



RAPPORT DE L'ÉVALUATION INTERNE

MAS LES CONSTELLATIONS
51 rue René DUVAUCHELLE
76620 LE HAVRE

MAI 2016

SOMMAIRE

1. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS	3
1.1 Cadre réglementaire	3
1.1.1 Contenu de l'autorisation.....	3
1.1.2 L'organisme gestionnaire	3
1.1.3 Présentation de la MAS les Constellations.....	4
1.2 Caractérisation de la population accompagnée	5
1.2.1 Nombre de personnes accueillies	5
1.2.2 Les pathologies des personnes accueillies	5
1.2.3 Répartition des âges.....	7
1.2.4 Répartition des sexes (hébergement permanent et accueil de jour)	8
1.2.5 Nombre de demandes d'admission reçues en 2015.....	8
1.3 Spécifications des objectifs de l'accompagnement	9
1.3.1 Le projet d'établissement : un cadre pour le projet personnalisé.....	9
1.3.2 L'organisation et le fonctionnement de la MAS « Les Constellations » sont axés sur la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, la santé et la participation sociale des personnes accueillies.....	11
1.3.3 L'accompagnement est personnalisé.....	13
1.3.4 La garantie des droits et participation des personnes accueillies sont effectives.....	14
1.3.5 La protection et la prévention des risques inhérents aux personnes accueillies et au mode d'accompagnement sont mises en place.....	14
2. PRESENTATION DES ELEMENTS DE METHODE	15
2.1 protocole d'évaluation.....	15
2.1.1 Lancement de la démarche	15
2.1.2 Cadrage de la démarche d'évaluation par l'équipe de direction.....	15
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	15
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	17
2.3.4 Le déroulement des sessions d'évaluation	19
3. LES RESULTATS DE L'EVALUATION	20
4. LE PLAN D'ACTION	47
5. LE DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX	59

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

1.1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1.1 Contenu de l'autorisation

L'ouverture de la Maison d'accueil spécialisée « Les Constellations » a été autorisée par l'ARS de Haute Normandie le 23 novembre 2010 pour 52 places en direction d'un public en situation de handicap psychique :

- 40 places en hébergement permanent
- 4 places en hébergement temporaire
- 8 places en accueil de jour

Cette autorisation précise la création de 28 places, dont 8 en accueil de jour en 2012

Et 24 places dont 4 en accueil temporaire en 2013.

❖ Nos principales références législatives et réglementaires :

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

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

❖ Nos références spécifiques

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

Le fonctionnement de la MAS « les Constellations » est régi par le code de l'action sociale et des familles.

Son organisation et ses savoir-faire, s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

1.1.2 L'organisme gestionnaire

Présentation de l'Association « La Ligue Havraise »

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

¹ Articles R.344-1, R.344-2, L.344-1

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

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

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

Elle affirme ses valeurs dans son projet associatif :

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

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

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

1.1.3 Présentation de la MAS les Constellations

Le projet de création de La Maison d'Accueil Spécialisée « Les Constellations » est né en 2007 pour faire face aux besoins émergents des personnes en situation de handicap psychique, notamment de celles qui sont hospitalisées en long séjour à l'hôpital psychiatrique sur le territoire de santé du Havre.

Ainsi conformément à son projet associatif², la Ligue Havraise affiche sa volonté d'ouvrir son champ d'accompagnement au handicap psychique. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le Groupe Hospitalier du Havre, notamment avec son pôle psychiatrique : l'hôpital Pierre Janet.

L'ouverture de la Maison d'accueil spécialisée « Les Constellations » a été autorisée par l'ARS de Haute Normandie le 23 novembre 2010 pour 52 places en direction d'un public en situation de handicap psychique :

- 40 places en hébergement permanent
- 4 places en hébergement temporaire
- 8 places en accueil de jour

Cette ouverture a connu une montée en charge progressive de 2012 à 2014, en lien avec le projet architectural. En effet les 18 premiers mois, la structure s'est installée de façon provisoire dans un des pavillons rénové de l'hôpital psychiatrique, pour déménager ensuite vers l'établissement définitif construit durant cette période :

- 3 décembre 2012, ouverture de l'établissement pour 28 places, dont 8 en accueil de jour,
- 1er juillet 2013, ouverture de 4 places en Hébergement temporaire
- 9 juillet 2014 (20 places supplémentaires)

²Projet associatif de la Ligue Havraise, 2006-2010, p.5

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

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

Au regard des pathologies des résidents, le mode de fonctionnement de l'institution se veut à la fois cadré et souple, organisé et adaptable, planifié et aménageable dans l'espace-temps.

1.2 CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE

1.2.1 Nombre de personnes accueillies

Au 31 décembre 2015, la MAS « Les Constellations » a accueilli 55 personnes :

- 40 personnes en hébergement permanent
- 9 personnes en accueil de jour (7 à temps plein et 2 en temps partiel)
- 7 personnes en accueil « hébergement temporaire » (pour un total de 340 jours)

1.2.2 Les pathologies des personnes accueillies

La notion de « handicap psychique » ne se définit pas de façon hétérogène suivant les ouvrages ou les études. Cette notion est souvent approchée par le repérage de ses particularités :

- L'intelligence est potentielle : « les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives » ;
- Les besoins de soins sont importants et réguliers
- La souffrance de la personne et de son entourage
- La fragilité et la vulnérabilité
- Le poids des traitements
- La stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte de la population
- La variabilité des troubles du résident peut être due à sa pathologie mais aussi au contexte environnemental

Près de 86% des personnes accueillies à la MAS « Les Constellations », présentent des schizophrénies ou des psychoses chroniques avec évolution déficitaire. Les psychoses sont les maladies mentales les plus invalidantes. Elles se distinguent par le fait que la personne a une méconnaissance de ses troubles et par une distorsion de la réalité. Cette pathologie se caractérise par trois types de symptômes :

