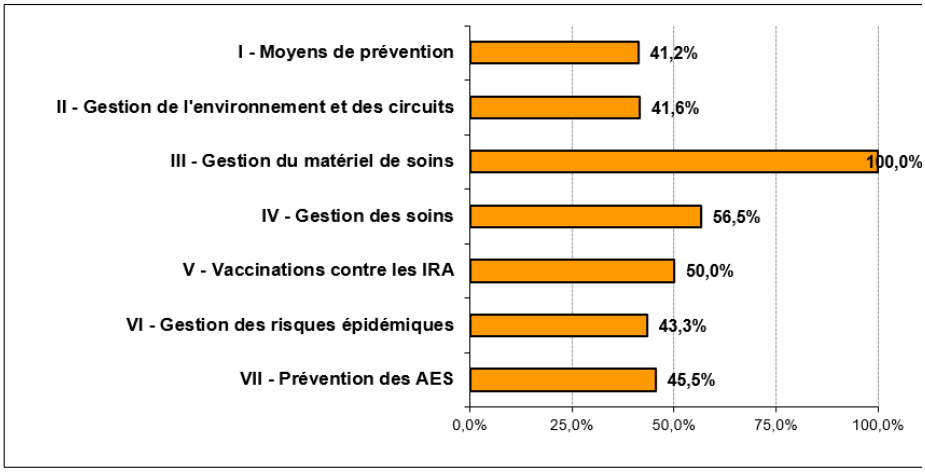
Résultat global

Vous obtenez un total de 74 points sur 164 attendus:

45,1%
d'objectifs atteints

L'établissement a initié des actions mais doit encore améliorer les mesures mises en place ou les développer.
Consultez les scores par chapitre

Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



Ligue havraise
POUR L'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

RESULTATS

Etablissement: **FAM La Salamandre**

Date de l'evaluation: **02/06/2016**

► SCORES TOTAUX PAR CHAPITRE

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Moyens de prévention	7	17	41,2
II - Environnement et circuits	32	77	41,6
III - Gestion du matériel	2	2	***100,0***
IV - Gestion des soins	13	23	56,5
V - Vaccinations	2	4	50,0
VI - Risques épidémiques	13	30	43,3
VII - Prévention des AES	5	11	45,5

Vous obtenez un total de 74 points sur 164 soit:

45,1%
d'objectifs atteints

Votre établissement a initié une politique de prévention des Infections Associées aux Soins mais elle est encore insuffisante. Vous devez regarder les scores par chapitre pour repérer les points à améliorer.

► CHAPITRE I - MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Moyens	3	10	30,0
2-Surveillance / Alerte	1	3	33,3
3-Antibiotiques	2	2	***100,0***
4-Tenue du personnel dans l'établissement	1	2	50,0
Total	**7**	**17**	**41,2**

Vous avez obtenu un résultat de 41,2%

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=Oui, 2=Non*	**1**
Votre établissement:	
- travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène d'un établissement de santé *1=Oui, 2=Non*	**2**
- dispose d'une personne référente hygiène (IDE, AS, ...) ou d'un relais en place dans l'établissement *1=Oui, 2=Non*	**2**
- dispose d'une infirmière formée (DU) et/ou d'un praticien, pharmacien hospitalier formé (DU) avec mission définie *1=Oui, 2=Non*	**2**
Le rapport annuel d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux *1=Oui, 2=Non*	**2**

La formation du personnel à la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) est organisée pour:	
- l'équipe médicale *1=Oui, 2=Non*	1
- IDE, AS, kinésithérapeuthes et psychologues *1=Oui, 2=Non*	1
- les éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, moniteurs éducateurs *1=Oui, 2=Non*	2
- les AMP, ergothérapeuthes, orthophonistes, ... *1=Oui, 2=Non*	2
- les personnels techniques (personnels de cuisine, agents entretien, ASH/ASI) *1=Oui, 2=Non*	2
- les personnels administratifs *1=Oui, 2=Non*	2
- les nouveaux arrivants *1=Oui, 2=Non*	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 *1=Oui, 2=Non*	2
L'information de portage apparaît sur le DLU usager (équivalent) *1=Oui, 2=Non*	2
L'état nutritionnel est suivi pour les usagers le nécessitant *1=Oui, 2=Non*	1
Une conduite à tenir de prise en charge des usagers présentant une dénutrition protidique et/ou une déshydratation est validée par un médecin *1=Oui, 2=Non*	2
Vous avez identifié les personnes ressources rattachées:	
- à l'ARS *1=Oui, 2=Non*	2
- à la CIRE *1=Oui, 2=Non*	2
- à l'ARLIN *1=Oui, 2=Non*	1

