

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ LE PERREY

OCTOBRE 2016

**LIGUE
HAVRAISE**
POUR
L'AIDE
AUX
PERSONNES
HANDICAPÉES

SOMMAIRE

1.	PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS	3
1.1	Cadre réglementaire	3
1.1.1.	Contenu de l'autorisation	3
1.1.2.	L'organisme gestionnaire	4
1.2	Caractérisation de la population accompagnée	5
1.2.1.	La population accueillie	5
1.2.2.	Les pathologies des personnes accueillies	5
1.3	Spécifications des objectifs de l'accompagnement	7
1.3.1.	L'organisation et le fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé Le Perrey sont axés sur la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, la santé et la participation sociale des personnes accueillies :	7
1.3.2.	L'accompagnement est personnalisé	11
1.3.3.	La garantie des droits et participation des personnes accueillies sont effectives :	12
1.3.4.	La protection et la prévention des risques inhérents aux personnes accueillies et au mode d'accompagnement sont mises en place :	13
2.	PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE	14
2.1	Protocole d'évaluation	14
2.2	Les modalités de l'implication des différents acteurs	15
2.2.1	Mise en place de comités de pilotage	15
2.2.2	Modalités d'association des personnes accueillies et des familles aux différentes étapes	15
2.2.3	Modalités d'association des professionnels	16
2.3	Modalités de la remontée des informations	17
2.3.1	Principe de construction du référentiel d'évaluation	17
2.3.2	Structure du référentiel d'auto-évaluation:	17
2.3.3	Les principaux domaines évalués et les références	18
2.3.4	Le déroulement des sessions d'évaluation	19
3.	PRESENTATION DES RESULTATS	20
3.1	Les principaux constats : résultats et analyse	20
3.1.1	L'Accueil	20
3.1.2	L'accompagnement des personnes accueillies	23
3.1.3	Les soins	31
3.1.4	Le cadre de vie	35
3.1.5	Le respect des droits des personnes accueillies	40
3.1.6	Les outils de la loi de 2002	46
3.1.7	Le management	47
3.1.8	Le réseau, le territoire et les partenaires	49

3.1.9	La prévention des risques	52
3.2	Synthèse	57
4.	PLAN D' ACTIONS	60
5.	DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)	67
6.	PLAN D' ACTIONS DARI	88
7.	CONCLUSION	92

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

1.1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1.1. Contenu de l'autorisation

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) « Le Perrey » a ouvert le 14 Septembre 2004, sur une autorisation de l'ARS de Haute Normandie datant du 15 Février 2002. La création de cet établissement est une réponse au manque de structures d'hébergement pour adultes et à la nécessité d'étoffer l'offre de services au sein de l'association « La Ligue Havraise pour l'aide aux personnes en situation de handicap ». Il a été construit sur le même site géographique que le Centre d'Activités de Jour « Le Perrey » (C.A.J). Ces deux établissements sont donc en miroir.

Le F.A.M dispose d'une capacité d'accueil de 40 places dont 15 places pour des personnes handicapées dites « vieillissantes ». Il s'agit de leur proposer un accompagnement différent en tenant compte du fait que leur âge, leur pathologie et leur fatigabilité nécessitent un rythme de vie adapté. Ces adultes participent régulièrement à des activités au sein même de leur habitation, ce qui les distingue des autres internes, qui eux, se rendent en journée au C.A.J. Ce groupe spécifique d'une capacité d'accueil de 15 places destinées aux personnes « vieillissantes » en situation de handicap n'est pas suffisant pour répondre aux besoins et à l'évolution du public accueilli dans les différents établissements de l'association. Il serait important pour l'avenir d'avoir une réflexion autour de l'accompagnement à proposer aux adultes vieillissants.

Il est aussi possible d'accueillir temporairement dans l'établissement d'autres personnes soit parce qu'elles sont confrontées à des situations d'urgence, soit parce que leur famille et/ou elles-mêmes souhaitent une préparation à la vie en collectivité soit pour répondre à leur projet de vie.

❖ Nos principales références législatives et réglementaires :

- La loi du 2 Janvier 2002 : elle rénove l'action sociale et médico-sociale et met l'accent sur les droits des usagers en insistant 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 des services rendus.
- La loi du 11 Février 2005 : cette loi d'orientation en faveur des personnes handicapées représente une étape essentielle dans la reconnaissance des besoins 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 ».

- Le Décret du 9 Mars 2009 : il précise notamment les dispositions générales relatives à la qualité et à la continuité de l'accompagnement. Il précise ainsi que le fonctionnement de la structure doit garantir l'accompagnement de la personne de manière continue tout au long de l'année.
- L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux(A.N.E.S.M) : elle élabore les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et donne un cadre en précisant notamment les grandes orientations que doivent suivre les structures.

❖ Nos références spécifiques :

A ce jour, les recommandations prises en compte au sein de l'établissement 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 FAM et MAS

1.1.2. L'organisme gestionnaire

La Ligue Havraise pour l'aide aux personnes en situation de handicap a été créée en 1958, reconnue d'utilité publique, c'est une association de parents dont le siège est situé 75 rue Emile Zola, 76600 Le Havre. Cette association gère des établissements et services nécessaires à l'accueil et l'épanouissement des personnes présentant une déficience intellectuelle. Dans son projet associatif, la Ligue Havraise affirme avec détermination son attachement aux valeurs humaines : « Dignité des personnes, respect, acceptation de la différence, tolérance et solidarité ».

Elle favorise le développement de leurs capacités et l'émergence de leurs potentialités par l'éducation, le travail, les loisirs, l'éveil, la responsabilité et l'autonomie. Elle leur permet l'accès à une qualité de vie et propose un accompagnement ainsi qu'une écoute tout au long de la vie de la personne handicapée et de sa famille.

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, d'avantage de formations sur les évolutions de leurs métiers et des publics accueillis, ainsi que de 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

1.2.1. La population accueillie

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Le Perrey » accueille 40 personnes : 17 femmes et 23 hommes. La répartition par tranche d'âge, en nombre d'usagers, est la suivante :

- 7 usagers ont entre 20 et 29 ans,
- 7 usagers ont entre 30 et 39 ans,
- 7 usagers ont entre 40 et 49 ans,
- 15 usagers ont entre 50 et 59 ans,
- 3 usagers ont entre 60 et 69 ans,
- 1 usager a 71 ans.

La moyenne d'âge de la population est donc de 47.14 ans.

La durée moyenne du séjour est, à l'heure actuelle, de 7 ans.

Il est important de préciser que la population accueillie est hétérogène tant au niveau de l'âge, de la pathologie que des attentes. Ainsi, il est complexe d'accompagner de jeunes adultes qui revendiquent leur autonomie et des personnes qui, du fait de l'âge et/ou de troubles du comportement ont d'avantage besoin d'activités sensorielles ou de type cocooning...

1.2.2. Les pathologies des personnes accueillies

Le public accueilli se caractérise par 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 ».

Si les différences individuelles au niveau des capacités cognitives sont parfois très importantes d'une personne à l'autre, certaines difficultés s'observent à des degrés divers chez l'ensemble des usagers en termes de :

- **Connaissances scolaires :**

Pour l'ensemble des personnes accueillies, il y a impossibilité d'accéder à des connaissances scolaires de base. La lecture et l'écriture ne sont pas acquises, les meilleurs niveaux peuvent décrypter quelques grandes lignes d'un article de presse sans toutefois en saisir les subtilités.

Peu d'entre eux possèdent des notions de quantité, certains peuvent toutefois faire des additions simples et sans retenues. Certains des usagers ne peuvent pas effectuer des tris de formes simples telles que le carré ou le triangle. D'autres nomment certaines couleurs primaires, sans les associer à la bonne nuance.

De même, la comparaison entre deux images est parfois impossible, les liens de cause à effet ne sont pas toujours compris. Les usagers ne peuvent retenir ni généraliser certains acquis. Les apprentissages proposés doivent être concrets, progressifs et répétés pour être assimilés.

- **Attention, mémoire, concentration :**

De manière générale, les usagers du F.A.M « Le Perrey » ont une attention et des possibilités de concentration très furtives. La mémorisation des consignes est limitée. Ces personnes ont généralement besoin de temps pour traiter

et intégrer les informations qui leur sont données. Ils éprouvent, par ailleurs, quelques difficultés à inhiber et contrôler les réponses déjà apprises. Tout apprentissage exige la répétition fréquente des consignes et ce, sur de longues périodes. Il existe aussi chez eux des troubles attentionnels. Certains sont happés par toute sorte de stimulus provenant de l'extérieur. D'autres ne peuvent différer dans le temps (impulsivité).

- **Troubles du langage :**

Le langage, lorsqu'il existe, est souvent caractérisé par l'utilisation de phrases courtes. Certaines personnes s'expriment par mot-phrase, avec des mots tronqués et/ou isolés. Le langage présente une syntaxe peu développée, un vocabulaire limité et répétitif avec l'utilisation restreinte voire inexistante des pronoms, verbes et prépositions.

Les troubles du langage peuvent encore se manifester par des difficultés à articuler, voire même par la survenue de bégaiements et de stéréotypies verbales.

Quelques personnes qui n'ont pas accès au langage, peuvent toutefois s'exprimer par gestes ou par des mimiques expressives.

- **Repères spatio-temporels :**

Les usagers ont de grandes difficultés à appréhender l'environnement immédiat ou élargi. Ils peinent à évaluer l'écoulement du temps et à se repérer dans l'espace, même si cela s'exprime à des degrés divers.

Pour ces personnes, la notion de temps est tout aussi relative. Bien que certaines sachent citer les jours de la semaine, toutes n'identifient pas le jour en cours. La succession des saisons et des mois de l'année est une notion difficile à intégrer. Les personnes atteintes de déficience intellectuelle éprouvent des difficultés pour planifier et prévoir les actions dans le futur. Certaines d'entre elles vont adopter des stratégies pour se repérer à travers certains événements. Mais sur le temps présent, les difficultés reposent sur une incapacité à organiser la séquence des événements en respectant l'ordre chronologique. Pour beaucoup, la notion de temps est relative au changement perceptible de température. Dans ce temps circulaire, le printemps et l'automne ne sont pas souvent mentionnés. Les notions de passé, de présent et de futur sont difficiles à concevoir.

- **Difficultés d'adaptation à l'environnement :**

Certains usagers rencontrent des difficultés à intégrer les codes sociaux les plus élémentaires. Elles établissent parfois un lien de proximité immédiate et familial avec des personnes qui leur sont inconnues. Le vouvoiement et le tutoiement sont utilisés de façon anarchique. Au sein de l'établissement, il leur est parfois difficile d'établir des relations suivies et adaptées. Certaines personnes ne parviennent pas à dialoguer et à prendre en compte le discours de l'autre. Il n'est pas rare d'assister à des échanges décousus et totalement décalés. De même, elles peuvent avoir des gestes déplacés sans percevoir le caractère inopportun et grave de leurs actes.

Certains sont très accaparants notamment envers le personnel éducatif tandis que d'autres restent indifférents à la relation.

- **Perception de l'image du corps :**

Certains adultes accueillis ne parviennent pas à se représenter et à désigner les différentes parties simples de leur corps. De nombreuses difficultés sont observées dans les coordinations dynamiques et les actions simples, comme enjamber, sauter, attraper... Nous notons, parmi les troubles du schéma corporel, une mauvaise perception du corps dans sa globalité, un manque d'estime de soi, ou a contrario une surestimation de ses capacités, une existence de réactions de prestance....

Quel que soit le degré de déficience mentale et le diagnostic posé, les usagers du F.A.M « Le Perrey » doivent pouvoir s'intégrer dans une collectivité et participer aux différentes activités qui rythment leur journée. Les personnes ne doivent pas présenter de troubles psychiatriques graves mettant les autres ou eux même en danger. Toutefois, certaines personnes ont des troubles qui nécessitent ponctuellement une hospitalisation en milieu psychiatrique. Lorsque les troubles se résorbent, un accompagnement adapté est mis en œuvre afin de permettre leur retour. Malgré tout, l'établissement ne doit pas être associé à un service de soins puisqu'il n'est pas en capacité d'accueillir des adultes présentant des troubles trop envahissants.

Lorsque la déficience est associée à un handicap physique, celui-ci ne doit pas rendre impossible l'autonomie de marche. Les usagers doivent par ailleurs avoir une autonomie suffisante pour assurer seul leurs besoins physiologiques les plus élémentaires.

1.3 SPECIFICATIONS DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

1.3.1. L'organisation et le fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé Le Perrey sont axés sur la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, la santé et la participation sociale des personnes accueillies :

a) L'accompagnement médical:

Le suivi médical est assuré par un pôle, constitué d'infirmières, d'une aide-soignante, d'un médecin et d'un psychiatre.

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 : pharmacien, 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 le psychiatre qui intervient en réunion une fois tous les 15 jours et qui suit certaines des personnes accueillies.

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 rédaction 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.

Les infirmières ne travaillant pas après 20 heures, lorsqu'un résident est souffrant, elles informent les équipes éducatives et les surveillantes de nuit de l'évolution de l'état de santé de ce dernier 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.

b) L'accompagnement psychologique et psychique :

Il est assuré par la psychologue de l'établissement et des psychiatres soit à la demande des usagers soit sur les conseils de l'équipe éducative. Cet accompagnement permet :

- De soutenir les usagers 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 de spécialistes, l'utilisateur 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,
- 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...).

La psychologue de l'établissement peut également intervenir lors de situations conflictuelles. Il s'agit alors de proposer un accompagnement particulier et des solutions pour apaiser l'utilisateur 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 (APP) 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, puisqu'elle :

- Observe activement l'utilisateur pour affiner les informations données par l'institution et/ou la famille,
- Rencontre l'utilisateur 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'utilisateur (nom, prénom, âge, lieu d'habitation, la durée de son séjour et l'étage où il résidera).

c) L'accompagnement socio-éducatif :

Le rôle de l'équipe éducative constitué d'Aides Médico Psychologique et d'Educateurs spécialisés est de :

- Maintenir, restaurer ou accroître le bien-être physique et psychologique des personnes accueillies afin de favoriser l'épanouissement et l'amélioration de leurs capacités,
- Permettre à leur singularité de s'exprimer au travers d'un collectif,
- Proposer des échanges et sorties propices à leur reconnaissance et à leur intégration dans l'environnement social,
- Encourager leur implication dans la vie collective,
- Développer l'expression des usagers quelles que soient leurs potentialités,
- Les inciter à faire des choix,
- Leur assurer un cadre de vie sécurisé.

Pour atteindre ces objectifs, les professionnels s'appuient sur les différents temps du quotidien, sur des activités et loisirs diversifiés, sur la mise en place d'entretiens individuels et de groupes de parole.

Afin de permettre aux usagers d'être acteurs de leur quotidien, diverses activités leur sont proposées. Elles sont culturelles, sportives, manuelles, en rapport avec le corps et en lien avec le quotidien. Elles sont élaborées par les encadrants sur un mode projet incluant des objectifs en lien avec le contenu du Projet Personnalisé d'Accompagnement, des moyens et une évaluation.