- Les délires
- La dissociation : la pensée, l'acte et l'affect ne sont plus reliés harmonieusement
- Le repli autistique : perte de contact avec la réalité extérieure, détachement, perte d'intérêt, retrait de la vie sociale

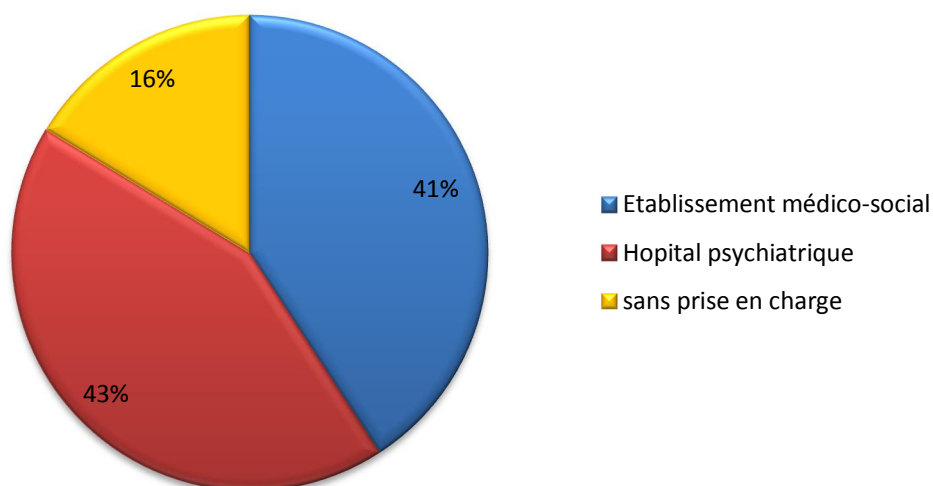
Les principales déficiences liées à ces pathologies et identifiées sur la MAS sont :

- Troubles de la volition : Apragmatisme, compulsions obsessionnelles, ambivalences, inhibition
- Troubles de la pensée : Idées obsessionnelles, fuites ou incohérences des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée
- Troubles de la perception : illusions, hallucinations, déréalisation

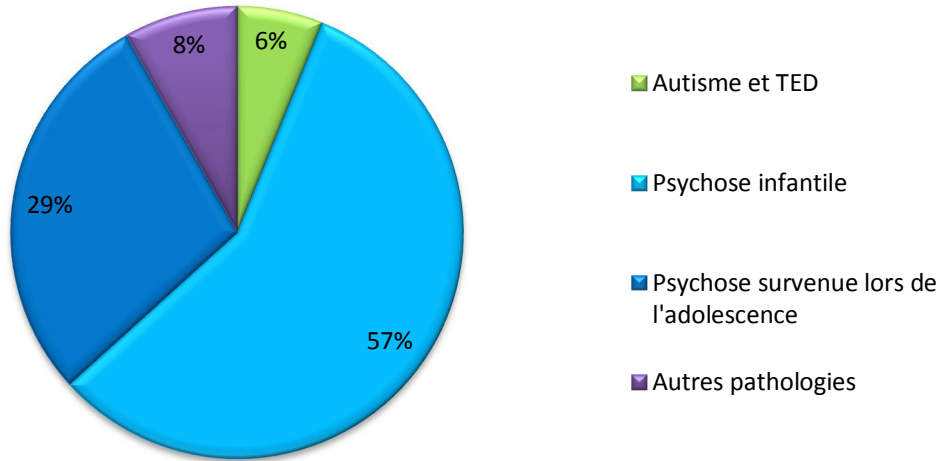
- Troubles de la communication : Logorrhée, coq à l'âne, écholalie, mutisme
- Troubles du comportement : Agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité, apathie, incurie
- Troubles intellectuels : retard mental léger, moyen, profonds
- Troubles de la vie émotionnelle et affective : anxiété, angoisse, troubles du caractère, immaturité affective

Avant leur admission, la majorité des personnes accueillies à la MAS séjournaient en milieu psychiatrique (hôpital Pierre Janet) de façon régulière, voire au long court. Par ailleurs, 8 personnes étaient sans solution d'accompagnement et vivaient dans leurs familles. Une vingtaine de personnes avaient un accompagnement médico-social inadapté à leur pathologie, et certaines se trouvaient en fin de prise en charge.

Provenance des personnes accueillies avant admission à la MAS Les Constellations



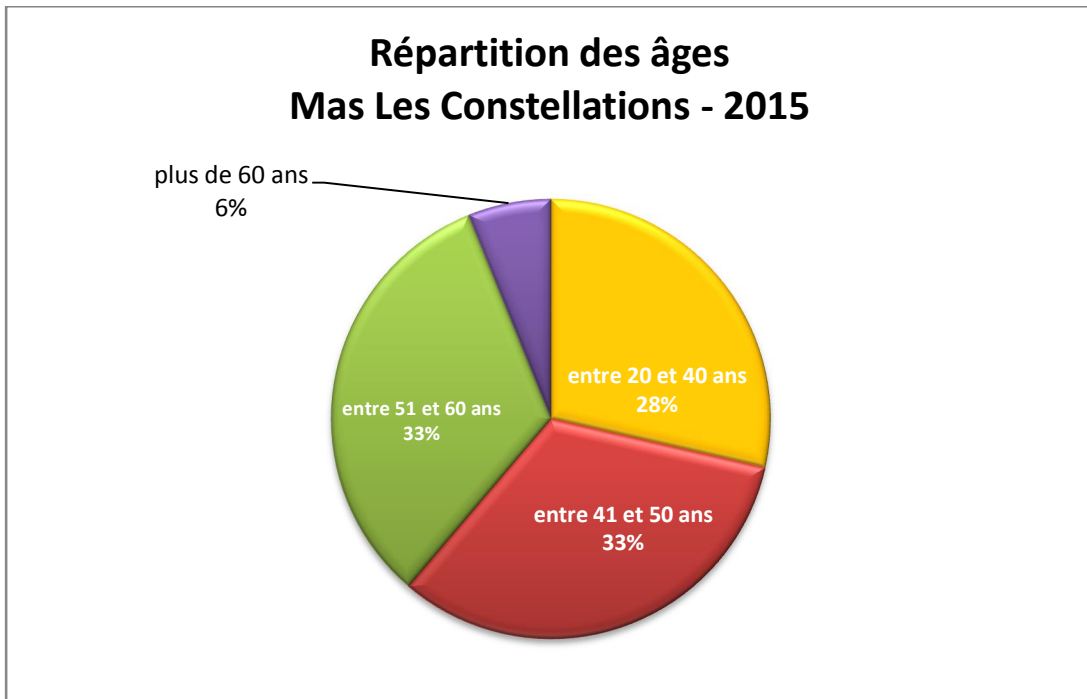
Pathologie des personnes accueillies Mas Les Constellations - 2015