- au CCLIN *1=Oui, 2=Non*	**1**
- à l'EOH *1=Oui, 2=Non*	**2**

I-3 ANTIBIOTIQUES

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

I-4 TENUE DU PERSONNEL DANS L'ETABLISSEMENT

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 *1=Oui, 2=Non*	**1**
L'établissement fournit des tenues professionnelles nécessaires au travail des salariés *1=Oui, 2=Non*	**1**
L'entretien des tenues professionnelles est effectuée par:	
- l'établissement *1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)*	**2**
- le professionnel *1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)*	**1**
Le changement de la tenue est quotidien *1=Oui, 2=Non*	**2**
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, ...) *1=Oui, 2=Non*	**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	14	14	*100,0*
3-Linge	1	9	11,1
4-Déchets	6	8	*75,0*
5-Eau	8	30	26,7
Total	**32**	**77**	**41,6**

Vous avez obtenu un résultat de 41,6%

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.

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 microfibres** : 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

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*	1
Si oui,	
- le rapport a fait l'objet de mesures d'amélioration mises en place dans l'établissement *1=Oui, 2=Non*	1
La méthode HACCP est en place dans les services cuisines (y compris le prestataire) *1=Oui, 2=Non*	1
Type de liaison entre la cuisine et les lieux de restauration *1=Liaison chaude, 2=Liaison froide, 3=les deux*	1
En liaison chaude	
- la température à 63°C minimum des aliments chauds servis aux usagers est contrôlée *1=Oui, 2=Non*	1
- la température <8°C des aliments froids est contrôlée ou ≤ 10°C pour une durée inférieure à 2 heures *1=Oui, 2=Non*	1
Des thermomètres sont à disposition du personnel sur les lieux de restauration *1=Oui, 2=Non*	1
La température des réfrigérateurs est contrôlée et tracée *1=Oui, 2=Non*	1
En cas de températures non conformes, vous disposez d'une conduite à tenir (protocole) *1=Oui, 2=Non*	1
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*	1
Si oui, elle prévoit:	
- l'hygiène des mains des agents avant la distribution *1=Oui, 2=Non*	1
- de faciliter l'hygiène des mains des usagers *1=Oui, 2=Non*	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: *1=Oui, 2=Non*	1
La fréquence de nettoyage et la traçabilité sont indiquées pour les appareils suivants:	
- chariots de distribution des repas *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	1
- réfrigérateurs *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	1
- micro-ondes *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	1
- chauffes lait *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	3

- bouilloires

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

Des CAT sont prévus en cas de dysfonctionnement(s)

1

1=Oui, 2=Non

Au cours de l'année écoulée votre établissement a rencontré un épisode de toxi-infection alimentaire collective (TIAC)

2

1=Oui, 2=Non

Si oui,

- l'épisode a généré des mesures d'amélioration mises en place dans l'établissement

1=Oui, 2=Non

Votre établissement a défini une procédure concernant le fonctionnement "d'atelier cuisine"

2

1=Oui, 2=Non

-3 GESTION DU LINGE

L'établissement prend en charge la blanchisserie

2

1=Totalement, 2=Partiellement, 3=Pas du tout

Circuit du linge propre

Il existe des procédures de gestion du linge propre dans l'établissement y compris pour le linge de l'usager

2

1=Oui, 2=Non

Une hygiène des mains est demandée avant toute manipulation (inclus dans le protocole)

2

1=Oui, 2=Non

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)

1

1=Oui, 2=Non

Circuit du linge sale

Il existe des procédures de gestion du linge sale dans l'établissement

2

1=Oui, 2=Non

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**

1=Oui, 2=Non

- l'hygiène des mains **1**

1=Oui, 2=Non

- la protection de la tenue par un tablier ou une surblouse **2**

1=Oui, 2=Non

Les moyens nécessaires sont mis à disposition:

- un chariot ou armoire ou local dédié fermé **1**

1=Oui, 2=Non

- des sacs permettant le tri du linge sale / souillé **1**

1=Oui, 2=Non

- le matériel de protection pour le personnel **1**

1=Oui, 2=Non

I-4 GESTION DES DECHETS

Il existe des procédures de gestion des déchets dans l'établissement **1**

1=Oui, 2=Non

Si oui, elles sont:

- validées par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections **2**

1=Oui, 2=Non

- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs concernés **2**

1=Oui, 2=Non

- évaluées au cours des 5 dernières années **2**

1=Oui, 2=Non

Le directeur (ou la personne déléguée) coordonne la gestion des déchets qui porte sur:

- le tri à la production OM, DASRI et OPCT **1**

1=Oui, 2=Non

- le conditionnement identifié OM, DASRI et OPCT **1**

1=Oui, 2=Non

- le lieu de stockage conforme aux normes **1**

1=Oui, 2=Non

- l'évacuation et le transport des DASRI **1**

1=Oui, 2=Non

- la traçabilité des DASRI:

  • la convention avec le prestataire prenant en charge les déchets **1**

1=Oui, 2=Non

  • le remplissage pour chaque dépôt ou collecte d'un bon de prise en charge ou d'un bordereau Cerfa **1**

1=Oui, 2=Non

  • l'édition de l'attestation de destruction par le prestataire **1**

1=Oui, 2=Non

Vous pouvez indiquer:

- la production DASRI (kg/mois) *Saisir un nombre entier* **5**

- le délai de stockage (jours)	*Saisir un nombre entier*	30

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*	1

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*	2
Le laboratoire sollicité est accrédité légionelles (méthode NF T 90-431) *1=Oui, 2=Non*	2
Le contrôle comporte au moins cinq points de prélèvement *1=Oui, 2=Non*	2

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*	3
Le carnet sanitaire portant sur la gestion de la qualité de l'eau est en place *1=Oui, 2=Non*	2

Vous avez à disposition une conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire:

- pour la prise en charge de l'usager et/ou du personnel — 2
1=Oui, 2=Non

- pour les actions à mener concernant le réseau d'eau dans l'établissement — 2
1=Oui, 2=Non

- pour la déclaration obligatoire (DO) d'une légionellose d'un usager et/ou du personnel — 2
1=Oui, 2=Non

- pour informer les intervenants extérieurs et visiteurs — 2
1=Oui, 2=Non

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
1=Oui, 2=Non

Vous utilisez l'eau embouteillée — 1
1=Oui, 2=Non

- une vérification de la date limite de consommation est réalisée à périodicité définie — 1
1=Oui, 2=Non

- un lieu de stockage adapté est prévu — 1
1=Oui, 2=Non

Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes — 1
1=Oui, 2=Non

- un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé — 2
1=Oui, 2=Non

- un entretien régulier des fontaines est programmé selon les préconisations du fabricant — 1
1=Oui, 2=Non

- il existe une maintenance du circuit interne — 1
1=Oui, 2=Non

Vous utilisez l'eau distribuée à partir de bonbonnes — 2
1=Oui, 2=Non

- un cahier des charges est en place avec la société distributrice de ce type d'eau
1=Oui, 2=Non

- une maintenance du système est assurée par cette société
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 — 2
1=Oui, 2=Non, 3=NA

- si présence de coliformes totaux, la recherche d'*Escherichia coli* est réalisée — 2
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 *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	**2**
- une information vers le directeur et l'instance de prévention des infections est systématique *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	**2**

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=Oui, 2=Non, 3=NA*	**3**
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 *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	**3**

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	**2**	**2**	***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.