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 fairplay.	Karaté Equitation Pétanque Randonnées Football piscine
« Autour 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 autour 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

Les activités qui sont mises en place en concertation avec les usagers ou à partir de leurs centres d'intérêt sont un véritable support à la relation. Bien que la participation de chacun soit basée sur le volontariat, lorsqu'il s'agit d'activités structurées, il leur est demandé de tenir leur engagement. Dans un souci d'individualisation des

interventions, les activités s'adressent à des groupes à dimension humaine. De cette manière, il est possible d'atténuer l'impact du collectif, de favoriser la participation de chacun et de développer des relations de qualité.

Afin de rendre l'utilisateur acteur de son quotidien, un accompagnement individualisé est proposé lors des différents temps qui ponctuent sa journée. Pour que les interventions éducatives restent adaptées aux difficultés et potentialités de chacun, des évaluations régulières de l'utilisateur doivent être effectuées.

1.3.2. L'accompagnement est personnalisé

L'accompagnement s'appuie sur le respect de la personne, son histoire, sa dignité, et sa singularité. Il tient compte de l'impact du collectif sur l'individuel et vice versa. Il s'articule autour du cadre réglementaire de la loi du 02 janvier 2002.

L'histoire de l'utilisateur explique bien souvent son présent et permet d'envisager son avenir. Ce triptyque favorise la cohérence de son projet de vie en l'accompagnant dans les différentes étapes de réalisation.

L'accompagnement au sein du FAM « Le Perrey » est personnalisé afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur (rythme, habitudes, capacités et difficultés).

Le projet personnalisé est élaboré par une équipe transdisciplinaire en associant l'utilisateur, il est réalisé à partir de l'évaluation de ses besoins et attentes. L'ensemble des professionnels de l'établissement s'appuie sur des documents validés en interne et utilise des outils partagés pour lesquels ils ont été formés.

Afin de construire le projet personnalisé, une photographie des capacités de l'utilisateur est effectuée dans les six mois qui suivent son admission. Ainsi, il est remis à l'utilisateur au bout de six mois, évalué et réajusté au bout d'un an puis son contenu est revu après deux ans.

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.

Par ailleurs, les personnes accueillies ont un bilan médical effectué afin d'élaborer un projet de soins personnalisé. Les observations qui sont mises en évidence à travers cet outil permettent aux référents de produire un écrit que nous avons appelé : L'histoire.

Ce document reprend :

- D'une part, les éléments du dossier de l'utilisateur 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 (utilisateurs 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 traite sous forme d'un tableau à double entrée, qui consiste à :

- Associer une force et/ou une difficulté à un besoin (élément vital à combler pour satisfaire son existence),
- Mettre en corrélation les différents besoins recensés avec ceux de la pyramide de Maslow (physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime, de réalisation).

Après avoir élaboré ce tableau, le référent extrait les besoins retenus et les retraduit en axes de travail eux-mêmes déclinés en objectifs.

Comme le précise le cadre législatif, l'usager doit participer à l'élaboration de son projet personnalisé. Pour les usagers ayant des difficultés d'expression, l'accent est alors mis sur la valorisation des observations de l'équipe. Ainsi, la plupart du temps, l'usager n'a pas été consulté de manière directe. En revanche, le projet personnalisé est bien construit autour de la personne et lui est d'ailleurs présenté une fois rédigé pour l'en informer et prendre en compte ses remarques.

L'ensemble des projets est ensuite présenté aux familles ou tuteurs légaux dans le cadre d'une réunion associant également le référent, l'usager et un membre de la direction. Le référent fait la lecture du projet personnalisé et explique les choix d'objectifs.

Des bilans intermédiaires sont réalisés par l'équipe éducative au bout de la première année.

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

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Le Perrey » a élaboré et mis en œuvre l'ensemble des outils de la loi 2002-2 :

- Le livret d'accueil :

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 libertés :

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 d'avantage 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 FAM.

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 :

- 2 représentants des personnes accueillies,
- 1 des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements,
- 1 représentant du personnel et 1 représentant de l'organisme gestionnaire.

Le C.V.S se réunit au moins 3 fois par an, 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.

Quatre représentants des usagers siègent au C.V.S. Avant chaque conseil, les professionnels se mobilisent, avec les représentants, pour préparer les questions et les remarques recueillies auprès de l'ensemble des usagers.

Après chaque conseil, un compte-rendu est effectué auprès de l'ensemble des résidents.

- Personne qualifiée :

Pour l'aider à résoudre un conflit individuel ou collectif et à faire valoir ses droits en tant qu'usager de l'établissement, toute personne prise en charge, ou son représentant légal, peut faire appel à une personne qualifiée désignée sur une liste établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général.

Ces outils sont donc porteurs du respect des droits des usagers, mais ils ne garantissent pas à eux seuls l'effectivité de ces droits. En effet, l'enjeu de leurs mises en place est bien celui d'un apprentissage et d'une mobilisation pour chacun et pour le collectif. Pour s'approprier ces outils, il est nécessaire de leur donner sens en fonction des spécificités du public et de l'établissement, de permettre leur intégration dans le quotidien, dans les pratiques de chacun.

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

Ce chapitre fait partie d'un des thèmes de l'évaluation interne. Les points forts et les points faibles ont été interrogés par les équipes et le détail se trouve dans le document d'évaluation. Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des personnes et des biens : procédures, protocoles médicaux, fiches d'instruction, DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels), DARI (Document d'Analyse des Risques Infectieux),

PRAP (Prévention des Risques liée à l'Activité Physique), gestions des évènements indésirables, veille sanitaire, contrôles des équipements de sécurité. Les professionnels sont associés à la création et à la réflexion de ces dispositions.

2. PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'ÉVALUATION

2.1.1 Lancement de la démarche

La démarche d'Évaluation interne a été lancée en janvier 2016. Le référentiel utilisé pour évaluer la qualité des prestations proposées aux personnes accueillies a été le même pour tous les établissements et services de l'Association. Dans ce référentiel, les dix thématiques suivantes ont été identifiées :

- L'accueil
- L'accompagnement
- Les soins
- Le cadre de vie
- Le respect des droits des personnes accueillies
- Les outils de la loi de 2002
- Le management
- Le réseau, territoire et les partenaires
- La prévention des risques

Un logiciel de pilotage de la qualité, AGEVAL, a été acquis par l'Association en début d'année 2016 afin de pouvoir réaliser et suivre l'évaluation avec un outil informatique.

Pour communiquer sur la démarche d'Évaluation interne auprès des professionnels et des familles, La Direction de l'établissement s'est appuyée sur deux documents transmis par le siège : un guide méthodologique et un power point présentant cette démarche.

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

L'équipe de Direction a décidé de créer un comité de pilotage commun aux deux établissements c'est-à-dire composé de professionnels du Centre d'Activités de Jour et de professionnels du Foyer d'Accueil Médicalisé « Le Perrey ». Les réunions du Comité de pilotage ont été planifiées en fonction des étapes de la démarche prévues dans le guide méthodologique. L'animation de ce groupe a été confiée à La Chef de service. Une première information donnée à l'ensemble des professionnels, début janvier, a permis de déterminer les membres du comité de pilotage de l'Évaluation interne.

Dans le but d'assurer une continuité dans l'accompagnement du public, l'équipe de direction a décidé de mettre en place les groupes de travail sur les temps de réunion du mardi matin et sur certains temps d'écrit. Il a été demandé à tous les professionnels de l'équipe éducative de s'inscrire dans la phase d'auto évaluation en choisissant de travailler au moins sur une des thématiques. Les autres équipes ont également été impliquées mais à moins grande échelle puisque du fait de leur formation et de leurs missions, elles n'étaient pas en capacité d'évaluer certaines prestations. Ainsi, deux professionnels de l'équipe des ASI ont participé à la thématique sur le cadre de vie, deux infirmières ont participé à la thématique sur les soins et les secrétaires ont participé sur l'accueil et les outils de la loi.

2.2 LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES DIFFERENTS ACTEURS

Les nombreux enjeux de la démarche d'évaluation interne nécessitent d'y associer les professionnels, les familles, les usagers et les membres du Conseil d'Administration. Les administrateurs ont été sollicités par mail afin de s'inscrire dans le comité de pilotage.

Le comité de pilotage dont la mission est le suivi de l'ensemble de cette démarche va intervenir lors des différentes phases de l'évaluation : l'information, l'auto évaluation, la synthèse et l'analyse des résultats, l'élaboration du plan d'amélioration et enfin le suivi de ce dernier.

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage

a) Compositions et missions

Composition	Missions	Dates
La chef de service	Définir les modalités de participation des différents acteurs	Le 15/01/2016
Une résidente		Le 12/02/2016
Un membre du Conseil d'administration	Constituer les groupes de travail et planifier les temps de travail	Le 8/04/2016
Une secrétaire	En fonction de l'avancée des travaux, réajuster les moyens et prévoir de nouvelles dates de rencontre	Le 17/06/2016
Une surveillante de nuit		Le 23/09/2016
Une infirmière		Le 25/11/2016
Une ASI	Evaluer les difficultés rencontrées lors des différentes phases	
Une psychomotricienne	Valider le contenu du référentiel	
Une Aide Médico Psychologique du CAJ	Déterminer le plan d'amélioration en fonction des actions préconisées par les différents groupes de travail	
Une aide Médico Psychologique du FAM		
Une éducatrice du FAM	Assurer le suivi de ce plan d'amélioration	

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

Les familles

Afin d'informer les familles sur le lancement de la démarche d'évaluation interne, un courrier a été envoyé à chacune d'entre elles, le 20/01/2016. Dans celui-ci, il leur a été expliqué les objectifs de l'évaluation interne et pourquoi il était d'important d'y participer. Il leur a été demandé de renvoyer avant le 2 février un coupon réponse sur lequel elles devaient nous informer de leur participation aux groupes de travail et choisir les thématiques qu'elles retenaient. Une réunion d'information a été mise en place le 4 février pour les familles souhaitant s'investir afin d'expliquer les attendus et l'organisation des groupes de travail.

Les personnes accueillies

Dans un premier temps, les membres du Comité de pilotage ont défini la liste des personnes en capacité de s'exprimer sur les différents sujets de l'évaluation interne. Dans un second temps, les professionnels et

la résidente représentant le Foyer d'Accueil Médicalisé au sein du Comité de pilotage les ont rencontrés (le 18 janvier 2016) pour communiquer sur la démarche et pour recueillir leur adhésion. Après ce travail de consultation, 14 usagers ont dit vouloir participer aux échanges sur les thématiques et ont choisi celles qui les intéressaient. Avant la mise en place des différents temps de travail, un accompagnement des professionnels a été nécessaire pour le rappel des dates et une explication des critères.

2.2.3 Modalités d'association des professionnels

Les professionnels ont été associés aux différentes étapes de l'évaluation en s'inscrivant dans le comité de pilotage, en participant aux divers groupes de travail et en accompagnant les usagers afin de faciliter leur compréhension et leur prise de parole.

⇒ Etape 1 – Phase d'information

Actions	Dates
✓ Présentation de la démarche d'évaluation interne et de ses enjeux	Le 12/01/2016
✓ Présentation du référentiel et d'un outil en ligne permettant aux professionnels de choisir la thématique sur laquelle ils vont intervenir (date limite : le 2 février)	Le 19/01/2016
✓ Présentation du tableau reprenant la composition de tous les groupes de travail et les dates de rencontre. Attribution du rôle d'animateur pour chacun de ces groupes	Le 16/02/2016

⇒ Etape 2 – L'auto-évaluation : du 22 février au 16 août 2016

Tous les groupes de travail étaient composés de plusieurs professionnels et d'un ou deux usagers excepté celui portant sur la thématique du management jugé trop complexe par rapport aux compétences des personnes accueillies.

Les groupes de travail sur « Les outils de la loi », « Le respect des droits », « La prévention des risques » et « Le management » étaient communs aux deux établissements, le CAJ et FAM « Le Perrey ».

Un document, reprenant l'ensemble des thématiques, les noms des professionnels, des usagers et des familles, les dates des réunions, a été élaboré puis mis en ligne. Pour chaque groupe, le nom du professionnel endossant le rôle d'animateur était précisé. Tout changement de date a été communiqué aux membres du groupe par l'intermédiaire du cahier de transmission.

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 4 professionnels	2 personnes accueillies 1 parent	1 réunion 1 x 3 h
Le respect des droits Commun CAJ et FAM	1 animateur 3 professionnels	2 personnes accueillies	2 réunions 2 x 2h30
L'accompagnement	1 animateur	2 personnes accueillies	3 réunions

	4 professionnels		3 x 2h30
Les soins Commun CAJ et FAM	1 animateur (Directrice Adjointe) 5 professionnels	2 personnes accueillies 1 parent	2 réunions 2 x 2h30
Le cadre de vie	1 animateur 3 professionnels	2 personnes accueillies 1 parent	2 réunions 2 x 2h30
La prévention et la gestion des risques Commun CAJ et FAM	1 animateur 4 professionnels	2 personnes accueillies 1 parent	2 réunions 2 x 2h30
Les réseaux	1 animateur 4 professionnels	1 personne accueillie	2 réunions 2 x 2h30
Le management Commun CAJ et FAM	1 animateur (Chef de service) 3 professionnels		1 réunion 1 x 2h
Les outils de la loi 2002 Commun CAJ et FAM	1 animateur 4 professionnels	2 personnes accueillies	1 réunion 1 x 2h30
TOTAL PARTICIPATION ET NOMBRE DE REUNIONS	9 animateurs 28 professionnels	14 personnes accueillies	16 réunions 40 h de réunions

⇒ Etape 3 – Synthèse et analyse des résultats : de 8 avril au 17 juin 2016

⇒ Etape 4 – Elaboration du plan d'amélioration : de juin à septembre 2016

⇒ Etape 5 – Suivi du plan d'amélioration et préparation de l'évaluation externe à compter de novembre 2016

2.3 MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS

2.3.1 Principe de construction du référentiel d'évaluation

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

2.3.2 Structure du référentiel d'auto-évaluation:

- Un référentiel global subdivisé en domaines thématiques.
- Chaque domaine est structuré en références et critères.
 - Référence : l'énoncé d'une attente ou exigence, c'est un engagement / objectif qualité que se fixe les équipes et/ou la direction.
 - Critère : l'énoncé des conditions ou ce qui est attendu pour réussir engagement / objectif qualité.
- Une échelle d'appréciation : indication du niveau de réalisation de l'engagement :
 - OUI : satisfait ou fait
 - EN GRANDE PARTIE : en grande partie satisfait ou fait
 - PARTIELLEMENT : peu ou partiellement satisfait ou fait

- NON : pas du tout satisfait ou fait
- NON APPLICABLE : non concerné
- Points forts/points faibles : la précision et la preuve de l'évaluation par des faits et des aspects organisationnels, fonctionnels, etc...précis.
- Propositions d'axes d'amélioration sous forme de plan d'actions.