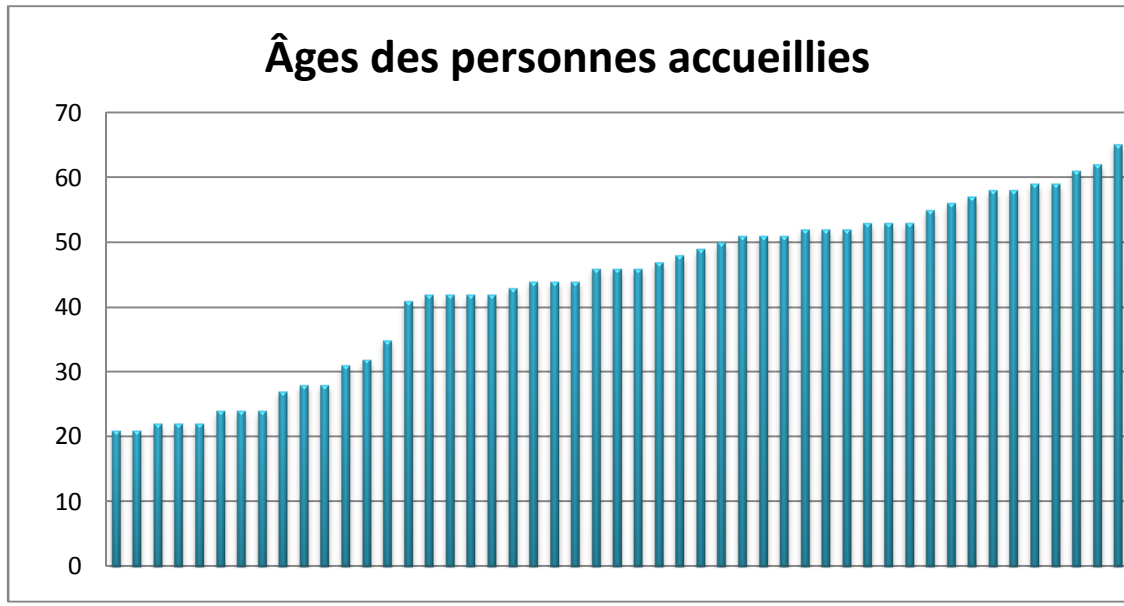


1.2.3 Répartition des âges

La moyenne d'âge des personnes accueillies en 2015 est de **44 ans**.

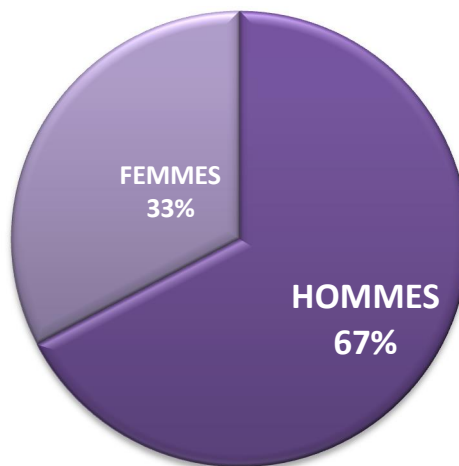
Le plus jeune a 21 ans et le plus âgé a 65 ans.





1.2.4 Répartition des sexes (hébergement permanent et accueil de jour)

Répartition Hommes/Femmes Mas Les Constellations - 2015



1.2.5 Nombre de demandes d'admission reçues en 2015

Durant l'année 2015, 26 nouvelles demandes ont été étudiées par la commission d'admission.
 10 ont été rejetées car elles ne correspondaient pas aux critères (hors secteur ou hors pathologie).
 7 ont reçu un avis favorable (liste d'attente ou accueil temporaire)
 9 sont attente de dossier
 Au 31 décembre, 7 personnes sont inscrites sur la liste d'attente pour un Hébergement permanent.

1.3 SPECIFICATIONS DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

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

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

Ainsi, les missions de la MAS pour répondre à ses valeurs et en lien avec les apports des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, se déclinent de la façon suivante :

- Proposer et assurer un accompagnement personnalisé, adapté et de qualité tout au long de la vie du résident
- Garantir les soins que requiert le résident
- Favoriser l'autonomie du résident
- Développer et maintenir la socialisation
- Adapter l'environnement aux besoins du résident
- Mettre en œuvre les droits fondamentaux du résident
- Proposer un mode d'accueil diversifié (AJ, HP, AT)³
- Favoriser les liens avec les familles
- Favoriser la formation des professionnels

L'objectif de cette MAS, au travers de son fonctionnement, est d'amener les résidents à accéder à un état qui leur permet de se réaliser, de surmonter les tensions liées à leurs troubles, d'accomplir un travail productif et fructueux aux travers d'activités, de contribuer à la vie de leur communauté et d'éviter les ré-hospitalisations.

La philosophie du projet institutionnel de la MAS pourrait se résumer dans la promotion « du bien-être et du bien-vivre » au quotidien de la personne accueillie.