La politique de l'établissement privilégie l'usage de dispositifs médicaux (DM) à usage unique (set à pansement, pinces, ciseaux...) *1=Oui, 2=Non*	**1**
Il existe une procédure de traitement (nettoyage et désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation *1=Oui, 2=Non*	**1**

Matériels utilisés dans l'établissement

Appareillage *1=Oui, 2=Non*	**2**

Bassin et urinoir 2
1=Oui, 2=Non

Brassard à tension 2
1=Oui, 2=Non

Chaise de pesée, plateforme 2
1=Oui, 2=Non

Chariot de soins 2
1=Oui, 2=Non

Chaise percée 2
1=Oui, 2=Non

Chariot linge propre 2
1=Oui, 2=Non

Chariot linge sale 2
1=Oui, 2=Non

Chariot lit / douche / fauteuil 2
1=Oui, 2=Non

Dispositif de distribution des médicaments 2
1=Oui, 2=Non

Générateur (appareil) aérosol 2
1=Oui, 2=Non

Lève personne ou verticalisateur (sangles ou hamac) 2
1=Oui, 2=Non

Extracteur à oxygène 2
1=Oui, 2=Non

Matériel de ventilation non invasive (masque...) 2
1=Oui, 2=Non

Matériel respiratoire 2
1=Oui, 2=Non

Thermomètre température usager 2
1=Oui, 2=Non

► CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Actes infirmiers et de nursing	0	3	0,0
2-Hygiène corporelle	4	4	*100,0*
3-Précautions standard	8	8	*100,0*
4-Précautions complémentaires	0	3	0,0
5-Antiseptiques	1	5	20,0
Total	**13**	**23**	**56,5**

Vous avez obtenu un résultat de 56,5%

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.

IV-1 ACTES DE SOINS INFIRMIERS ET DE NURSING

Soins pratiqués

Aérosol thérapie — 2

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Alimentation entérale — 2

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Aspiration bronchique ou endotrachéale — 2

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Aspiration buccale — 2

1=Oui, 2=Non

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

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

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*	1

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*	1

IV-4 LES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

Les précautions complémentaires font l'objet d'une information spécifique aux professionnels concernés *1=Oui, 2=Non*	2
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*	2

IV-5 ANTISEPTIQUES

Il existe une procédure sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement *1=Oui, 2=Non*	2
L'utilisation des antiseptiques alcooliques est valorisée (en dehors des muqueuses) *1=Oui, 2=Non*	1
Le principe d'une antisepsie en 4 temps (nettoyage, rinçage, séchage, antisepsie 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	**2**	**4**	**50,0**

Vous avez obtenu un résultat de 50,0%

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.

L'établissement organise la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin *1=Oui, 2=Non*	**1**
L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'établissement *1=Oui, 2=Non*	**2**
L'établissement organise la vaccination anti-pneumococcique des usagers à risque *1=Oui, 2=Non*	**1**
L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination des personnels *1=Oui, 2=Non*	**2**

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Gale	6	8	***75,0***
2-Tuberculose pulmonaire	0	11	**0,0**
3-Gastro-entérite	3	5	60,0
4-Infection respiratoire aiguë basse	4	6	66,7
Total	**13**	**30**	**43,3**

Vous avez obtenu un résultat de 43,3%

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.

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*	1
- 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
- le traitement du linge, dont celui de l'usager, par des produits anti-acariens pour le linge non lavable à 60° C *1=Oui, 2=Non*	1
- une procédure et une traçabilité de l'information aux personnes contacts (usagers, professinnels, intervenants extérieurs, chauffeurs de taxi, famille, lieu d'hébergement) *1=Oui, 2=Non*	2
Le cas de gale est notifié:	
- dans le dossier de l'usager *1=Oui, 2=Non*	1
- auprès des services de l'ARS *1=Oui, 2=Non*	2

VI-2 TUBERCULOSE PULMONAIRE

Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose *1=Oui, 2=Non*	2

VI-3 GASTRO-ENTERITE

Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à une épidémie (à partir de trois cas) *1=Oui, 2=Non*	2
Si oui, elle est:	
- écrite *1=Oui, 2=Non*	
- 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*	
Les précautions complémentaires contact sont mises en place *1=Oui, 2=Non*	1
En cas d'usager suspect de diarrhée à *Clostridium difficile* :	
- 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*	1
- 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*	2
Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place *1=Oui, 2=Non*	1
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	**5**	**11**	**45,5**

Vous avez obtenu un résultat de 45,5%

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.