2.3.3 Les principaux domaines évalués et les références

- *Domaine 1 : L'accueil*
 - L'établissement est facilement accessible à tous et à tout moment
 - L'accueil téléphonique est assuré tout au long de l'année et le lien avec la personne accueillie peut être direct
 - L'accueil des proches est constant et adapté aux besoins et au projet des personnes
 - L'accueil est organisé et efficient
- *Domaine 2 : L'accompagnement des personnes accueillies*
 - Un processus d'admission est mis en place
 - Le processus d'admission vise à vérifier l'adéquation entre la mission de l'établissement, les besoins de la personne, l'intégration dans la vie de l'établissement et la cohabitation avec les autres personnes accueillies ainsi que la capacité à produire une prise en charge de qualité
 - Le processus d'admission est formalisé, pluridisciplinaire
 - L'admission suppose l'information des personnes orientées et des proches (documentation) et de la MDPH
 - L'établissement accompagne les personnes et les familles auprès de la MDPH lorsqu'elles doivent le faire
 - L'accompagnement de la personne s'efforce de garantir la continuité de son projet de vie
 - Le projet personnalisé est élaboré en fonction des souhaits et des besoins de la personne accueillie et repose sur des objectifs partagés
 - L'équipe pluridisciplinaire garantit le respect du projet de vie personnalisé de la personne accueillie et sa mise en œuvre.
 - L'établissement adapte son cadre de vie aux personnes accueillies.
 - Des activités sont mises en place pour répondre aux besoins des personnes accueillies.
- *Domaine 3 : Les soins*
 - L'offre de soins est fonction de l'état de santé, du handicap de la personne et de ses choix
 - Le suivi de l'état de santé de la personne accueillie est organisé, planifié, global et personnalisé
 - La continuité et la sécurité des soins sont garanties.
 - La spécificité des soins est prise en compte pour le handicap psychique et les troubles psychiatriques.
- *Domaine 4 : Le cadre de vie*
 - L'accessibilité des locaux respecte la réglementation en vigueur
 - Les normes de sécurité sont privilégiées et respectées
 - Le milieu se rapproche du cadre de vie familial de la personne accueillie
 - Le cadre de vie permet le respect de l'intimité de la personne accueillie
 - Les lieux de vie de l'établissement favorisent la vie en collectivité
 - L'établissement propose des prestations adaptées
- *Domaine 5 : Le respect des droits des personnes accueillies*
 - Le personnel est informé et formé au respect des droits de la personne accueillie
 - La bientraitance est au cœur du projet de l'établissement

- L'établissement s'engage à favoriser la participation de la personne accueillie et/ou de son représentant légal
 - L'établissement organise et encourage la participation de la personne accueillie au Conseil de la Vie Sociale et au fonctionnement de l'établissement
 - Chaque personne accueillie dispose d'un dossier auquel elle a accès
 - Le respect de la décision et du choix de la personne est effectif
 - Le recueil de la satisfaction des personnes accueillies est organisé régulièrement
- *Domaine 6 : Les outils de la loi de 2002*
 - Les outils existent et sont diffusés
- *Domaine 7 : Le management*
 - La gestion des ressources humaines est conforme aux besoins des personnes accueillies et de la réglementation en vigueur
 - Le projet d'établissement existe et répond aux besoins des personnes accueillies.
- *Domaine 8 : Le réseau, les partenaires et le territoire*
 - L'établissement développe des conventions et des partenariats avec d'autres établissements
 - L'établissement fait appel à des ressources extérieures qui contribuent à la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies
 - L'établissement favorise l'ouverture sur son environnement
- *Domaine 9 : La prévention des risques*
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des personnes
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des biens
 - Le Document Unique d'Évaluation des Risques est un outil au service de la démarche de prévention des risques de l'établissement
 - L'établissement a une procédure de gestion des événements indésirables

2.3.4 Le déroulement des sessions d'évaluation

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

AC1A/ Une signalétique interne existe pour différencier la fonction de chaque espace. Elle est sous forme de pictogrammes dans des boîtiers lumineux situés à l'entrée de chaque pièce. Les pièces de vie, les couloirs et les portes d'accès sont de couleurs différentes sur chaque étage, ce qui permet de les distinguer. Ainsi, les étages sont nommés en fonction de leur couleur (l'étage jaune, l'étage rouge, l'étage bleu et l'étage vert) afin de faciliter les repères des personnes accueillies et de leurs proches. Les noms, prénoms et photos des résidents sont placés à l'entrée de chaque chambre.

AC1 B/ Des ascenseurs desservent les cinq étages de l'établissement afin de répondre à la fatigabilité et à la pathologie de certains adultes (épilepsie, vieillissement). Dans les chambres, les salles de bain ont des portes coulissantes ce qui permet à un résident qui serait momentanément en fauteuil d'accéder à cet espace. En effet, dans le projet d'établissement, il est précisé que le public accueilli doit avoir une autonomie motrice. Les douches sont également adaptées(à hauteur de sol).

Points faibles

AC1 A/ Il n'existe pas de signalétique externe d'accès à l'établissement. Le nom de la structure et de l'association " La Ligue Havraise" ne sont pas indiqués à l'extérieur. Lorsqu'une personne arrive dans la cour, elle ne sait pas où se situe l'accueil et le FAM.

AC1 B/ Les portes pour accéder à l'établissement sont difficiles à ouvrir (lourdes) et le système de SAS rend compliqué l'accès à l'établissement pour un usager se déplaçant en fauteuil ou avec un déambulateur.

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 secrétariat qui est ouvert de 8h30 à 18h assure une permanence téléphonique. Lorsqu'il est fermé, les appels sont transférés sur les différents étages ce qui permet aux professionnels de prendre le relais. A chaque étage, se trouve un téléphone sans fil. Les usagers peuvent être joints à tout moment de la journée en fonction des règles établies et connues par les personnes extérieures. Tous les numéros nécessaires à l'accompagnement des usagers ainsi qu' au maintien de leurs liens familiaux et amicaux sont codés.

Points faibles

AC2 A/ Les usagers ne peuvent pas être joints directement excepté s'ils ont un téléphone portable. Les appels sont filtrés par les professionnels. Lorsque une personne extérieure souhaite parler au téléphone avec l'un des usagers, le professionnel avertit ce dernier et lui passe la communication dans le bureau éducatif .

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/ Les proches, c'est-à-dire les familles et les amis, peuvent venir dans l'établissement sur des temps qui tiennent compte du fonctionnement institutionnel, du rythme et des activités des personnes accueillies.

AC3 B/ Lorsque les familles appellent, les usagers sont prévenus de cet appel et il leur est possible de refuser de parler avec elles. Lorsqu'elles téléphonent pour dire qu'elles vont passer le soir même ou un autre soir de la semaine, les professionnels en informent les usagers et peuvent alors observer si ces derniers sont contents ou non de cette visite.

AC3 C/ Lors d'une visite, les familles sont reçues par leur proche dans leur chambre si celle-ci est individuelle ou dans un autre espace non utilisé dans le cas d'une chambre double.

Points faibles

AC3 A/ Le week-end, du fait de la fermeture du secrétariat et du taux d'encadrement différent de celui de la semaine, les professionnels présents sont moins disponibles pour accueillir les proches.

AC3 B/ Certaines familles viennent dans l'établissement sans avoir prévenu l'équipe ou les usagers ce qui ne permet pas de recueillir le consentement de ces derniers. De plus, lorsqu'une personne accueillie ne souhaite pas voir sa famille, il est parfois difficile pour l'équipe de l'annoncer.

AC3 C/ Certains usagers qui partagent leur chambre ne peuvent pas y recevoir leur famille afin de respecter l'intimité de l'autre et de préserver la sienne. Lorsque d'autres espaces, non repérés comme tel, sont utilisés pour l'accueil des familles, il arrive que l'accueil ne soit pas de qualité car parasité par le passage d'autres personnes.

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 interphone et un portail dont l'ouverture dépend d'un système avec code.

AC4 B/ L'accueil est organisé afin de répondre à différents types de demandes. Les visiteurs et les stagiaires sont dirigés vers la personne compétente en fonction des besoins.

AC4 C/ Le secrétariat est en capacité de gérer les urgences. En semaine, les cadres présents sont alertés. Le soir et les week-ends, le cadre d'astreinte est prévenu. Le cahier de liaison est utilisé pour faire le lien entre les différents intervenants et transmettre toutes les informations nécessaires.

Points faibles

AC4 A/ Le code qui permet d'ouvrir le portail est connu par certaines familles et certains résidents. Avec le temps, cette information est diffusée à d'autres ce qui ne permet plus alors de contrôler les entrées.

Lorsque les résidents souhaitent sortir après avoir prévenu les encadrants, il n'y a pas de bouton pour qu'ils puissent avertir qu'ils sont arrivés devant le portail et qu'il faut leur ouvrir.

AC4 B/ Certaines réponses ne peuvent pas être apportées dans l'immédiateté car la nature de la demande nécessite parfois de prendre des renseignements et d'interpeller d'autres professionnels.

AC4 C/ Certains professionnels, comme les agents de service intérieur et le factotum, n'ont pas accès aux informations diffusées par l'intermédiaire du cahier de liaison informatisé.

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/ Une procédure écrite existe, elle se trouve dans un classeur au secrétariat. Lors d'une admission, les tâches sont bien définies et réparties. Avant d'admettre un usager, ce dernier effectue systématiquement un stage ou une période d'accueil temporaire. Un référent éducatif est désigné pour l'accompagner. Tous les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire participent au bilan fait en réunion puis à partir de ces éléments, le référent rédige un écrit qui est présenté à l'usager et sa famille. La direction décide de l'accueil définitif et organise les modalités de son entrée (constitution du dossier, visite de l'établissement, attribution de la chambre et désignation des référents). Le pôle administratif gère les dossiers et prépare les documents en lien avec la loi du 2 janvier 2002 qui doivent être remis à l'usager et sa famille. Le contrat de séjour et la feuille de remise de documents nous sont remis après signature.	
Points faibles	
AP1 A/ Les professionnels ne connaissent qu'une partie de la procédure d'admission. Un manque de communication entre les différentes parties est constaté.	

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	Partiellement
AP2 C La décision d'admission n'est possible qu'après recueil de l'avis de l'équipe pluridisciplinaire	Oui
Points forts	
<p>AP2 A / Du fait du stage ou de l'accueil temporaire effectué en amont de l'admission définitive, l'utilisateur est rencontré et connu par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>AP2 B/ Lors des réunions hebdomadaires où sont réunis les membres de l'équipe transdisciplinaire, un point est fait sur l'utilisateur, son projet ainsi que sur l'adéquation entre son orientation et ses besoins.</p> <p>AP2 C/ Le recueil de l'avis des professionnels se fait lors des bilans et des réunions. Les observations recueillies par les professionnels sur les différents temps du quotidien sont valorisées. Cela permet de s'assurer que le projet de vie de l'utilisateur est cohérent avec le projet d'établissement. La direction s'appuie sur le contenu des réunions d'évaluation avant de déclarer une admission.</p>	
Points faibles	
<p>AP2 A/ L'admission est déclarée lors d'un entretien auquel ne participent que la chef de service, la famille et l'utilisateur. L'objectif est d'inclure lors de ce rendez-vous la psychologue et les futurs référents.</p> <p>AP2 B/ Il n'existe pas de commission d'admission formalisée.</p>	

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
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 est transmis à toute personne qui le demande si cette dernière a la notification d'orientation correspondante et si son handicap correspond aux critères du projet d'établissement.

AP3 B/ Le dossier est transmis à la Direction.

AP3 C/ A l'issue de l'examen du dossier, une réponse est apportée par courrier aux candidats.

AP3 D/ Certaines étapes prévues dans la procédure d'admission "classique" sont identiques pour les accueils temporaires. Ainsi, l'usager et sa famille sont reçus en entretien, un écrit de présentation est transmis à l'équipe, un référent éducatif est désigné, un bilan est effectué en réunion puis un retour est fait à l'usager ainsi qu'à sa famille.

Points faibles

AP3 A/ Des retards existent dans l'envoi des dossiers.

AP3 B/ A ce jour, il n'existe pas de commission d'admission.

AP3 D/ Les documents en lien avec la loi du 2 janvier 2002 ne sont pas remis aux usagers qui viennent en accueil temporaire.

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	
<p>AP4 A/ Il existe un site internet qui présente La ligue Havraise et l'ensemble des établissements qu'elle gère dont le Foyer d'Accueil Médicalisé Le Perrey.</p> <p>AP4 B/ Pour faciliter les orientations, des visites d'établissements sont proposées aux familles et aux professionnels qui le demandent. Des périodes de stage et d'accueil temporaire sont mises en place pour des usagers en provenance d'autres structures de la région. L'objectif principal est alors de déterminer l'orientation la mieux adaptée à leurs besoins. Une convention est signée pour chaque personne qui bénéficie d'un stage. Il existe également une convention de partenariat entre L'Association la Ligue Havraise et La Parentèle.</p>	
Points faibles	
AP4 A/ L'accessibilité au site internet n'est pas simple pour certains usagers voire impossible selon leurs capacités.	

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/ Les personnes qui ne peuvent pas être admises, sont orientées soit vers la MDPH afin d'obtenir les notifications d'orientation qui correspondent à leurs besoins soit vers d'autres établissements de La Ligue Havraise ou de la région.	

AP5 B/ La chef de service, les secrétaires ainsi que la coordinatrice accompagnent les personnes qui ont effectué des périodes d'accueil temporaire au sein du F.A.M et leur famille dans leur recherche de structures. L'objectif est de leur permettre de trouver le plus rapidement possible une solution. Chaque accompagnement est personnalisé tenant compte des situations individuelles et des difficultés liées aux aidants familiaux.