1.3.1 Le projet d'établissement : un cadre pour le projet personnalisé

Pour l'ouverture de la MAS en 2012, un projet d'établissement décrivant le cadre d'intervention auprès des personnes accueillies a été écrit. Ce projet part de l'analyse des besoins des personnes accueillies et décline les activités à mettre en place pour répondre à un accompagnement adapté et de qualité. Les besoins des personnes sont singuliers et sont affinés dans les projets personnalisés. Ainsi les actions des professionnels sont travaillées autour des axes suivants :

Le besoin d'un suivi psychiatrique adapté

Le médecin psychiatre présent tous les mardis, réalise des consultations en interne, reçoit les familles en rendez-vous, étudie les dossiers de demande d'admission, anime les réunions cliniques, et participe aux synthèses des projets personnalisés.

³ AJ : Accueil de Jour - HP : Hébergement Permanent . AT : Accueil Temporaire

Le besoin de soins somatiques

2 médecins généralistes sont présents 4 demies journées et se partagent les pavillons en termes de suivi des résidents. Une visite annuelle est réalisée par résident. Sur le plan somatique, des personnes présentent des maladies associées qui nécessitent un suivi de soins importants, comme par exemple : diabète, épilepsie, cancer, ulcère gastroduodéal, torticolis en position vicieuse, constipation opiniâtre, amputation, trouble de la déglutition avec risque de fausse route.

Les médecins peuvent également intervenir auprès de personnes accueillies en accueil de jour si des problématiques somatiques ou psychiatriques sont relevées de façon récurrentes par les professionnels de la MAS (l'accord de la famille est toujours recherché).

Ils assurent également des formations auprès des professionnels de la MAS.

Le besoin d'un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne

31 Aides médico psychologiques et aides-soignants diplômés et 3 contrats d'avenir accompagnent les résidents aux gestes de la vie quotidienne. Leurs actions ponctuent les temps de la journée : levé, toilette, petits déjeuners, animation, déjeuner, animation, goûter, toilette, dîner, coucher.

La majorité des personnes accueillies nécessitent une aide quotidienne pour les actes essentiels de la vie à des degrés différents, notamment pour les toilettes (schéma corporel non acquis) et les repas (risque de fausses routes). Leur pathologie nécessite aussi une surveillance constante, notamment pour éviter les débordements en cas de troubles du comportement.

Le besoin de stabilité et de repères dans l'accompagnement quotidien

Chaque jour, le rythme de vie des résidents est tempéré en fonction de leurs capacités et leur état mental. Les professionnels de cette catégorie sont référents d'au moins un résident, et dans ce cadre ils ont élaboré en 2015 une fiche d'habitude de vie pour chaque résident. Ainsi le résident sait à qui se référer en cas de besoin spécifique. Ces professionnels de proximité participent également, en collaboration avec les éducateurs spécialisés, aux animations des activités intérieures ou extérieures. Des temps personnalisés et individuels pour chacun des résidents dont ils sont référents ont été planifiés, à raison de 4 par an (objectifs 2016).

Le besoin de stimulations éducatives, sociales, thérapeutiques, pédagogiques

Les activités socio-éducatives, pédagogiques et thérapeutiques sont planifiées et organisées de façon à ce que l'ensemble des résidents en bénéficient, et que l'ensemble des professionnels y participent.

Le besoin de participer à leur projet et d'en devenir l'acteur essentiel

Chaque personne accueillie à la MAS « Les Constellations » a des particularités liées à son histoire, à ses troubles, à ses déficiences...elle a ses propres besoins, ses propres envies.

C'est au travers des entretiens, de l'écoute, des observations, des relations au quotidien, entre le résident et les différents professionnels qu'émergent de nouvelles pistes à explorer, des nouveaux objectifs à se fixer.

C'est en tenant compte de tous les facteurs exposés ci-dessus que le projet personnalisé de la personne accueillie est réalisé. Chaque résident bénéficie de plusieurs référents : 1 éducateur, 1 infirmière, 1 professionnel de proximité (AMP ou AS), un référent de nuit, 1 cadre. Ils ont en charge de bâtir le projet personnalisé.

La démarche du projet personnalisé repose sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Une procédure a été écrite en 2015, elle définit les objectifs du projet personnalisé, ses modalités de mise en œuvre, les responsabilités de chacun.

Le CVS est également une instance dans laquelle les résidents peuvent participer à la vie de l'établissement. La présidence est tenue par une personne accueillie à la MAS. Deux réunions ont été organisées en 2015 (cf annexes)

Le besoin de maîtrise des comportements dans les relations avec autrui

Toutes les actions des professionnels contribuent au bien être des personnes accueillies. Il n'en reste pas moins que la difficulté majeure de l'institution est de faire face au débordement des comportements agressifs (verbal ou physique) ou violents (automutilation, hétéro agressivité).

Un groupe de professionnels a entamé en 2015 un travail sur « les comportements problèmes », qu'il faudra continuer durant 2016, l'objectif étant d'identifier les personnes et les circonstances qui peuvent provoquer des troubles du comportement et ainsi de trouver de pistes d'apaisement.

Les réunions cliniques animées par le psychiatre et les séances de supervision contribuent à répondre à des situations quelque fois difficiles à supporter.

Une procédure a été rédigée dans le cas d'une agression d'un résident envers une personne (professionnel ou autre résident).

Par ailleurs des formations sur la violence en institution et sur la compréhension du handicap psychique sont organisées afin de mieux appréhender ses situations.

Des séances de relaxation se sont multipliées sous plusieurs formes : séances de snoezelen, massages pratiqués par deux professionnelles venant de l'extérieur.

Les chambres d'apaisement sont de plus en plus utilisées notamment par des personnes venant en accueil de jour (sas à l'arrivée, appropriation de la pièce par certains usagers), mais sont aussi proposées aux résidents lorsqu'ils verbalisent « que ça ne va pas ».

1.3.2 L'organisation et le fonctionnement de la MAS « Les Constellations » 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 et paramédical

L'équipe médicale et paramédicale, assure une surveillance médicale au résident ainsi qu'une prise en charge thérapeutique afin de maintenir et stimuler ses capacités existantes.