L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination contre le VHB pour le personnel *1=Oui, 2=Non*	2
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*	2
Il existe une procédure dans l'établissement détaillant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES *1=Oui, 2=Non*	1
Si oui, elle est:	
- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections *1=Oui, 2=Non*	2
- diffusée et mise à disposition auprès des professionnels concernés *1=Oui, 2=Non*	2
En cas d'AES, il est prévu de faire rapidement un test VIH pour investiguer la personne source (lorque 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*	1
Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin de santé au travail *1=Oui, 2=Non*	1
Donner la tendance évolutive du nombre d'AES de l'établissement au cours des 3 dernières années (médecin de santé au travail) *1=En augmentation, 2=En diminution, 3=Stable, 4=Ne sait pas*	2

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*	3
Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants:	
- des collecteurs OPCT munis de système de fixation *1=Oui, 2=Non*	2
- des collecteurs OPCT fixés sur un support *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	2
- du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	2
- du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	2
- du matériel sécurisé pour injections *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	1
- du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	3
- du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	1
- du matériel sécurisé pour perfusions veineuses *1=Oui, 2=Non, 3=NA*	3

6. PLAN D'ACTIONS DARI

Etablissement : FAM LA SALAMANDRE						
Objectifs	**Thèmes**	**Sources**	**Responsables**	**Échéances**	**Priorités**	**Avancement**
Améliorer la prévention des infections associées aux soins (IAS) en améliorant la communication autour des risques infectieux	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place des réunions annuelles entre les équipes et le pôle médical avant la période épidémique (de novembre à février) pour informer des gestes simples de prévention (importance du lavage des mains, circuit sale/circuit propre)	THULLIER Pauline	01/12/2016	Traité
Intégrer au rapport annuel d'activité un chapitre "hygiène et risques infectieux" présentant les statistiques d'évènements infectieux au sein de l'établissement	THULLIER Pauline	01/12/2016	En cours

Améliorer la traçabilité des AES au sein de l'établissement	- Risques infectieux	- DARI	FICHELLE Claude	31/01/2017	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer une procédure sur la conduite à tenir en cas d'AES	MARTINEZ Paule	01/10/2016	Traité
Faire valider la procédure par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours
Intégrer dans le rapport annuel d'activité de l'établissement les statistiques en rapport avec les AES	MARTINEZ Paule	31/01/2017	Non traité

Assurer la traçabilité des contrôles de l'eau au sein de l'établissement	- Prévention des risques - Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Tenir à jour le registre d'entretien et de prélèvement de contrôle d'eau chaude, alimentaire, ou destinée aux soins standards (e-carnet)	THULLIER Pauline	01/12/2016	Traité

Etre en capacité d'agir rapidement et efficacement si un usager est porteur de Bactérie Multi-Résistante (BMR) au sein de l'établissement	- Risques infectieux	- DARI	FICHELLE Claude	01/11/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer une procédure en cas de présence d'une BMR au sein de l'établissement	THULLIER Pauline	01/11/2016	Traité
Faire Valider cette procédure par le médecin et par le Directeur	THULLIER Pauline	01/11/2016	En cours
Présente et expliquer cette procédure à toutes les équipes	THULLIER Pauline	01/11/2016	Non traité

Identifier les personnes ressources rattachées au niveau régional en cas d'épidémie de BMR	- Système d'information	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Etablir la liste des organismes à contacter ainsi que leurs adresses et numéros de téléphone, consultable dans le bureau infirmier	THULLIER Pauline	01/10/2016	Traité

Limiter les risques induits par la gestion des déchets	- Risques infectieux	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Faire valider par le Directeur la procédure déjà existante	PAUMIER Aurélie	01/12/2016	En cours
Expliquer et diffuser la procédure auprès du personnel lors d'une réunion d'équipe	PAUMIER Aurélie	01/12/2016	Non traité

Optimiser l'entretien des locaux	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Formaliser la procédure de nettoyage des locaux en établissant la fiche descriptive des matériels, produits d'entretien, et techniques utilisées pour chaque type de locaux	THULLIER Pauline	01/12/2016	Non traité