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	
<p>AP6 A/ Les éléments qui permettent de retracer le parcours de vie de la personne sont demandés. Ils doivent être indiqués dans la fiche d'informations administratives qui constitue une partie du dossier d'admission de chaque résident. Les rencontres entre la famille de la personne et les professionnels permettent d'obtenir d'autres éléments.</p> <p>AP6 B/ Un entretien de recueil des demandes de l'utilisateur a lieu avec son référent avant l'élaboration de son projet personnalisé. La famille et/ou le représentant légal sont reçus en entretien pour une présentation du projet personnalisé. Leur adhésion est recherchée mais le statut d'adulte étant valorisé, les attentes de la personne accueillie priment sur celles de sa famille lorsqu'elles ne sont pas en adéquation.</p>	
Points faibles	
<p>AP6 A/ Comme le contenu des fiches n'est pas assez détaillé, le dossier est souvent incomplet. Il est parfois difficile d'obtenir le dossier de la personne qui a été constitué dans son ancien établissement. Il arrive que les familles en difficulté ne remplissent pas ces documents malgré les sollicitations répétées.</p>	

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	Partiellement
AP7 B Les besoins de la personne sont identifiés et évalués	Oui
AP7 C Il existe des objectifs clairement définis dans le projet personnalisé	Oui
AP7 D Les objectifs/moyens définis lors du projet personnalisé sont le résultat d'une co-construction entre la personne, la famille et l'équipe	Oui
Points forts	
<p>AP7 A/ Les attentes du résident et/ou de la famille sont demandées lors de l'entretien d'admission. Puis, des points réguliers avec l'usager sont effectués par le référent.</p> <p>AP7 B/ Les forces, les difficultés et les besoins de la personne sont identifiés à partir d'une grille d'évaluation contenue dans la trame du projet personnalisé. L'objectif est d'adapter l'accompagnement et les réponses éducatives. Des bilans intermédiaires et des points en réunion permettent d'évaluer si les besoins de la personne n'ont pas changé.</p> <p>AP7 C/ Lors de l'élaboration du Projet Personnalisé, la trame, retenue et suivie par tous les professionnels, contient de nombreux items à renseigner. Les objectifs sont clairement définis dans le temps et les moyens et outils sont spécifiés. Par conséquent, le résident sait quelles compétences il doit développer.</p> <p>AP7 D/ Les objectifs sont retranscrits suite à un entretien entre le professionnel et l'usager. Ils sont donc le résultat d'une co-construction. Une fois le Projet Personnalisé finalisé, il est présenté au résident par son référent afin de s'assurer que son contenu réponde bien à ses attentes puis à la famille. Cette présentation à la famille permet des échanges entre les différents acteurs ainsi qu'une continuité et cohérence dans l'accompagnement proposé.</p>	
Points faibles	
<p>AP7 A/ Les rencontres formelles avec les familles ne sont pas régulières. Certains résidents n'ont pas accès à la parole ou ne sont pas en capacité de s'exprimer sur leurs attentes du fait de leurs difficultés cognitives. De ce fait, les professionnels doivent s'appuyer sur des suppositions et leurs observations pour déterminer leurs attentes. A chaque projet personnalisé, l'histoire de vie du résident doit être réécrite en prenant en compte l'involution et l'évolution de ce dernier.</p> <p>AP7 D/ Les familles ne sont pas consultées avant la construction du Projet Personnalisé afin de recueillir leurs attentes et leurs remarques.</p>	

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 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	Partiellement
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	
<p>AP8 A/ Les Projets Personnalisés, après validation, sont consultables au secrétariat par les professionnels. Certains sont présentés par le référent à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sur un temps de réunion et à la famille lors d'un entretien. D'ailleurs, un exemplaire signé est remis à la famille. Ils sont connus par les résidents qui en ont les capacités.</p> <p>AP8 B/ Un référent éducatif est défini pour chaque résident. Il est la personne ressource pour le résident, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Le résident qui en est informé sait donc à qui s'adresser pour parler de son accompagnement, de son projet de vie et faire des demandes et des doléances.</p> <p>AP8 C/ Les informations relatives à la mise en œuvre du projet sont disponibles et accessibles à tous les professionnels par l'intermédiaire du logiciel S.A.M .</p> <p>AP8 D/ Le cahier de transmission ainsi que les réunions hebdomadaires permettent aux différents intervenants d'échanger sur les projets personnalisés et de coordonner certaines actions.</p>	
Points faibles	
<p>AP8 A/ Les objectifs du Projet Personnalisé ne sont pas connus de tous les professionnels. Par conséquent, le suivi des actions n'est pas de qualité et les objectifs ne sont pas toujours atteints. Un outil qui indiquerait les objectifs de chaque personne accueillie et qui serait accessible à chaque étage permettrait à tous les professionnels de se saisir de l'ensemble des projets.</p>	

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

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	
<p>AP9 A/ Des activités et des médiations éducatives sont réalisées au quotidien. Les résidents sont à l'initiative de certaines d'entre elles. Les activités et les sorties peuvent être régulières, ponctuelles, individuelles et collectives. Elles répondent aux besoins des résidents et sont donc adaptées à chaque personne accueillie.</p> <p>AP9 B/ Des groupes de parole sont régulièrement mis en place sur chaque étage. Un CVS a également lieu plusieurs fois par an. Des médiations sont parfois nécessaires dans les chambres doubles. Les résidents sont écoutés et entendus lors de ces diverses instances mais aussi dans le cadre d'entretiens formels et de discussions informelles.</p>	
Points faibles	
AP9 B/ Il n'existe pas de planning annuel reprenant l'ensemble de ces instances et permettant de visualiser leur régularité.	

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	Oui

Points forts

AP10 A/ Le projet d'établissement est revu en fonction de l'évolution des personnes accueillies. Ainsi, le fonctionnement institutionnel et les horaires des professionnels ont été modifiés afin de répondre au vieillissement d'une partie du public. 15 résidents bénéficient actuellement d'un accompagnement spécifique et d'activités adaptées qui tiennent compte de leur âge, de leur fatigabilité et de leurs difficultés. Une grille d'évaluation a été travaillée par des professionnels afin de nous alerter sur l'involution de certains résidents. Les critères qu'elle contient sont objectifs et mettent en avant les nouveaux besoins de ces derniers. L'établissement est ouvert vers l'extérieur ce qui permet d'aller chercher d'autres ressources. Des partenariats sont établis avec des structures dont le projet et les moyens peuvent correspondre à l'évolution des profils.

AP10 B/ Les professionnels qui constituent les équipes sont formés ou en cours de formation. Leurs diplômes sont adaptés aux besoins du public accueilli dans le secteur du médico-social. Des formations spécifiques sont proposées comme celles sur le vieillissement et la relaxation.

Points faibles

AP10 A/ Les caractéristiques des résidents admis sont définies dans le projet d'établissement. Du fait de l'organisation actuelle, ils doivent être en capacité d'intégrer le Centre d'Activités de Jour Le Perrey.

AP10 B/ Les formations spécifiques ne sont pas assez nombreuses et il est difficile de faire en sorte que l'ensemble des professionnels puissent en bénéficier.

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

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 Soins 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	
<p>SP3 B/ Tout le personnel soignant est qualifié et formé régulièrement. Les demandes de formation sont prises en compte le plus régulièrement possible.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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".</p>	
Points faibles	
<p>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</p>	

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'utilisateur sont pris en compte dans l'élaboration du Projet Personnalisé. Afin d'optimiser l'adhésion de l'utilisateur, le Projet Personnalisé lui est expliqué. Ainsi, il connaît 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 et/ou du psychiatre 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/ Certains espaces comme l'accueil, les bureaux de la Direction, l'infirmierie et le réfectoire sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment. Des ascenseurs permettent aux personnes qui ont des difficultés motrices d'aller sur les étages.

CDV1 B/ Les étages où se trouvent les pièces de vie sont accessibles par des escaliers et par deux ascenseurs. Les salles de bain sont des lieux adaptés (surface et porte coulissante). Les couloirs et les différents lieux de vie sont spacieux ce qui favorise la circulation des personnes accueillies.

Points faibles

CDV1 A/ Les portes pour accéder à l'établissement sont difficiles à ouvrir (lourdes) et le système de SAS rend compliqué l'accès à l'établissement pour un usager se déplaçant en fauteuil ou avec un déambulateur.

CDV1 B/ Lorsque les usagers empruntent les portes fenêtres qui donnent accès aux balcons (deux par étage), ils doivent enjamber un rebord ou passer par le bureau des encadrants. Les résidents qui doivent utiliser les ascenseurs pour accéder aux différents étages sont dépendants des professionnels dans leurs déplacements puisqu'une des règles institutionnelles est de ne pas les laisser prendre l'ascenseur seul.

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	
<p>CDV2 A/ Les chambres sont équipées de lits médicalisés lorsque leurs occupants en ont besoin. Certains lieux (lingerie...) présentant des risques pour les usagers ne sont pas accessibles. Les espaces de vie ne sont pas encombrés d'objets ou de meubles qui pourraient entraver les déplacements du public.</p> <p>CDV2 B/ Dans les cuisines se trouvant à chaque étage, le matériel et les ustensiles sont sécurisés. Un interrupteur qui permet la mise en marche des appareils de cuisson a été placé dans le bureau des professionnels. Les normes de sécurité en lien avec l'incendie sont respectées: porte coupe-feu, détecteurs, rideaux ignifugés, extincteurs, porte de secours et escaliers de secours.</p>	
Points faibles	
<p>CDV2 B/ Il manque sur les étages des chaises avec accoudoirs afin de garantir la sécurité des personnes épileptiques susceptibles de faire des crises et des malaises.</p>	

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	Partiellement
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

CVD3 A/ Les chambres et espaces de vie sont chaleureux : décorés, lumineux, spacieux. Dans chaque espace de vie se trouvent des canapés, une télévision, une cuisine aménagée et équipée. Toutes les fenêtres des chambres sont agrémentées de rideaux et de volets. Toutes les porte-fenêtres ont des doubles rideaux.

CDV3 B/ Les usagers sont libres de choisir leur mobilier (personnel ou collectif) et d'aménager leur espace de vie en limitant le nombre d'objets décoratifs nécessitant de percer les murs.

CDV3 C/ Les résidents peuvent, dans le cadre des groupes de parole organisés sur chaque étage, exprimer des demandes en lien avec l'aménagement des lieux collectifs. Ils font les achats avec les professionnels afin de choisir les objets décoratifs (coussins, plaids, cadres, plantes).

Points faibles

CVD3 A/ Les canapés, avec le temps, n'ont plus une assise confortable. L'aménagement des chambres doubles est à repenser pour favoriser davantage d'intimité. Les chambres d'accueil temporaire sont froides et impersonnelles (pas de volets, porte de secours non isolée). Les portes d'accès aux étages sont bruyantes.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
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/ Tous les résidents ont une salle de bain et des sanitaires dans leur chambre. Les professionnels les avertissent avant d'entrer dans leurs espaces privés. Pour ceux qui en ont la capacité, ils peuvent utiliser des panneaux (ne pas entrer, sens interdit, ne pas déranger) lorsqu'ils désirent rester seuls.

CDV4 B/ Les professionnels demandent aux résidents de sortir de leur salle de bain en sous-vêtements qu'ils soient seuls ou pas dans leur chambre (vis-à-vis du voisinage). Ils sont vigilants à la fermeture des volets lorsque ces derniers s'habillent ou se déshabillent. Dans les chambres doubles, pour les personnes qui ne sont pas en capacité de respecter l'intimité de l'autre et de préserver la leur, les encadrants mettent en place des plannings pour la douche et le petit déjeuner: pendant que l'un déjeune, l'autre prend sa douche.

Points faibles

CDV4 B/ Les fenêtres des salles de bain communes ne sont pas munies de films occultants qui permettraient de limiter le vis-à-vis. Cependant, elles possèdent des volets.

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	Partiellement

Points forts

CDV5 A / A chaque étage, se trouvent un coin salon avec des canapés et une table basse ainsi qu'un espace cuisine permettant de partager des moments conviviaux en petit groupe (petit-déjeuner, activité cuisine, visionnage d'un film). Les couleurs, le mobilier, la décoration rendent les espaces chaleureux.

CDV5 B/ Les locaux sont agencés de façon à ce que les espaces privatifs (chambres, salles de bain, WC) soient séparés de l'espace collectif. Le bureau des encadrants a un accès direct sur les lieux collectifs (cuisine, salon) favorisant la surveillance des personnes accueillies et l'interpellation des professionnels par celles-ci.

CDV5 C/ Il est possible de manger dans la cour lorsque le temps le permet et sur les étages. Dans la salle de restauration, se trouvent des tables de quatre afin de favoriser une prise de repas en petits groupes et les échanges entre les personnes mangeant à la même table.

Points faibles

CDV5 A / Certains espaces ne sont pas investis et sont utilisés comme des lieux de stockage.

CDV5 B/ Les chaises ne sont pas adaptées à la vie en collectivité. Elles sont fragiles, s'abiment facilement et leur entretien est compliqué. L'assise n'est pas confortable pour les résidents en surpoids.

CDV5 C/ L'espace de restauration est bruyant car il n'est pas suffisamment spacieux pour le nombre de personnes accueillies et est mal insonorisé. Ce lieu manque de luminosité car l'éclairage naturel n'est pas suffisant. Il y fait souvent froid (courants d'air) et la proximité de la cuisine génère du bruit.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
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	Oui
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	Partiellement
CVD6 E L'établissement organise une prestation de transport adaptée aux personnes	Partiellement

Points forts

CVD6 A/ Le personnel du prestataire extérieur qui gère la restauration respecte les normes d'hygiène. L'accès à la cuisine est réglementé, le personnel et les usagers ne peuvent pas y entrer.

CDV6 B/ Des repas adaptés sont servis (régime, mixés). Des résidents dont la religion implique des repas différents des menus proposés, alors ces derniers sont adaptés.

CDV6 C/ Les locaux sont entretenus par l'équipe des agents des services intérieurs (ASI). Leur travail est organisé de façon à tenir compte du rythme de vie et des besoins des personnes accueillies. Les précautions standards sont respectées en terme d'hygiène (matériel, produits).

CDV6 D/ Une lingère se charge quotidiennement du lavage du linge personnel des résidents et du blanc (serviettes de table, serviettes et gants de toilette). Les draps sont lavés et repassés par une entreprise extérieure (ESAT).

CVD6 E/ L'établissement a à disposition plusieurs véhicules (trafics et véhicules légers) afin de permettre au public accueilli de participer à des sorties et activités extérieures mais aussi d'effectuer des achats personnels. L'établissement fait appel à des prestations de transport pour assurer certains déplacements comme ceux pour se rendre en famille.

Points faibles

CDV6 C/ Les protocoles d'hygiène en cas d'épidémie sont mis en place mais ne sont pas formalisés. Les ASI ne sont pas toujours informés dans les temps des règles à suivre.

CDV6 D/ Les chariots utilisés par les professionnels pour transporter le linge propre de la lingerie aux étages sont multi-usages. Les vêtements et sous-vêtements des résidents sont visibles des autres.

CVD6 E/ Les véhicules ne sont pas adaptés aux personnes qui ont des difficultés motrices, qui sont en surpoids ou de petites tailles. Les ceintures ne sont pas ajustables, il n'y a pas de marche-pieds, les sièges sont trop étroits et les coffres ne sont pas assez grands.

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

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	Partiellement
Points forts	
<p>RDP1 A/ Tous les outils de la loi et certains guides de bonnes pratiques de l'A.N.E.S.M sont disponibles au secrétariat et donc consultables à tout moment par l'ensemble des professionnels. Les guides qui n'ont pas été édités peuvent être consultés sur internet.</p> <p>RDP1 B/ Des formations sont régulièrement organisées soit à l'échelle de l'établissement soit à l'échelle de l'association. Des professionnels de l'établissement ont bénéficié de formations dont les thématiques étaient "La juste distance" et "La bientraitance".</p>	
Points faibles	
<p>RDP1 A/ Certains professionnels ne font pas la démarche d'aller consulter le contenu des guides de bonnes pratiques. Les sujets abordés lors des réunions cliniques ne font pas suffisamment référence à la réglementation sur le respect des droits des personnes accueillies alors que certains articles pourraient amener de nouvelles discussions et/ou les enrichir.</p> <p>RDP1 B/ Il n'existe pas d'action d'information sur la réglementation et les droits des usagers. Le nombre de formations n'est pas encore suffisant pour répondre aux besoins de l'ensemble des professionnels.</p>	

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

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP2 A Le personnel est formé à la bientraitance et sensibilisé à la prévention de la violence	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	Non
Points forts	
RDP2 A/ Des formations en lien avec la bientraitance ont été mises en place. Les temps de réunion permettent à partir de situations vécues par les professionnels d'aborder le sujet de la violence et des actions à mettre en place pour la prévenir et la limiter.	
Points faibles	
RDP2 A/ Concernant la violence, même si ce sujet est évoqué lors des réunions cliniques, il mériterait d'être abordé dans le cadre d'une formation institutionnelle qui permettrait aux professionnels d'acquérir des apports théoriques, de découvrir d'autres méthodes de prévention et de prendre du recul vis-à-vis de situations vécues parfois quotidiennement.	
RDP2 C/ Une grande partie du public accueilli se caractérise par d'importantes difficultés de compréhension ce qui explique cette absence d'information. Il est donc essentiel de travailler sur de nouveaux supports de communication mais pour cela, les professionnels ont besoin d'avoir des temps d'échange et de réflexion plus nombreux qu'à l'heure actuelle. De plus, il faut également faire évoluer les pratiques et l'accompagnement proposé qui restent cloisonnés autour du quotidien. En effet, certains résidents dont les compétences sont plus importantes ne sont pas informés sur des sujets comme la bientraitance.	