Cette équipes est constituée d'un médecin psychiatre, deux médecins somaticiens, 6 infirmières (4 de jour et 2 de nuit) assurant ainsi une présence 24h/24h, une psychologue, 14 aide soignantes.

Le projet de soin est placé sous la responsabilité des médecins.

Les Infirmières assurent la surveillance générale de l'état du résident, suivi des traitements, coordination des soins, prise de rendez-vous auprès des spécialistes et accompagnement des résidents, prise en compte des besoins liés au vieillissement et de la douleur, démarche palliative et d'accompagnement de fin de vie. Les médecins ont également une mission d'information et de prévention, de formation auprès des équipes et des familles.

L'établissement est doté d'une infirmerie et d'une pharmacie. La gestion des médicaments est organisée par les infirmières : préparation des piluliers (par l'infirmière de nuit) et distribution suivant des procédures écrites et validées par les médecins. Les médicaments sont achetés dans une pharmacie locale.

La question de la nécessaire lourdeur des traitements est interrogée par les médecins et partagée avec l'équipe de soins.

La psychologue accompagne les résidents dans leur projet de vie par des rendez-vous organisés et fixés avec la personne. Elle est également ressource auprès des familles.

b) L'accompagnement de proximité

L'équipe de « proximité » constituée d'AMP⁴ et d'aides-soignants assure un accompagnement individualisé dans les diverses situations quotidiennes en fonction des potentialités du résident. Cet accompagnement est assuré du lever au coucher dans les principaux actes de la vie quotidienne en fonction des besoins individuels des résidents. Pour répondre à la philosophie du projet institutionnel, cette équipe est attentive au rythme de chaque résident, les levers et les couchers peuvent s'étaler en fonction des besoins ou envie de chacun (néanmoins dans le respect d'une plage horaire), les petits déjeuners sont servis en salle au goût du résident, la toilette ou la douche du matin est accompagnée ou non, les produits d'hygiène sont personnalisés. Les professionnels favorisent « l'estime de soi » en les guidant dans leurs choix vestimentaires et dans les soins esthétiques (coiffure, maquillage, rasage, crème, parfum).

Les repas sont accompagnés en fonction du degré d'autonomie.

Cette équipe a également pour mission d'assurer des activités de détente (bains, snoezelen, massage), loisirs (jeux de société, tricotage, lecture, DVD), de participation à la vie collective (mise de table, nettoyage de la salle à manger, des chambres, salle de douches et de bains), socio-éducatives (achat de vêtements ou autres, décoration des chambres) en collaboration avec les éducateurs spécialisés ou au sein de leur unité.

c) L'accompagnement socio-éducatif

Les activités socio-éducatives, pédagogiques et thérapeutiques sont planifiées et organisées de façon à ce que l'ensemble des résidents en bénéficient, et que l'ensemble des professionnels y participent.

Animés par des éducateurs spécialisés, les AMP, les Aides-soignants, les ateliers et activités proposés aux résidents sont adaptés à leurs ressources tant physiques que psychologiques, ainsi qu'à leurs déficits. Elles permettent aussi l'épanouissement de la personne en fonction de ses envies, ses attentes exprimées. Elles doivent, par la créativité des professionnels répondre à des objectifs de bien-être et de reconstitution.

Sur le plan de la structuration spatio-temporelle, l'environnement physique est rendu lisible et cohérent, grâce à des repères visuels concrets. L'espace est clairement délimité en plusieurs aires correspondant à des activités précises (ex : travail individuel, détente, activités libres, activités de groupe, repas...).

La mise en place d'activités régulières favorise l'inscription dans le temps. Une activité doit structurer, valoriser et avoir un sens pour le résident :

Les activités à caractère occupationnel cherchent avant tout à faire participer les résidents. Cette participation peut se faire par le geste mais aussi simplement par sa présence quand un résident, par impossibilité à avoir un geste volontaire, ou par inhibition, ne peut agir. Il lui est alors proposé d'assister à une action accomplie par l'équipe avec l'aide éventuelle d'autres résidents. Par des gestes très simples ou par le regard, l'odorat, il pourra alors s'approprier cette action (pâtisserie par exemple).

Les activités à vocation éducative et pédagogique permettent de travailler autour des apprentissages. Il s'agit de renforcer les capacités cognitives et l'autonomie. On peut citer par exemple « l'atelier cuisine », l'écriture, les jeux de société, l'informatique, la participation aux tâches collectives (linge, ménage, dressage de table...).

Les activités qui visent l'intégration sociale, les sorties en ville, les promenades, les restaurants, les magasins, la participation à des manifestations locales, l'organisation de vacances adaptées (accueil dans d'autres structures).

Les activités à caractère artistique et créatif dans lesquelles sera recherché l'épanouissement lié au plaisir de faire, de créer, de réaliser, de partager. Ces ateliers visent à favoriser l'expression de soi, à valoriser la personne, à travailler la reconnaissance de « l'autre ». Les activités musicales, de chorale, de théâtre, de contes, de marionnettes, de lecture à voix haute, de mosaïque, travaux manuels, de jardinage en sont des exemples.

⁴ AMP : Aide Médico Psychologique

Les activités en rapport au corps développent le bien-être, l'image de soi, l'effort physique, comme les randonnées, le sport, la danse, l'équithérapie, la piscine, les bains chromothérapeutiques, les soins esthétiques, la manucure, la pédicure, la coiffure, la relaxation (snoezelen, massages), les séances de psychomotricité. A noter que 2 intervenants extérieurs viennent pratiquer des massages relaxants.

Les activités à caractère d'animation ou festif sont destinées à mettre de la vie, de la convivialité dans les groupes, dans l'établissement ou à l'extérieur. Il s'agit par exemple de la « cafétéria », des fêtes traditionnelles comme Noël, la fête de la musique, la fête du printemps. Les familles sont systématiquement invitées à partager un goûter lors de ces fêtes. Ainsi ces temps de rencontres permettent aux familles d'échanger entre elles et/ou avec les professionnels, c'est aussi un moment où les résidents peuvent montrer leurs réalisations.