Optimiser la conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer une procédure pour la prise en cherge de l'usager concerné et / ou le personnel	THULLIER Pauline	01/12/2016	En cours
Faire valider cette procédure par le médecin puis le directeur	THULLIER Pauline	01/12/2016	Non traité

Optimiser la protection des professionnels lors des manipulations du linge souillé	- Prévention des risques - Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre à disposition des professionnels des blouses à usage unique	THULLIER Pauline	01/12/2016	En cours
Rendre obligatoire l'utilisation du matériel à usage unique en cas d'épidémie (BMR, Grippe, Gastro-entérite, Gale)	THULLIER Pauline	01/12/2016	En cours
Favoriser l'utilisation de sacs solubles avant de mettre le linge souillé dans le sac à linge habituellement utilisé (inutile en cas de BMR)	THULLIER Pauline	01/12/2016	En cours

Optimiser les conditions d'hygiène du linge en améliorant le circuit linge sale / linge propre au sein de l'établissement	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer une procédure pour le circuit du linge sale et du linge propre	MARTINEZ Paule	01/12/2016	En cours
Matérialiser visuellement les différents circuits au sein de la lingerie	MARTINEZ Paule	01/12/2016	En cours

Optimiser les conditions d'hygiène lors des ateliers cuisine	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer une procédure de l'organisation et du déroulement des ateliers cuisine du FAM et du CAJ	THULLIER Pauline	01/12/2016	Non traité

Permettre aux intervenants extérieurs l'utilisation d'une protection vestimentaire adaptée	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre à disposition dans le bureau infirmier, 2 tenues de protection type blouse	MARTINEZ Paule	01/10/2016	Traité

Prévenir ou éradiquer dans les plus brefs délais une éventuelle épidémie au sein de l'établissement	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	30/10/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer les différentes procédures	MARTINEZ Paule	30/10/2016	Traité
Valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	30/10/2016	En cours
Si un cas est décellé au sein de l'établissement, informer tous les intervenants extérieurs, y compris les familles, qui ont été en contact avec le ou les usagers concerné(s)	MARTINEZ Paule	30/10/2016	Traité

Uniformiser les pratiques infirmières dans l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des mains, les injections intra musculaires (IM), sous cutanées (SC), intraveineuses (IV) ainsi que l'antiseptie	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer les différentes procédures	MARTINEZ Paule	01/10/2016	Traité
Faire valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours

7. CONCLUSION

Cette deuxième campagne d'évaluation interne a constitué un enjeu fort tout au long de ces derniers mois. Elle s'est inscrite dans un double objectif : répondre à l'obligation légale et réglementaire de la façon la plus juste et dans les meilleures conditions ; faire de cette obligation une réelle opportunité de progrès pour les personnes accueillies mais également pour les professionnels. Si l'évaluation constitue bien sûr un outil de contrôle, elle a aussi et surtout permis à chacun des acteurs de participer, de s'exprimer, de prendre conscience de l'importance de la traçabilité, de quitter la culture de l'oralité pour aller vers celle de l'écrit, de la preuve.

Ainsi, Les professionnels et l'ensembles des acteurs associés (représentants des usagers, représentants des familles, représentants au conseil d'administration, au conseil à la vie sociale) ont pu évaluer avec objectivité et dans une configuration démocratique :

- ✓ La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
- ✓ Les enjeux de la personnalisation et de l'écoute de l'usager et des personnes de son environnement primaire.
- ✓ Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'usager.
- ✓ L'effectivité du projet de l'établissement sur l'accès et le recours aux droits.
- ✓ La réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers.

- ✓ La capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.

- ✓ La capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation.

- ✓ La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.

- ✓ La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.

- ✓ La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et des interventions.

- ✓ Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- ✓ Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

- ✓ Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations : a) perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers ; b) formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager.

- ✓ L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de : la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation des ressources du milieu ; sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

Au terme de cette évaluation, même si cela a pris du temps et a demandé à tous beaucoup d'énergie, nous pouvons affirmer que l'action a été productive, mobilisatrice, revitalisante pour les équipes, éminemment bénéfique quant à la qualité du service rendu à l'usager. Conformément à la réglementation et à notre projet stratégique « Horizon 2020 » l'établissement dispose désormais d'un véritable état des lieux concernant ses points forts et ses points de progrès à réaliser.