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

Critère RDP 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	
<p>RDP3 A/ Les professionnels accompagnent la personne accueillie afin de la rendre plus autonome. Pour y parvenir, ils s'appuient sur tous les temps du quotidien pour la solliciter et lui demander de participer en fonction de ses compétences réelles. Cette participation ne se limite pas qu'aux actes essentiels de la vie quotidienne mais elle concerne aussi la vie du groupe et de l'établissement. Ainsi, il lui est demandé de participer au choix de la décoration, du menu lorsqu'il fait la cuisine, des produits lorsqu'il va faire les courses pour lui et le collectif. Le statut d'adulte est travaillé à chaque instant et quand la personne parvient à prendre ses propres décisions, la participation de la famille s'estompe. Alors, il n'est plus demandé à la famille ce qu'elle souhaite pour son enfant mais il lui est demandé d'adhérer à ce que souhaite son enfant pour lui-même.</p> <p>RDP3 B/ Les questions posées lors des entretiens qui jalonnent le parcours de la personne avant son admission ont comme objectifs principaux de recueillir les attentes de sa famille, les siennes mais surtout de s'assurer qu'elles adhèrent à ce projet de vie. Avec le temps, les observations de l'équipe viennent confirmer ou pas l'adéquation des attentes exprimées avec les capacités de la personne. En fonction du résultat, un travail d'ajustement s'avère alors nécessaire.</p>	
Points faibles	
RDP3 B/ En fonction du degré d'autonomie, il est parfois difficile d'obtenir de la personne qu'elle exprime ses attentes.	

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/ Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) se réunit trois fois dans l'année. Cette instance est composée par des représentants élus des familles, des usagers, des professionnels ainsi que des administrateurs et des membres de la Direction. Les comptes rendus de ces trois réunions sont remis aux différents participants et sont disponibles au secrétariat.

RDP4 B/ Afin d'aider la prise de parole des représentants des usagers lors des CVS, ils sont accompagnés par des professionnels pour recueillir l'avis de tous les résidents et pour préparer des supports avec pictogrammes reprenant leurs demandes. Le jour du CVS, s'ils sont en difficultés pour s'exprimer malgré les supports de communication qu'ils ont à disposition, les professionnels les rassurent et précisent leurs questions. Des groupes de parole sont mis en place sur chacun des quatre étages ce qui permet à l'ensemble des résidents de participer à la vie de l'établissement. Selon les compétences des participants aux groupes de parole, les sujets abordés sont différents : achats divers pour le collectif, organisation de repas à thème et de fêtes, échanges sur des problématiques rencontrées tels que les conflits entre personnes accueillies.

RDP4 C/ Avec le travail fait par les professionnels sur la valorisation du statut d'adulte, de plus en plus d'usagers parviennent à verbaliser des demandes en lien avec le fonctionnement institutionnel. Ainsi, ils ont demandé à revoir l'organisation sur les temps de fermeture afin de pouvoir, comme les externes qui sont en vacances dans leur famille, dormir plus longtemps le matin.

Points faibles

RDP4 A/ Il est difficile encore pour les professionnels et les résidents de savoir quels sujets peuvent être abordés. Le handicap du public accueilli qui se traduit par des difficultés cognitives rend complexe le recueil des demandes, la traduction de celles-ci par l'intermédiaire d'outils et leur restitution lors des réunions.

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

RDP5 A/ A chaque moment de la journée, les professionnels demandent aux usagers de faire des choix et en tiennent compte dans l'accompagnement qu'ils proposent. Ainsi, le matin, les résidents sont sollicités afin de choisir le contenu de leur petit déjeuner, la tenue qu'ils souhaitent mettre, la sortie et/ou l'activité à laquelle ils veulent participer. En fonction des compétences des personnes accueillies, le choix va être d'abord en lien avec les besoins fondamentaux.

RDP5 B/ Les usagers sont associés à toutes les décisions concernant leur quotidien et leur projet de vie. De ce fait, ils peuvent refuser certaines des prestations offertes par la structure. En fonction de la nature de la prestation refusée par l'utilisateur et des incidences que cela peut avoir sur son accompagnement, le sujet est abordé en réunion. Il peut arriver que les professionnels ne prennent pas en compte le refus de la personne soit parce qu'ils estiment qu'elle n'est pas en capacité de prendre une telle décision soit parce que cette renonciation n'est pas en adéquation avec ses besoins. Dans ce cas, ils cherchent à obtenir le consentement éclairé de la personne en donnant des explications.

Points faibles

RDP5 B/ Pour faire comprendre au public accueilli ce qu'est le droit à la renonciation et faire en sorte qu'il l'utilise, le travail est long et difficile. Les échanges en équipe et une bonne connaissance des personnes accueillies sont alors essentiels puisqu'ils permettent de garantir que cette renonciation ne s'est pas exprimée pour de mauvaises raisons (recherche affective, pression d'un tiers). Les résidents, incapables de verbaliser leur renonciation, l'expriment de manière non adaptée par un comportement inhabituel. L'élaboration d'outils de communication permet d'accompagner ces personnes et d'éviter d'éventuels passages à l'acte.

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

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

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

Points forts

RDP6 A/ Lorsque les usagers s'interrogent sur leur histoire et cherchent à savoir quelles informations sont contenues dans les écrits des professionnels les concernant, il leur est alors expliqué leur droit à consulter leur dossier et les différents documents qui le constituent. L'information sur le droit d'accès au dossier n'est donc donnée qu'aux personnes accueillies qui en prennent l'initiative de par leur questionnement. Le résident qui consulte son dossier est toujours accompagné d'un professionnel qui peut lui donner des explications et reformuler certaines phrases.

RDP6 B/ Le protocole d'accès au dossier se trouve au secrétariat, rangé dans un classeur prévu à cet effet. Lorsque le dossier est sorti du secrétariat pour être donné à un usager, puis rendu par lui-même, ce dernier paraphe un cahier.

Points faibles

RDP6 A/ Bien que la réglementation sur l'accès au dossier existe depuis longtemps, les professionnels ne s'en emparent pas du fait des difficultés du public.

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

RDP7 A/ De nombreux temps, qu'ils soient formels ou informels, permettent de mesurer la satisfaction des usagers. Lorsque des activités, des moments festifs ou des sorties sont organisés, les professionnels demandent aux participants leur avis. Leur comportement et leur participation sont ainsi évalués et inscrits dans le logiciel SAM. Les encadrants éducatifs rencontrent les résidents dont ils assurent la référence lors d'entretiens réguliers afin de faire le point sur l'accompagnement et les difficultés rencontrées. Les personnes accueillies s'autorisent de plus en plus à interpeller les membres de l'équipe éducative ou de la direction pour exprimer leurs doléances.

Points faibles

RDP7 A/ Il n'existe pas de questionnaire formalisé pour recueillir la satisfaction des personnes accueillies. Tous les professionnels ne font pas de compte-rendu de leurs entretiens avec les usagers.

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	Partiellement
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	Partiellement

Points forts

OU1 A/ Le livret d'accueil est remis à la personne accueillie et à sa famille le jour de l'admission. Pour celles qui fréquentent le Foyer d'accueil Médicalisé et Le Centre d'Activités de Jour, deux livrets distincts sont donnés. Le contenu des documents relatif à la loi du 2 janvier 2002 est présenté par la Chef de service. Il est conseillé aux familles et aux usagers qui en ont les capacités de les lire et de revenir vers les professionnels s'ils ont des questions.

OU1 B/ La charte des droits et des libertés est remise avec le livret d'accueil.

OU1 C/ Le contrat de séjour est établi et donné à l'admission aux résidents et à leurs représentants. Ces derniers ont quelques jours pour le lire et le signer avant de le remettre à l'établissement. Le délai d'un mois est respecté. Un exemplaire est gardé par l'établissement, l'autre par le tuteur et/ou la famille.

OU1 D/ Dans le contrat de séjour, sont décrites les prestations et les objectifs de l'accompagnement de manière générale.

OU1 E/ Des avenants sont élaborés lorsque le contenu du contrat de séjour connaît des modifications administratives. C'est le cas, lorsque les dates de placement prévues dans la notification sont revues après un renouvellement.

OU1 F/ Les coordonnées de la personne qualifiée sont notées dans le livret d'accueil.

OU1 G/ Le règlement de fonctionnement est remis en même temps que les autres documents. Lors de l'accompagnement des personnes et en fonction des situations rencontrées, il arrive aux professionnels de faire référence à son contenu.

OU1 H/ La charte des droits et des libertés ainsi que le règlement de fonctionnement sont affichés à l'entrée de l'établissement. Tous les documents relatifs à la loi du 2 janvier 2002 sont consultables au secrétariat.

Points faibles

OU1 A/ Le livret d'accueil n'est pas adapté aux difficultés cognitives des personnes accueillies.

OU1 B/ La charte des droits et des libertés n'est pas annexée au livret d'accueil.

OU1 C/ L'utilisateur n'est pas toujours associé à la lecture et à la signature du contrat de séjour.

OU1 E/ Lorsque le Projet Personnalisé est élaboré dans les six mois qui suivent l'admission ou retravaillé dans les délais impartis, des avenants au contrat de séjour ne sont pas présentés aux tuteurs et/ou familles. OU1 F/ Les personnes accueillies et les familles ne connaissent pas le rôle de la personne qualifiée et les modalités à suivre pour faire appel à ses services.

OU1 G/ Le règlement de fonctionnement n'est pas suffisamment utilisé dans l'accompagnement des résidents. Certains professionnels ne connaissent pas son contenu.

OU1 H/ Les pages du livret d'accueil ne sont pas toutes affichées par manque de place.

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	3
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	Partiellement
MA1 B Des dispositions sont prévues pour assurer l'accompagnement en cas d'effectif insuffisant	Oui
MA1 C Le recrutement du personnel se fait à travers une démarche formalisée	Oui
MA1 D Les fiches de poste sont élaborées et déterminent les missions et responsabilités de chacun	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	Partiellement
MA1 G Un organigramme cohérent est établi au niveau de l'établissement/service et Association	Partiellement

Points forts

MA1 A/ Une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est élaborée à l'échelle de la Ligue Havraise.

MA1 B/ En cas d'effectif insuffisant et de délai suffisant, des remplacements sont prévus. Des modifications d'horaires et des glissements entre équipes sont pratiqués.

MA1 C/ Une procédure de recrutement existe. Une volonté d'amélioration dans la diffusion des informations lors de recrutement est constatée. Il est également plus facile d'accéder aux informations que ce soit à l'échelle de l'établissement ou à l'échelle de l'association.

MA1 D/ Des fiches de fonction élaborées à l'échelle de la Ligue Havraise existent. Il est prévu dans les mois à venir, dans le cadre de la politique de GPEC, de travailler sur des fiches de postes.

MA1 E/ Les entretiens de développement et de progrès sont de nouveau mis en place. Ils représentent pour les professionnels un temps d'échange important avec la direction.

MA1 F/ Les entretiens professionnels axés sur les demandes et les besoins en formation sont mis en place. Le service RH du siège est disponible pour accompagner des professionnels dans leur projet de formation et pour donner des informations sur les financements.

MA1 G/ Un organigramme existe au niveau de l'établissement et au niveau de l'association.

Points faibles

MA1 A/ La politique de GPEC menée à l'échelle de l'association ne tient pas compte des réalités du terrain que ce soit au niveau des professionnels ou au niveau des résidents.

MA1 B/ Certaines contraintes liées aux formations, aux absences pour délégations et aux exigences de diplômes pour les remplacements ne permettent pas toujours de pallier au sous-effectif.

MA1 C/ L'existence de cette procédure de recrutement n'est pas connue par tous les professionnels. Dans un premier temps, il serait nécessaire de communiquer sur l'existence de cet outil et sur son contenu, puis dans un second temps, de l'évaluer afin de la mettre à jour.

MA1 D/ Les fiches de fonction qui sont très généralistes ne correspondent pas aux réalités de l'établissement, aux missions des professionnels et aux besoins du public.

MA1 E/ Le support utilisé pour ces entretiens est nouveau. De ce fait, les professionnels ont eu des difficultés à s'approprier son contenu et à maîtriser les enjeux.

MA1 F/ La direction ne fait pas suffisamment le lien entre ce qui est dit lors des réunions, les besoins exprimés par les professionnels et d'éventuelles propositions de formation. Le délai de réponse entre une demande de formation et sa mise en œuvre est important. La communication autour de l'organisation des formations mériterait d'être renforcée. Le but est que les professionnels fassent le lien entre entretiens professionnels et mise en place du plan de formation.

MA1 G/ L'organigramme de la structure est peu ou pas connu par les professionnels, qui, pour la plupart, ne le comprennent pas. Les postes de chacun sont identifiés mais pas leurs missions.

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

Nombre de "Partiellement"	4
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	Non
MA2 C La mise en œuvre des orientations du projet d'établissement/service fait l'objet d'un suivi	Partiellement
Points forts	
MA2 C/ La mise en œuvre des orientations du projet d'établissement fait l'objet d'un suivi porté par la Direction.	
Points faibles	
MA2 B/ Le projet stratégique écrit et connu, date de janvier 2016, il est donc difficile de juger de la cohérence des différentes politiques déclinées dans le projet d'établissement. Ce dernier doit être réécrit en 2017, un travail de lien sera donc à faire.	
MA2 C/ Le projet d'établissement et ses orientations ne sont pas connus de tous les professionnels. Il faut travailler la communication autour de ce document afin que tous se l'approprient.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	1
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 A/ Il serait nécessaire de formaliser un partenariat avec l'EHPAD du Bois de Bléville qui accueille des adultes vieillissants en situation de handicap que nous orientons. La finalité est, non seulement, de permettre une meilleure fluidité au sein de notre établissement en orientant les personnes vieillissantes que nous avons en charge, mais aussi, que leurs accueils au sein de l'EHPAD se fassent dans de bonnes conditions. Ceci afin d'éviter que l'équipe professionnelle de l'EHPAD ne soit démunie face à l'accompagnement des personnes en situation de handicap que nous orienterions.

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 et actualisée mais auparavant, il serait nécessaire de définir les modalités d'utilisation.

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	Oui

RT2 B L'accueil des bénévoles est organisé et formalisé	Partiellement
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 A/ L'établissement travaille avec de multiples bénévoles. L'intervention de ces derniers peut être ponctuelle ou régulière. Les objectifs sont d'échanger autour d'une thématique (sexualité et vie affective, droits et devoirs citoyens) ou liés à une démarche d'ouverture culturelle (groupes de musiciens, troupe de théâtre itinérante, danseurs de country).

RT2 B/ L'accueil de ces bénévoles est formalisé par la rédaction de fiches actions présentant les objectifs et l'organisation.

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 B/ L'évaluation des interventions des bénévoles est un point à travailler.

RT2 D/ Pour ce qui est de la présence des professionnels libéraux dans l'établissement, il arrive que l'information ne parvienne pas aux encadrants et à certains résidents.