Les activités socio-éducatives et thérapeutiques, sont planifiées et organisées, sur un planning de 15 jours. Il est revisité tous les trimestres.

Les activités sont inscrites dans le projet personnalisé, un bilan est fait régulièrement.

1.3.3 L'accompagnement est personnalisé

Chaque personne accueillie à la MAS « Les Constellations » a des particularités liées à son histoire, à ses troubles, à ses déficiences...elle a ses propres besoins, ses propres envies.

C'est au travers des entretiens, de l'écoute, des observations, des relations au quotidien, entre le résident et les différents professionnels qu'émergent de nouvelles pistes à explorer, des nouveaux objectifs à se fixer.

C'est en tenant compte de tous les facteurs exposés ci-dessus que le projet personnalisé de la personne accueillie

Ce projet pour être « global » comporte plusieurs volets, des objectifs sont fixés dans chacun d'eux :

- projet de soins (somatique et psychiatrique),
- projet socio-éducatif (développement des capacités sur le plan éducatif, pédagogique, de la socialisation),
- projet de vie (accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, développement de l'autonomie, participation à la vie collective)

Chaque résident bénéficie de plusieurs référents : 1 éducateur, 1 infirmière, 1 professionnel de proximité (AMP ou AS), un référent de nuit, 1 cadre. Ils ont en charge de bâtir le projet personnalisé.

Sur le plan de la méthode, les professionnels initient et préparent (en collaboration avec la personne, la famille et l'ensemble de l'équipe) les réunions de synthèse de la personne dont ils sont référents. Ils rédigent et coordonnent la mise en œuvre du projet personnalisé déterminé en synthèse.

Au moins une fois par an, à partir de critères et d'indicateurs fixés pour chaque objectif, ils proposent l'évaluation en équipe des différentes actions menées avec ou pour le résident en s'appuyant sur les bilans de soins, thérapeutique, socio-éducatif et d'accompagnement au quotidien. Lors du retour de bilan du projet avec le résident et sa famille, ils explorent de nouvelles pistes de progrès ou d'orientation et rédigent un nouvel avenant au projet initial.

La démarche du projet personnalisé repose sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁵. Une procédure décrit les objectifs du projet personnalisé, ses modalités de mise en œuvre, les responsabilités de chacun.

Ces temps de travail et réunions se déroulent le mardi suivant un planning établi.

⁵ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008

1.3.4 La garantie des droits et participation des personnes accueillies sont effectives

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.

Concrètement, l'ensemble des outils de la loi de 2002 sont effectifs. Ils ont été transmis aux résidents, et à leurs familles et ont été expliqués par les professionnels (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrat de séjour). Ils sont disponibles informatiquement sur le réseau de la MAS et peuvent être consultés par tous les professionnels. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM sont également disponibles sur le système informatique. Néanmoins, les professionnels ne sont pas bien informés et des séances de formations seront aidantes pour bien assimiler toutes ses dispositions règlementaires.

La bientraitance est au cœur du projet de l'établissement, et le personnel est formé à la bientraitance et sensibilisé à la prévention de la violence et de la maltraitance (cursus de formation initiale et formation inscrite au Plan de formation). Les professionnels travaillent dans le respect du choix de la personne accueillie (choix vestimentaire, goûts alimentaires etc.) dans la limite du respect de sa sécurité et de la vie en collectivité.

Pour ce qui concerne la participation de la personne accueillie et/ou de son représentant légal, celle est recherchée et favorisée dès le dépôt de la candidature et les attentes de la personne sont consignées dans le dossier d'admission. Chaque personne accueillie dispose d'un dossier auquel elle a accès suivant la procédure en cours.

Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne selon les modalités de la loi (élection/ participants/nombre de réunion), il a été élu en décembre 2013 pour une durée de 3 ans. La présidence du bureau du CVS est tenue par un résident de la MAS es Constellations. Il est accompagné par une éducatrice pour préparer ces réunions auprès des autres personnes accueillies.

La nouvelle liste des personnes qualifiées a été transmise par courrier aux familles le 18 février 2016 et sont informées des voies de recours dont elles disposent.

Un recueil de la satisfaction des personnes accueillies et de leur famille a été organisé lors du travail d'évaluation interne.

1.3.5 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 places pour assurer la sécurité des personnes et des biens : procédures, protocoles médicaux, fiches d'instruction, DUERP⁶, DARI⁷, PRAP⁸, gestions des événements indésirables, veille sanitaire, contrôles des équipements de sécurité.

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

⁶ DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

⁷ DARI : Document d'analyse des risques infectieux

⁸ PRAP : Prévention des risques liée à l'activité physique

2. PRESENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'ÉVALUATION

2.1.1 Lancement de la démarche

La Direction a travaillé sur un référentiel validé par la Direction Générale. Dix domaines ont été identifiés, organisés en 42 critères et couvrant environ 120 questions.

L'équipe de Direction a alors travaillé sur un rétro planning afin d'identifier la meilleure organisation des groupes de travail afin de ne pas perturber l'organisation et les besoins des services.

Ces temps de réunions se sont faits sur les temps consacrés normalement aux réunions de fonctionnement.

Un document de travail a été écrit par la direction afin de présenter la démarche aux professionnels.

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

A l'issue de chaque réunion de présentation, un document a été remis à chaque professionnel afin qu'ils s'inscrivent dans les groupes de travail organisés par domaine.

2.2 LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES DIFFERENTS ACTEURS

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage

L'équipe de Direction qui a animé les groupes de travail, s'est réunie à chaque fin de domaine exploité pour préparer les documents de saisie sur le logiciel AGEVAL.

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

Des familles ont été invitées pour être associées aux réflexions notamment sur le domaine « ACCUEIL » et « RESPECT DES DROITS ».