Notons également que les deux recommandations du conseil départemental à l'issue de l'évaluation externe de 2012 ont été honorées. Il s'agissait notamment :

- ✓ D'élaborer le projet personnalisé et de procéder, conformément à la réglementation, à son évaluation à un rythme annuel,

- ✓ De sensibiliser davantage les professionnels aux recommandations des bonnes pratiques : « *L'établissement n'a pas suffisamment mis en place une organisation permettant aux professionnels de s'approprier l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles utiles à l'exercice de leurs missions* ».

Pour améliorer ce second point nous avons procédé à :

- ❖ La création d'un poste d'ingénieur qualité au sein de l'association a rendu possible la formalisation des bonnes pratiques au regard des recommandations du guide ANESM,

- ❖ L'émergence d'un temps de réunion repéré dans nos plannings qui permet de consacrer davantage de temps à l'appropriation, par les professionnels, des recommandations en rapport avec son champ d'activité,

- ❖ La constitution d'une commission à partir d'un axe transversal à l'ensemble des établissements de l'association appelés « Axe des bonnes pratiques professionnelles ». Cette commission est animée l'ingénieur qualité et elle vient en soutien à notre démarche d'amélioration,

- ❖ Deux professionnels ont été désignés « référent qualité », ils assurent en lien avec l'ingénieur qualité la veille documentaire, la diffusion et la fluidité de l'information. Ils apportent leurs concours auprès de leurs collègues pour fédérer et faire respecter les procédures ou les fiches actions qui favorisent les bonnes pratiques,

- ❖ En 2017 deux professionnelles bénéficieront de la formation « référent formateur bientraitance » et disposeront d'une certification norme AFNOR. Ces deux professionnels seront à n'en pas douter des personnes ressources.

Notre démarche d'évaluation à partir d'un référentiel d'auto-évaluation ne pouvait avoir d'intérêt que si elle fixait dans le temps un plan d'amélioration de la qualité. L'utilisation du logiciel AGEVAL a largement contribué à définir le cadre méthodologique de nos travaux à venir, en vue de poursuivre cette démarche d'amélioration continue des prestations servies aux usagers, au travers d'un plan d'actions. Ce plan d'actions prend en compte :

- ✓ L'identité du responsable chargé de préciser l'action, de lancer, de suivre l'action ;
- ✓ La nature de l'action, l'identité du pilote, un descriptif succinct (finalité et objectif de l'action, moyens nécessaires et planification des principales étapes, modalité d'évaluation, scoring) ;
- ✓ Les personnes impliquées individuellement ou en groupe.

Ainsi le « cahier des charges » élaboré pour chaque action, donnera, à chaque acteur de terrain, de la lisibilité et de la visibilité des actions entreprises ou à entreprendre et d'en mesurer l'évolution.

Ce travail d'évaluation s'est pleinement inscrit dans une synergie associative qui développe :

- ✓ Une véritable politique de gestion prévisionnelle des emplois et carrières,
- ✓ Une culture de santé, sécurité, qualité de vie au travail avec notamment la mise en place du PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique),
- ✓ La mise en œuvre d'une véritable politique de communication et un véritable dialogue social avec les différentes instances représentatives du personnel.

Enfin l'évaluation interne aura eu pour effet de renforcer la cohérence et la cohésion du dispositif institutionnel et de mettre en perspective les travaux à venir :

- ✓ L'ajustement du projet d'établissement au regard de l'évolution du contexte réglementaire et des besoins et attentes exprimés par les usagers et/ou leur représentants légaux,
- ✓ L'évaluation externe,
- ✓ La saisie des indicateurs pour les ESMS édité par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP),

FAM **LA SALAMANDRE**
10 rue Général Chanzy
76600 LE HAVRE

CONTACTS

Monsieur Michel CAPPE
Directeur Général LIGUE HAVRAISE

—

Monsieur Claude FICHELLE
Directeur FAM

—

Tél : 02 35 22 16 44
michel.cappe@liguehavraise.com
claude.fichelle@liguehavraise.com

—

www.liguehavraise.fr

LA LIGUE HAVRAISE EST ADHÉRENTE DE

Unapei