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
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	Oui
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	Partiellement
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 (coiffeur, presse, supermarché). Des projets d'activité sont mutualisés avec les écoles du quartier. Les transports en commun sont utilisés pour effectuer divers déplacements en lien avec les activités, les loisirs et la famille. 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 avec les SAM. 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. Il est important de continuer à s'informer sur la vie du quartier afin de permettre aux usagers de s'y inscrire.

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.

Points faibles

RT3 D/ Il faut travailler afin d'ouvrir l'établissement au voisinage et aux partenaires afin de se faire connaître. En effet, à l'heure actuelle, le voisinage n'est pas convié à partager certains événements organisés par les professionnels. L'absence de signalétique externe ne permet pas de se faire connaître par les nouveaux arrivants dans le quartier.

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 personnes 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	Partiellement
PGR1 C La gestion des événements indésirables intègre un processus de signalement de la maltraitance	Oui
PGR1 D Le registre de la maltraitance est en place	Non
PGR1 E Une veille sanitaire est organisée pour prendre en compte et traiter les risques sanitaires	Oui

Points forts

PGR1 A/ 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 événements 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.

Points faibles

PGR1 A/ Les informations concernant les personnes accueillies temporairement ne sont pas toujours transmises par les familles et les professionnels qui les accompagnent dans cette demande. Il n'existe pas de document répertoriant l'ensemble des risques.

PGR1 B/ Les risques encourus par les résidents lorsqu'ils sortent de l'établissement et les mesures éducatives à prendre en compte ne sont pas formalisés dans une procédure. Le système d'entrée et de sortie de la structure n'assure que partiellement leur sécurité.

PGR1 C/ La procédure des événements indésirables est mise en place au sein de l'établissement depuis peu. Certains professionnels, bien qu'elle ait été présentée en réunion, ne la maîtrisent pas. Se pose toujours la question de savoir quel événement, est à déclarer ou pas.

PGR1 E/ Afin de renforcer la prévention des risques sanitaires, il est possible de travailler sur un plan qui préciserait les différentes étapes et définirait les moyens supplémentaires à mettre en place.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR2 A Les équipements et les installations font l'objet de contrats de maintenance et de vérification périodiques conformément à la réglementation en vigueur	Oui
PGR2 B Les objets de valeur des personnes peuvent être conservés dans des lieux sécurisés à leur demande	Partiellement
Points forts	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Points faibles	
<p>PGR2 A/ La résolution de certains problèmes techniques prend du temps et les résidents peuvent en subir les conséquences. Il est nécessaire de contacter plusieurs fois certaines entreprises avant qu'elles ne se déplacent.</p> <p>PGR2 B/ Les casiers ne sont pas en nombre suffisant par rapport au nombre de personnes accueillies. Toutes les armoires ne ferment pas à clé. Avec le temps, des clés sont perdues.</p>	

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 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	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Points faibles	
<p>PGR3 B/ Même si la communication sur le DUERP s'est faite en réunion, l'organisation institutionnelle liée aux réunions, ainsi que le turn-over des membres de l'équipe éducative expliquent en partie pourquoi ce document n'est pas encore connu de tous.</p>	

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	Partiellement
PGR4 C Les personnes et leurs représentants légaux sont informés des dispositifs pour assurer la sécurité	Partiellement

Points forts

PGR4 A/ La procédure de gestion des évènements indésirables a été présentée en réunion et a été mise en ligne sur le "serveur I". Elle a déjà été utilisée à plusieurs occasions.

PGR4 B/ Des formations "Habilitation électrique", "SST", "incendie" sont mises en place régulièrement.

PGR4 C/ Les personnes accueillies et leur famille sont informées du dispositif humain et des moyens matériels prévus pour assurer leur sécurité comme la présence systématique de 2 surveillantes la nuit et les caméras. Les exercices incendie et de confinement ont lieu régulièrement. Ces temps repérés sont un support à l'échange et à l'information.

Points faibles

PGR4 A/ Cette procédure n'est pas encore connue de tous. Certaines précisions quant à l'utilisation du document de déclaration des évènements indésirables sont faites par l'intermédiaire du cahier de liaison informatisé.

PGR4 B/ Le rythme lié à l'organisation de formations en rapport avec la sécurité ne permet pas un taux suffisant de professionnels formés.

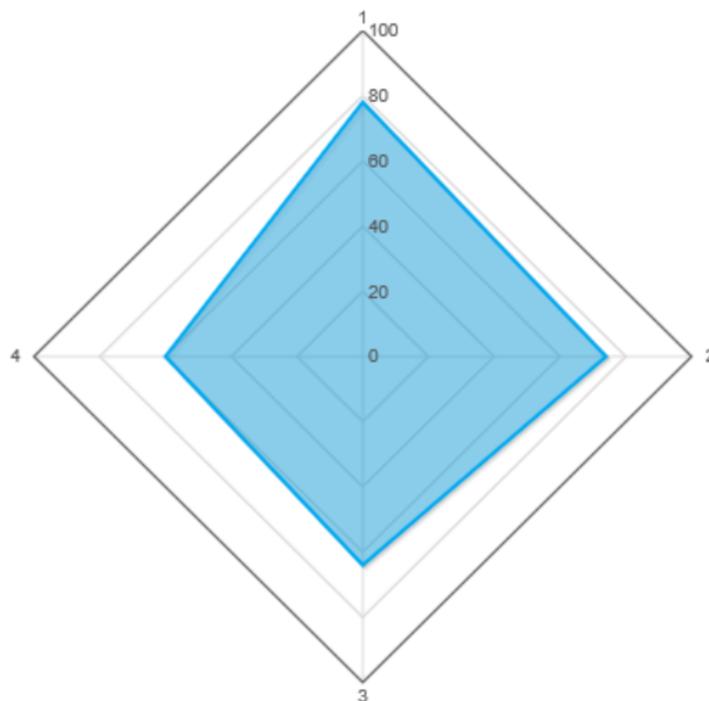
PGR4 C/ Les familles ne sont pas informées des dispositifs mis en place excepté les règles de sécurité pour l'entrée et la sortie de l'établissement.

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

3.2 SYNTHÈSE

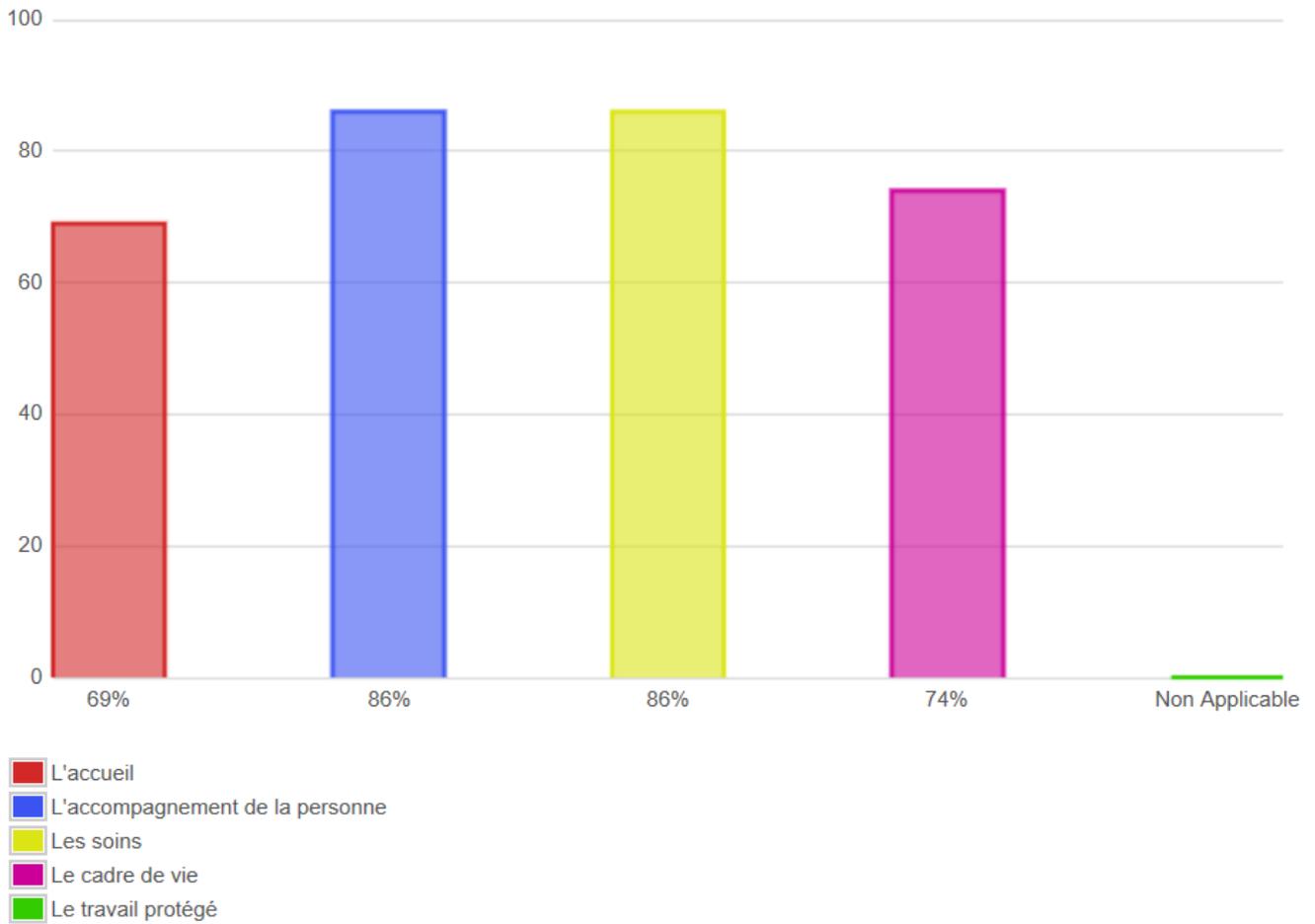
	SCORE	COTATION
Accueil et accompagnement de la personne	78	B
- L'accueil	67	B
- L'accompagnement de la personne	83	B
- Les soins	81	B
- Le cadre de vie	74	B
- Le travail protégé	0	
Les droits de la personne	74	B
- Le respect des droits de la personne	75	B
- Les outils de la loi de 2002	72	B
La gestion des ressources	64	B
- Le management	53	C
- Le réseau, territoire et les partenaires	73	B
Gestion des risques et de la qualité	60	B
- La prévention des risques	60	B
Total	73	B

Résultat de l'évaluation

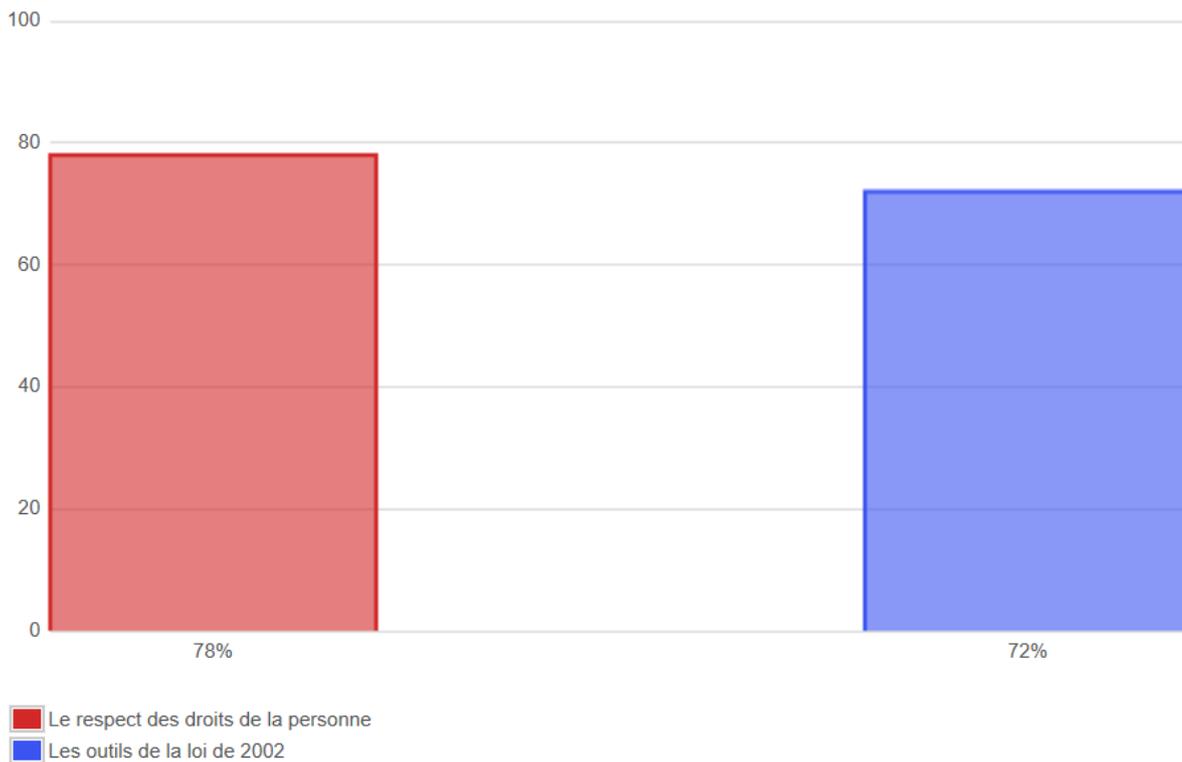


- 1 : Accueil et accompagnement de la personne
- 2 : Les droits de la personne
- 3 : La gestion des ressources
- 4 : Gestion des risques et de la qualité

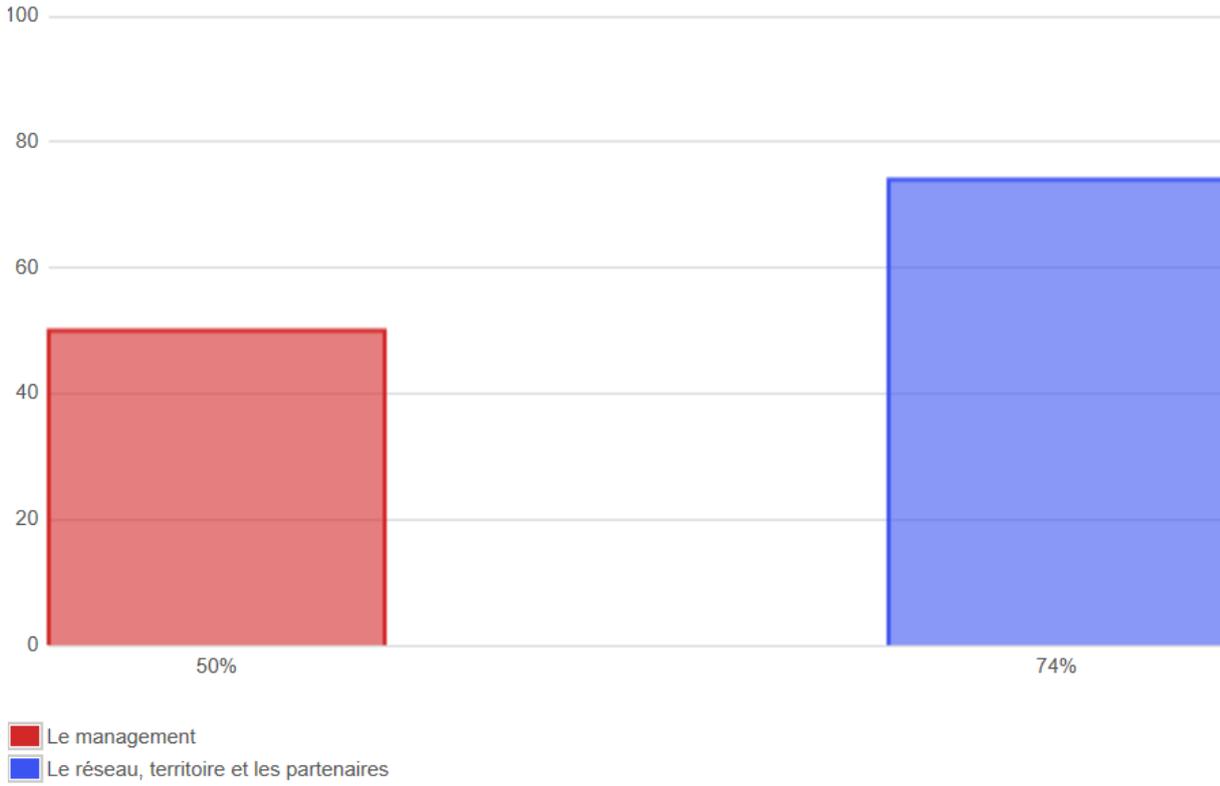
Accueil et accompagnement de la personne