Deux enquêtes de satisfactions ont été réalisées :

- La première en direction des personnes accueillies (elles ont été consultées par leurs référents de proximité)
- La seconde en direction des familles

2.2.3 Modalités d'association des professionnels

⇒ *Etape 1 – Phase d'information*

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

Le référentiel a été présenté lors de ces temps d'échanges, puis placé sur le réseau informatique interne à la MAS, consultable par tous les professionnels.

Une grille des différents domaines a été distribuée aux professionnels pour qu'ils s'inscrivent aux groupes de travail et choisissent les thèmes qu'ils souhaitent aborder.

Actions	Dates
✓ Information 1	14 avril 2015
✓ Information 2	17 avril 2015
✓ Information 3	29 avril 2015
✓ Information 4	30 avril 2015

⇒ Etape 2 – L'auto-évaluation : Du 5 mai au 24 juillet 2015

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

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

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 7 professionnels	1 parent	1 réunion 1 x 2 heures
Le respect des droits	1 animateur 10 professionnels	1 parent	3 réunions 3 x 2 heures
L'accompagnement	1 animateur 7 professionnels		4 réunions 4 x 2 heures
Les soins	1 animateur 9 professionnels		2 réunions 2 x 2 heures
Le cadre de vie	1 animateur 7 professionnels	1 parent	3 réunions 3 x 2 heures
La prévention et la gestion des risques	1 animateur 10 professionnels		2 réunions 2 x 2 heures
Les réseaux	1 animateur 6 professionnels		2 réunions 2 x 2 heures
Le management	1 animateur 1 professionnel		1 réunion 1 x 2 heures
Les outils de la loi 2002	1 animateur 1 professionnel		1 réunion 1 x 2 heures
TOTAL PARTICIPATION ET NOMBRE DE REUNIONS	4 animateurs 58 professionnels	1 parent	19 réunions 38 h de réunions

⇒ Etape 3 – Synthèse et analyse des résultats : d'août 2015 à Octobre 2015

⇒ Etape 4 – Elaboration du plan d'amélioration : de Décembre 2015 à Mars 2016

Ressaisie des documents de travail et du plan d'actions dans AGEVAL

⇒ Etape 5 – Suivi du plan d'amélioration et préparation de l'évaluation externe à compter de 2017

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 :
 - Vert : satisfait ou fait
 - Jaune : peu ou partiellement satisfait ou fait
 - Rouge : pas du tout satisfait ou fait
- Indicateur : l'énoncé d'un moyen ou élément précis attestant de la réalisation ou non de l'engagement, c'est une preuve.
- Propositions d'axes d'amélioration

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 : 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 3 : 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 4 : 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 5 : 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 6 : La prévention et la gestion des risques*
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des personnes
 - Des mesures sont mises en place pour assurer la sécurité des biens
 - Le Document Unique d'Evaluation des Risques est un outil au service de la démarche de prévention des risques de l'établissement
 - L'établissement a une procédure de gestion des événements indésirables

- *Domaine 7 : L'établissement s'inscrit dans les réseaux de son 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 8 : 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 9 : Le travail protégé*
 - *L'établissement et services d'aide par le travail travaille avec son environnement*

- *Domaine 10 : Les outils de la loi de 2002*
 - *Les outils existent et sont diffusés*

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. LES RESULTATS DE L'EVALUATION

3.1 ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

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	Oui
Points forts	
AC1 A : A l'externe de l'établissement, un panneau signalant l'accès à l'établissement est implanté au rond-point environnant. A l'interne de l'établissement, l'entrée est équipée d'une enseigne. La localisation des lieux est indiquée. AC1 B : L'établissement est construit de plain pied. Les locaux répondent aux normes en vigueur pour l'accessibilité. Les résidents se déplacent facilement à l'intérieur de la structure, ce qui contribue au maintien ou au développement de leur autonomie.	
Points faibles	
AC1 A : L'établissement n'est pas encore repérable par GPS ou sur les sites Internet d'itinéraire. Certains résidents ont des difficultés de repérage à l'intérieur de la structure. AC1 B : Les lieux de stationnement sont trop étroits. Lorsque les véhicules sont stationnés sur le parking ou devant l'accueil de l'établissement, les personnes à mobilité réduite rencontrent des difficultés pour entrer ou sortir des véhicules.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
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	Partiellement
Points forts	
Chaque unité dispose d'un Poste Travailleur Isolé (PTI) et la majorité des salles d'activité est équipée d'un poste téléphonique.	
Points faibles	
La plage horaire préconisée pour la réception d'appels extérieurs est trop restreinte. Le temps d'attente pour les émetteurs d'appels est parfois trop long. Les résidents demandent fréquemment si leurs proches ont tenté de les joindre.	

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

Points forts

AC 3 A : L'accueil des proches est individualisé en fonction du projet personnalisé des résidents. Certaines visites peuvent être médiatisées si cela s'avère nécessaire. AC 3 B : Le choix des résidents quant à la visite régulière de leurs proches est formalisée dans le dossier d'admission. Pour des visites occasionnelles de proches, le consentement du résident est recueilli dans l'immédiateté. AC 3 c : Un espace est dédié aux rencontres des familles. Ce salon des familles est situé à l'écart de la partie hébergement de l'établissement.

Points faibles

AC 3 A : La décision de médiatiser certaines rencontres est parfois mal perçue par les résidents. AC 3 B : Des rendez-vous prévus entre le résident et sa famille, ne sont pas portés à la connaissance des professionnels. Le recueil du consentement du résident ne peut être anticipé. Il en est de même lors de visites imprévues. Certains résidents ont des difficultés à se projeter ou se repérer dans le temps, leur consentement est alors recueilli au cas par cas. AC 3 C : Le salon des familles n'est pas très chaleureux, la communication et la convivialité n'y sont pas favorisées. Le patio n'est pas équipé.