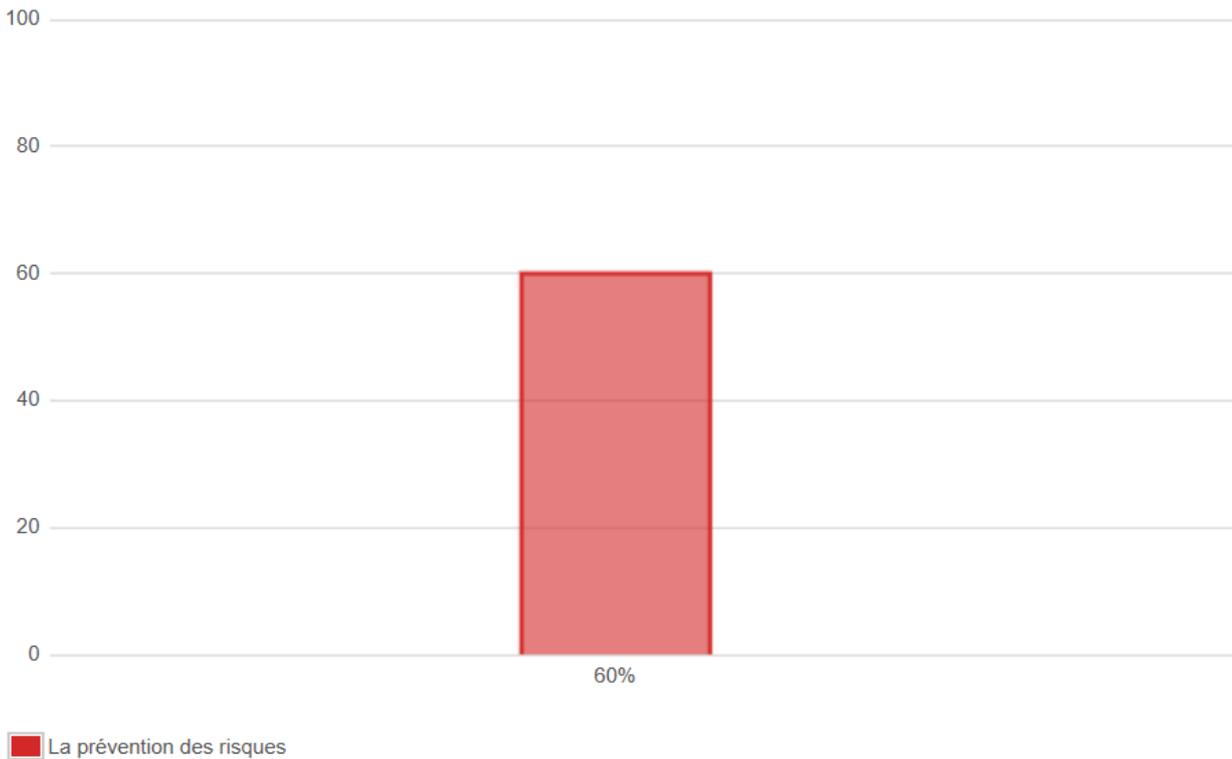
Les droits de la personne



La gestion des ressources



Gestion des risques et de la qualité



4. PLAN D' ACTIONS

Source : Evaluation interne 2016 FAM LE PERREY					
Objectifs	Thèmes	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement
> AC1 A/ Améliorer la signalétique d'accès à l'établissement.	- Accessibilité	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Installer une plaque d'identification de l'établissement à l'extérieur de l'établissement.		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
Installer dans la cour des panneaux différenciant les deux établissements (CAJ et FAM)		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
> AC3 C/ Dédier un espace à l'accueil des familles.	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Déterminer un lieu au sein de l'établissement.		FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité	
Aménager et rendre convivial cet espace dédié.		KOPEC2 Christelle2	31/12/2017	Non traité	
Définir les modalités d'utilisation de ce lieu.		KOPEC2 Christelle2	31/12/2017	Non traité	
> AC4 A /Sécuriser l'accès à l'établissement.	- Sécurité	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Changer le code d'accès du portail tous les six mois	FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité
Signaler visuellement (encart rouge) la présence de la caméra du portail et l'endroit où les personnes doivent se placer pour être détectées.	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité
Favoriser la fermeture automatique du portail en installant un ressort.	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité
Informers les familles sur les règles d'accès à l'établissement.	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité

> AP2 B/ Améliorer l'adéquation entre le projet et les besoins de la personne.	- Projet personnalisé	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
--	-----------------------	--------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Intégrer des professionnels à la commission d'admission.	FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité
Elaborer une procédure d'accueil.	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité
Inclure les professionnels lors des entretiens réalisés par la chef de service avec les familles.	KOPEC2 Christelle2	31/12/2017	Non traité

> AP8 A > AP8 D / Améliorer la connaissance et le suivi des projets personnalisés par les professionnels.	- Projet personnalisé	FICHELLE Claude	31/03/2017	1	
---	-----------------------	--------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer un outil synthétisant les objectifs de l'ensemble des projets personnalisés de chaque usager.	KOPEC2 Christelle2	31/03/2017	Non traité
Présenter systématiquement les projets personnalisés en réunion d'équipe.	KOPEC2 Christelle2	31/03/2017	Non traité
Inciter les équipes à utiliser le logiciel permettant le suivi des actions.	KOPEC2 Christelle2	31/03/2017	Non traité

> CVD3 A/ Améliorer la convivialité des chambres d'accueil temporaire.	- Admission des personnes accueillies	FICHELLE Claude	31/03/2017	1	
--	---------------------------------------	--------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Optimiser la décoration des chambres d'accueil temporaire.		KOPEC2 Christelle2	31/03/2017	Non traité	
Optimiser le chauffage dans les chambres d'accueil temporaire.		FICHELLE Claude	31/03/2017	Non traité	
> OU1 E / Rendre plus accessibles les outils de la loi 2002.		- Qualité	FICHELLE Claude	29/12/2017	1 
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Réactualiser les outils pour les conformer aux réalités de l'établissement.		FICHELLE Claude	29/12/2017	Non traité	
Adapter les outils aux difficultés du public concerné (FALC).		THULLIER Pauline	30/06/2017	Non traité	
Travailler sur l'appropriation de ces outils par le public et les professionnels.		THULLIER Pauline	30/06/2017	Non traité	
> PGR1 B / Assurer la sécurité des résidents.		- Sécurité	FICHELLE Claude	30/01/2018	1 
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Elaborer la liste des différents risques encourus par les personnes accueillies.		THULLIER Pauline	30/01/2018	Non traité	
Elaborer les procédures répondant à ces risques.		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
Communiquer auprès des personnes accueillies et de leurs familles sur les actions mises en place pour assurer la sécurité des usagers.		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
> RT1 C / Développer le partenariat.		- Recherche et développement	FICHELLE Claude	31/12/2017	1 

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Créer une banque de données informatisée et actualisée des partenariats existants.	MALANDAIN Audrey	31/12/2017	Non traité
Définir les modalités d'utilisation de cet outil.	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité
Ouvrir l'établissement au voisinage et aux partenaires.	KOPEC2 Christelle2	30/07/2017	Non traité
Accompagner les usagers pour qu'ils s'inscrivent dans la vie de la cité.	KOPEC2 Christelle2	30/07/2017	Non traité

Améliorer l'accessibilité du site internet	- Qualité	LECORVAISIER Tiphaine	31/07/2017	1	
--	-----------	--------------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Intégrer des fonctions d'accès pour tous types de handicap	LECORVAISIER Tiphaine	31/07/2017	Non traité

Améliorer la transmission des outils de la loi 2002-2	- Qualité	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
---	-----------	--------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Remettre l'ensemble des documents de la loi 2002-2 à chaque période d'accueil temporaire	KOPEC2 Christelle2	31/12/2017	Non traité

Animer une réflexion 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 de bénévoles en lien avec le conseil d'administration	THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité

AP6A: Optimiser la collecte d'informations sur le parcours de vie des usagers	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
---	--------------------	--------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Compléter et mettre à jour systématiquement tous les dossiers des usagers		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
A l'admission, recueillir obligatoirement le parcours de vie auprès de l'usager, de sa famille ou de son établissement d'origine		KOPEC2 Christelle2	31/12/2017	Non traité	
AP7 D/ Améliorer la communication entre les familles et les équipes.	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/03/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Planifier des entretiens réguliers avec les familles pour faire le bilan sur l'avancée du Projet Personnalisé.		KOPEC2 Christelle2	28/02/2017	Non traité	
Mettre en place un outil de communication sur la vie de l'internat à l'attention des familles.		THULLIER Pauline	31/03/2017	Non traité	
CDV4 B/ Préserver l'intimité des personnes accueillies.	- Admission des personnes accueillies	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Installer des films anti-regard sur les fenêtres des salles de bains communes.		THULLIER Pauline	31/03/2017	Non traité	
Mettre à disposition des résidents en chambres doubles des paravents qui permettent la séparation de l'espace et de garantir leur intimité.			31/12/2017	Non traité	
CDV6 D/ Améliorer le circuit du linge.	- Lingerie	FICHELLE Claude	31/05/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Utiliser des chariots à linge avec compartiments fermés pour le transport du linge personnel des usagers.		KOPEC2 Christelle2	31/05/2017	Non traité	
Elaborer, faire valider et expliciter aux équipes une procédure sur le circuit linge sale/ linge propre.		KOPEC2 Christelle2	31/10/2016	Non traité	
Faciliter la diffusion des recommandations des bonnes pratiques professionnelles	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former un référent des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)		FICHELLE Claude	31/12/2017	Non traité	
Programmer des réunions thématiques sur les RBPP		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 DARI		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
MA1B/Optimiser les conditions de travail en cas de situations dégradées	- Ressources humaines	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Créer une commission en vue de réfléchir à l'élaboration d'une procédure au regard d'une situation dégradée en rapport avec l'absence d'un ou plusieurs professionnels		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
Revisiter l'ensemble du planning dès la parution de l'accord sur l'aménagement du temps de travail		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	
MA1D/Clarifier les missions des différents professionnels de l'équipe pluri-disciplinaires	- Ressources humaines	FICHELLE Claude	31/03/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Créer des fiches de poste		FICHELLE Claude	31/12/2016	Non traité	
Revisiter l'organigramme de la structure		CAILLY Gaëlle	31/03/2017	Non traité	
MA2 / Adapter le projet d'établissement aux réalités des usagers et de l'établissement.	- Projet d'établissement	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Constituer des groupes de travail composés de membres des équipes et de représentants de familles et des usagers afin d'élaborer le projet d'établissement.			31/12/2017	Non traité	
SP2A/ Optimiser le suivi annuel gynécologique des femmes accueillies	- Soins	FICHELLE Claude	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Organiser des visites annuelles pour les femmes chez le gynécologue		THULLIER Pauline	31/12/2016	Non traité	
Créer un calendrier des visites prévisionnelles		THULLIER Pauline	31/12/2016	Non traité	
SP3 C : Revisiter la procédure de distribution des médicaments	- Soins	FICHELLE Claude	30/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Appliquer la procédure distribution des médicaments		THULLIER Pauline	30/12/2016	Non traité	
SP4 C : Coordonner les actions développées autour des troubles du comportement récurrents au sein de l'établissement.	- Bonnes pratiques	FICHELLE Claude	31/12/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Formaliser des protocoles d'accompagnement des usagers présentant des troubles du comportement.		THULLIER Pauline	31/12/2017	Non traité	

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



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



Date de l'évaluation: 02/06/2016

Etablissement

FAM LE Perrey
76600 LE HAVRE

Nature de l'établissement

Nombre total de places d'accueil

Résultat global

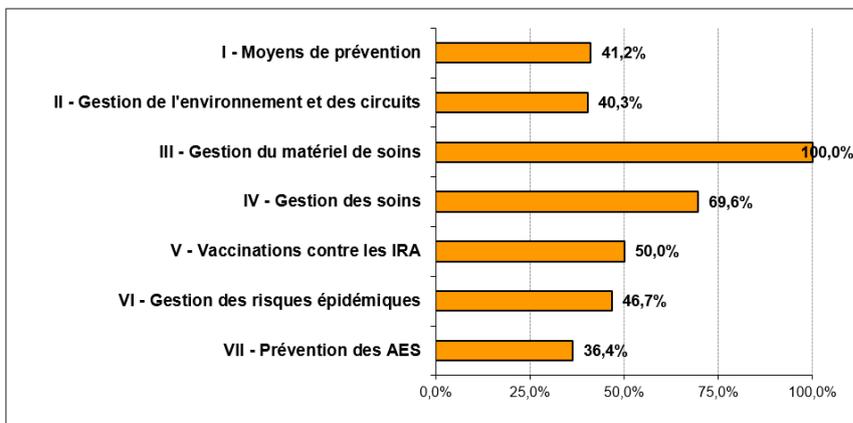
Vous obtenez un total de 76 points sur 164 attendus:

46,3%
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%)



RESULTATS

Etablissement: FAM LE Perrey

Date de l'évaluation: 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	31	77	40,3
III - Gestion du matériel	2	2	100,0
IV - Gestion des soins	16	23	69,6
V - Vaccinations	2	4	50,0
VI - Risques épidémiques	14	30	46,7
VII - Prévention des AES	4	11	36,4

Vous obtenez un total de 76 points sur 164 soit:

46,3%
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

1=Oui, 2=Non

Votre établissement:

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

2

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

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

- l'équipe médicale

1

1=Oui, 2=Non

- IDE, AS, kinésithérapeutes et psychologues

1

1=Oui, 2=Non

- les éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, moniteurs éducateurs

2

1=Oui, 2=Non

- les AMP, ergothérapeutes, 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

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	1
- 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 prescrits 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 prescripteurs 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'utilisateur exposant à des souillures (bio nettoyage, soins de nursing et soins infirmiers) est demandé

1

1=Oui, 2=Non

L'établissement fournit des tenues professionnelles nécessaires au travail des salariés

1

1=Oui, 2=Non

L'entretien des tenues professionnelles est effectuée par:

- l'établissement

2

1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)

- le professionnel

1

1=Oui, 2=Non, 3=Non adapté (car usage unique)

Le changement de la tenue est quotidien

2

1=Oui, 2=Non

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, ...)

2

1=Oui, 2=Non

► 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	7	30	23,3
Total	31	77	40,3

Vous avez obtenu un résultat de 40,3%

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.

II-1 ENTRETIEN DES LOCAUX

Il existe des procédures de nettoyage des locaux dans l'établissement <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux:	
- un chariot de ménage est à la disposition des équipes <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- le matériel nécessaire existe:	
• des microfibras <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
• des bandeaux <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
• des balais trapèzes <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
• des chiffonnettes <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
• des produits <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
• des gants de ménage <i>1=Oui, 2=Non</i>	1

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 <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Si oui,	
- le rapport a fait l'objet de mesures d'amélioration mises en place dans l'établissement <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
La méthode HACCP est en place dans les services cuisines (y compris le prestataire) <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Type de liaison entre la cuisine et les lieux de restauration <i>1=Liaison chaude, 2=Liaison froide, 3=les deux</i>	1
En liaison chaude	
- la température à 63°C minimum des aliments chauds servis aux usagers est contrôlée <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- la température <8°C des aliments froids est contrôlée ou ≤ 10°C pour une durée inférieure à 2 heures <i>1=Oui, 2=Non</i>	1

Des thermomètres sont à disposition du personnel sur les lieux de restauration <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
La température des réfrigérateurs est contrôlée et tracée <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
En cas de températures non conformes, vous disposez d'une conduite à tenir (protocole) <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Votre établissement a instauré une procédure concernant la distribution des repas validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Si oui, elle prévoit:	
- l'hygiène des mains des agents avant la distribution <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- de faciliter l'hygiène des mains des usagers <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Votre établissement a instauré une procédure concernant l'entretien des appareils électroménagers validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections: <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
La fréquence de nettoyage et la traçabilité sont indiquées pour les appareils suivants:	
- chariots de distribution des repas <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
- réfrigérateurs <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
- micro-ondes <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
- chauffe lait <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	3
- bouilloires <i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	1
Des CAT sont prévus en cas de dysfonctionnement(s) <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Au cours de l'année écoulée votre établissement a rencontré un épisode de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Votre établissement a défini une procédure concernant le fonctionnement "d'atelier cuisine" <i>1=Oui, 2=Non</i>	2

II-3 GESTION DU LINGE

L'établissement prend en charge la blanchisserie <i>1=Totalement, 2=Partiellement, 3=Pas du tout</i>	2
--	----------

Circuit du linge propre

Il existe des procédures de gestion du linge propre dans l'établissement y compris pour le linge de l'usager <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
--	----------

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

II-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=Oui, 2=Non		1
- la traçabilité des DASRI:		
• la convention avec le prestataire prenant en charge les déchets 1=Oui, 2=Non		1
• le remplissage pour chaque dépôt ou collecte d'un bon de prise en charge ou d'un bordereau Cerfa 1=Oui, 2=Non		1
• l'édition de l'attestation de destruction par le prestataire 1=Oui, 2=Non		1
Vous pouvez indiquer:		
- la production DASRI (kg/mois)	Saisir un nombre entier	12
- 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	1
Le laboratoire sollicité est accrédité légionelles (méthode NF T 90-431) 1=Oui, 2=Non	1
Le contrôle comporte au moins cinq points de prélèvement 1=Oui, 2=Non	1
En cas de dysfonctionnement, vous avez une CAT qui prévoit les points suivants:	
- une information vers le directeur et l'instance de prévention du risque infectieux est systématique	1

- 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 1=Oui, 2=Non	2
- pour les actions à mener concernant le réseau d'eau dans l'établissement 1=Oui, 2=Non	2
- pour la déclaration obligatoire (DO) d'une légionellose d'un usager et/ou du personnel 1=Oui, 2=Non	2
- pour informer les intervenants extérieurs et visiteurs 1=Oui, 2=Non	2
II-5.2 Eau de consommation alimentaire	
Concernant l'eau du robinet, au moins, un prélèvement annuel contrôlant la potabilité au niveau des points des offices alimentaires est réalisé 1=Oui, 2=Non	2
Vous utilisez l'eau embouteillée 1=Oui, 2=Non	1
- une vérification de la date limite de consommation est réalisée à périodicité définie 1=Oui, 2=Non	1
- un lieu de stockage adapté est prévu 1=Oui, 2=Non	1
Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes 1=Oui, 2=Non	1
- un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé 1=Oui, 2=Non	2
- un entretien régulier des fontaines est programmé selon les préconisations du fabricant 1=Oui, 2=Non	2
- il existe une maintenance du circuit interne 1=Oui, 2=Non	2
Vous utilisez l'eau distribuée à partir de bonbonnes 1=Oui, 2=Non	2

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

2

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

2

1=Oui, 2=Non, 3=NA

II-5.4 Bassins d'eau de rééducation

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

3

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

3

1=Oui, 2=Non, 3=NA

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	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

1=Oui, 2=Non

Il existe une procédure de traitement (nettoyage et désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation

1

1=Oui, 2=Non

Matériels utilisés dans l'établissement

Appareillage

2

1=Oui, 2=Non

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...)

1=Oui, 2=Non

2

Matériel respiratoire

1=Oui, 2=Non

2

Thermomètre température usager

1=Oui, 2=Non

2

► **CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS**

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Actes infirmiers et de nursing	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	4	5	80,0
Total	16	23	69,6

Vous avez obtenu un résultat de 69,6%

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 pratiques

Aérosol thérapie

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Alimentation entérale

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Aspiration bronchique ou endotrachéale

1=Oui, 2=Non

2

Aspiration buccale

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

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

Plaies (escarres, ulcères...)

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

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

Précautions standard 1=Oui, 2=Non	1
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	1
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	2
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	
Sondage vésical 1=Oui, 2=Non	2
Stomies 1=Oui, 2=Non	2
Une procédure existe 1=Oui, 2=Non	
La procédure est validée 1=Oui, 2=Non	

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

2

1=Oui, 2=Non

IV-5 ANTISEPTIQUES

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

1

1=Oui, 2=Non

Si oui, elle est:

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

2

1=Oui, 2=Non

- diffusée aux professionnels concernés

2

1=Oui, 2=Non

Le temps de contact des antiseptiques est précisé

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

► 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

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Gale	7	8	87,5
2-Tuberculose pulmonaire	0	11	0,0
3-Gastro-entérite	3	5	60,0
4-Infection respiratoire aiguë basse	4	6	66,7
Total	14	30	46,7

Vous avez obtenu un résultat de 46,7%

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

<p>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de gale 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Si oui, elle est:</p>	
<p>- écrite 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- diffusée aux professionnels concernés 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Si oui, elle prévoit:</p>	
<p>- l'approvisionnement des produits (ivermectine) pour le traitement des personnes en cas de gale 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- la mise en place et la levée des mesures de précautions complémentaires de type contact sur prescription médicale 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- que l'usager reste dans sa chambre jusqu'à l'efficacité d'un traitement curatif (48h) 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- 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</p>	1
<p>- une procédure et une traçabilité de l'information aux personnes contacts (usagers, professionnels, intervenants extérieurs, chauffeurs de taxi, famille, lieu d'hébergement) 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>Le cas de gale est notifié:</p>	
<p>- dans le dossier de l'usager 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- auprès des services de l'ARS 1=Oui, 2=Non</p>	1

VI-2 TUBERCULOSE PULMONAIRE

<p>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose 1=Oui, 2=Non</p>	2
--	----------

VI-3 GASTRO-ENTERITE

<p>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à une épidémie (à partir de trois cas) 1=Oui, 2=Non</p>	2
--	----------

<p>Les précautions complémentaires contact sont mises en place 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>En cas d'usager suspect de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> :</p>	
<p>- le maintien dans sa chambre est priorisé 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel® diluée est prévu 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Dans le cadre de la gestion des risques épidémiques, une information est prévue vers:</p>	
<p>- les usagers 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- les salariés et intervenants extérieurs 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>- les visiteurs 1=Oui, 2=Non</p>	1

VI-4 INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE BASSE

<p>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</p> <p>Cette conduite à tenir est:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	2
<p>Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des usagers atteints d'IRA 1=Oui, 2=Non</p>	1
<p>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</p>	1
<p>La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour l'usager atteint d'IRA 1=Oui, 2=Non</p>	1

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

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	4	11	36,4

Vous avez obtenu un résultat de 36,4%

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 <i>1=Oui, 2=Non</i>	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 <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Il existe une procédure dans l'établissement détaillant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Si oui, elle est:	
- validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
- diffusée et mise à disposition auprès des professionnels concernés <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
En cas d'AES, il est prévu de faire rapidement un test VIH pour investiguer la personne source (lorsque celle-ci est connue et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou du représentant légal) <i>1=Oui, 2=Non</i>	1
Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin de santé au travail <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
Donner la tendance évolutive du nombre d'AES de l'établissement au cours des 3 dernières années (médecin de santé au travail) <i>1=En augmentation, 2=En diminution, 3=Stable, 4=Ne sait pas</i>	2

<p>Si votre établissement est doté d'un CHSCT ou son équivalent, le bilan annuel des AES impliquant des salariés est présenté lors d'une réunion 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	3
<p>Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants:</p>	
<p>- des collecteurs OPCT munis de système de fixation 1=Oui, 2=Non</p>	2
<p>- des collecteurs OPCT fixés sur un support 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	2
<p>- du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	2
<p>- du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	2
<p>- du matériel sécurisé pour injections 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	2
<p>- du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	3
<p>- du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	1
<p>- du matériel sécurisé pour perfusions veineuses 1=Oui, 2=Non, 3=NA</p>	3

6. PLAN D' ACTIONS DARI

Etablissement : FAM LE PERREY						
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.			KOPEC Christelle	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			KOPEC Christelle	01/12/2016	Non traité	
Améliorer la traçabilité des AES au sein de l'établissement	- Risques infectieux	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	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 puis 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	01/10/2016	Non traité	
Assurer la traçabilité des contrôles de l'eau au sein de l'établissement	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	01/11/2016	2	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement			
Tenir à jour un registre d'entretien et de prélèvements de contrôles de l'eau chaude, alimentaire ou destinée aux soins standards (e-camet)		THULLIER Pauline	01/11/2016	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 BMR au sein de l'établissement		KOPEC Christelle	01/11/2016	Traité			
Faire valider cette procédure par le médecin de l'établissement et par le directeur		KOPEC Christelle	01/11/2016	En cours			
Présenter et expliciter la procédure à toutes les équipes		KOPEC Christelle	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		MARTINEZ Paule	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		MARTINEZ Paule	01/12/2016	En cours			
Expliquer et diffuser la procédure auprès du personnel lors d'une réunion d'équipe		MARTINEZ Paule	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 des techniques utilisées pour chaque type de locaux			KOPEC Christelle	01/12/2016	Non traité	
Optimiser la conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire détectée au sein de l'établissement	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLÉ Claude	01/12/2016	2	
Actions			Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Elaborer une procédure pour la prise en charge de l'usager concerné et / ou le personnel			KOPEC Christelle	01/12/2016	En cours	
Faire valider cette procédure par le médecin puis par le directeur			KOPEC Christelle	01/12/2016	Non traité	
Optimiser la protection des professionnels lors de la manipulation du linge souillé	- Prévention des risques - Qualité	- DARI	FICHELLÉ Claude	01/12/2016	2	
Actions			Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre à disposition des professionnels des blouses à usage unique ainsi que des gants à usage unique			MARTINEZ Paule	01/12/2016	En cours	
Rendre obligatoire l'utilisation du matériel à usage unique en cas d'épidémie (BMR, grippe, gastro-entérite ou gale)			MARTINEZ Paule	01/12/2016	En cours	
Favoriser l'utilisation des sacs solubles avant de mettre le linge souillé dans le sac à linge sale habituellement utilisé (inutile en cas de BMR)			MARTINEZ Paule	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	FICHELLÉ Claude	01/12/2016	1	
Actions			Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Elaborer une procédure pour le circuit du linge sale et du linge propre			KOPEC Christelle	01/12/2016	En cours	
Matérialiser visuellement les différents circuits du linge au sein de la lingerie			KOPEC Christelle	01/12/2016	En cours	

Optimiser les conditions d'hygiène lors des ateliers cuisine	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/12/2016	2																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaborer une procédure de l'organisation et du déroulement des ateliers cuisine du FAM et du CAJ</td> <td>KOPEC Christelle</td> <td>01/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>				Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Elaborer une procédure de l'organisation et du déroulement des ateliers cuisine du FAM et du CAJ	KOPEC Christelle	01/12/2016	Non traité											
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement																			
Elaborer une procédure de l'organisation et du déroulement des ateliers cuisine du FAM et du CAJ	KOPEC Christelle	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																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mettre à disposition dans le bureau infirmier 2 tenues de protection type blouse</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>Traité</td> </tr> </tbody> </table>				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											
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 et éradiquer dans les plus brefs délais une éventuelle épidémie au sein de l'établissement	- Prévention des risques	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	1																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaborer les différentes procédures</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Faire valider les procédures par le médecin et le directeur</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Si un cas est décelé au sein de l'établissement, informer tous les intervenants extérieurs, y compris les familles, qui ont été en contact avec le ou les usagers concernés</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>En cours</td> </tr> </tbody> </table>				Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Elaborer les différentes procédures	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours	Faire valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours	Si un cas est décelé au sein de l'établissement, informer tous les intervenants extérieurs, y compris les familles, qui ont été en contact avec le ou les usagers concernés	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours			
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement																			
Elaborer les différentes procédures	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours																			
Faire valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours																			
Si un cas est décelé au sein de l'établissement, informer tous les intervenants extérieurs, y compris les familles, qui ont été en contact avec le ou les usagers concernés	MARTINEZ Paule	01/10/2016	En cours																			
Uniformiser les pratiques infirmières dans l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des mains, les injections intramusculaires (IM), sous cutanées (SC), intraveineuses (IV), ainsi que l'antiseptie	- Qualité	- DARI	FICHELLE Claude	01/10/2016	1																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaborer les différentes procédures</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>Traité</td> </tr> <tr> <td>Faire valider les procédures par le médecin et le directeur</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Faire valider les procédures par le médecin et le directeur</td> <td>MARTINEZ Paule</td> <td>01/10/2016</td> <td>Annulé</td> </tr> </tbody> </table>				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	Faire valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	Annulé			
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																			
Faire valider les procédures par le médecin et le directeur	MARTINEZ Paule	01/10/2016	Annulé																			

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 pilotage, elle a aussi et surtout permis à chacun des acteurs de participer, de s'exprimer, de prendre définitivement 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 adéquate :

- ✓ 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'utilisateur 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'utilisateur.
- ✓ 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'utilisateur.
- ✓ 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'utilisateur. 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, ce qui 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 par 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 bienveillance » 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 LE PERREY
156-158 rue Augustin Normand
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