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

Critère AC 4 - L'accueil est organisé et efficient

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC4 A L'accueil garantit un contrôle d'accès et prévient les intrusions	Oui
AC4 B L'accueil peut répondre à tout type de demandes (visiteurs, etc...) de façon à y répondre efficacement	Partiellement
AC4 C L'accueil est compétent pour faire le lien entre tous les intervenants et aussi dans l'urgence	Partiellement

Points forts

AC4 A : L'établissement est équipé d'un visiophone et d'un portail automatique, de caméras extérieures et d'un sas. La partie hébergement est fermée à clef. Les résidents y sont en sécurité. AC4 B : L'établissement est desservi par les transports en commun. L'accueil physique et téléphonique est assuré par le secrétariat pendant ses heures d'ouverture. Au-delà, les professionnels assure l'accueil téléphonique et l'accueil physique. Un livret d'accueil destiné aux stagiaires ou salariés temporaires est formalisé. Cette formalisation favorise la cohésion d'équipe et la sérénité des résidents. AC4 C : Le lien entre les intervenants est assuré via le logiciel SAM, emails, appels téléphoniques, échanges verbaux, boîtes aux lettres... Le lien est fait par le secrétariat, dans ses heures d'ouverture, au-delà, l'infirmerie, les personnels d'astreinte, les unités assurent la transmission et l'accueil, garantissant la cohérence dans l'accompagnement éducatif, administratif, médical des résidents.

Points faibles

AC4 A : La qualité du visiophone n'est pas toujours satisfaisante par temps de pluie. Des dysfonctionnements occasionnels du portails sont constatés. Un second véhicule peut s'introduire à la suite d'un premier sans en informer l'accueil.

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

L'accompagnement de la personne

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	
AP 1 A : Une procédure d'admission est écrite et appliquée. Le bien être de la personne est préservé. Il n'y a peu de retour en séjour psychiatrique.	
Points faibles	
AP A 1 : La réunion clinique consacrée à la présentation d'un futur résident à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas systématique.	
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	Partiellement
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	
AP 2 A : La personne est reçue par la directrice de l'établissement et son adjoint, et par le psychiatre. AP 2 B : Le dossier d'admission est relativement complet et apporte un bon nombre d'informations sur le futur résident, ses habitudes de vie, ses envies. AP 2 C : L'admission n'est possible qu'après concertation de tous les membres de la commission d'admission.	
Points faibles	
AP 2A : La visite de l'établissement est assurée par la Direction de l'établissement. AP 2 C : La commission d'admission est trop restreinte.	
Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

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

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

Points forts

AP 3 A : Un dossier d'admission est envoyé si la pathologie correspond au profil défini dans le projet d'établissement. La liste des demandes d'admission est informatisée et gérée par la direction. AP 3 B : Le dossier d'admission est transmis aux équipes dès que l'admission est prononcée . AP 3 C : Conformément à la réglementation, une réponse est apportée systématiquement et rapidement aux candidats. AP 3 D : un éducateur a été recruté spécialement pour l'accueil des personnes hébergées en temporaires

Points faibles

AP 3 B : Les professionnels ne prennent pas tous connaissance du dossier de l'usager. AP 3 D : Le processus d'admission est identique pour les accueils définitifs, les accueils temporaires et les accueils de jour.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP4 A Le site internet décrit les caractéristiques des prestations et du public accueilli	Partiellement
AP4 B Des conventions existent avec les structures d'amont pour faciliter les orientations	Partiellement

Points forts

AP 4 A : L'établissement est présenté sur le site internet de l'association. Les familles sont ainsi informées sur la structure. AP 4 B : Le partenariat avec le Groupe Hospitalier du Havre (GHH) est formalisé par une convention. Le renouvellement de ce partenariat a été signé en 2012. Des réunions d'information sur les caractéristiques de la prise en charge à la MAS Les Constellations sont organisées, notamment avec les assistantes sociales de l'hôpital psychiatrique du GHH, et des représentants de la MDPH, ce qui garantit, en cas de sollicitation, une adéquation entre les besoins des personnes et l'établissement.

Points faibles

AP 4 A : Le profil du public accueilli n'est pas suffisamment décrit sur le site de l'association. AP 4 B : Les réunions dédiées à la présentation de la structure et les caractéristiques de la prise en charge ne sont organisées que ponctuellement avec les autres établissements médico-sociaux.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
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	
AP 5 A : La Direction de l'établissement informe les familles et les oriente vers la MDPH pour l'instruction d'un dossier, garantissant l'adéquation entre les besoins de la personne et la demande d'orientation. AP 5 B : Dès que la demande de préadmission est validée, la Direction de l'établissement accompagne la personne et/ou sa famille dans l'instruction du dossier afin que l'accueil temporaire soit notifié par la MDPH.	
Points faibles	
AP 5 A : Il n' y a pas toujours de solution dans les autres établissements de l'association.	
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	Oui
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	
AP 6 A : Le dossier d'admission est constitué avec la famille et/ou l'ancien établissement d'accueil afin de recueillir le maximum d'éléments sur le parcours de vie, les habitudes de vie. Le dossier étayé permet de préparer au mieux l'accompagnement la personne accueillie et d'élaborer un projet de vie cohérent. AP 6 B : Le projet de vie est co-construit dans les six mois suivant l'admission et systématiquement avec la personne accueillie et/ou sa famille et/ou son représentant légal. L'évaluation du projet de vie est également réalisée avec la personne accueillie et/ou sa famille et/ou son représentant légal. Les orientations et l'évolution du projet de vie sont déterminées dans le respect des choix de la personne accueillie.	
Points faibles	
AP 6 A : Les familles des personnes accueillies en accueil de jour ne complètent pas toujours les items concernant les habitudes de vie de la personne dans le dossier d'admission. Le Projet personnalisé est informatisé mais non dans le logiciel SAM. AP 6 B : La communication des projets personnalisés en interne n'est pas suffisamment efficiente.	
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 7 - Le projet personnalisé est fonction des souhaits et des besoins de la personne et repose sur des objectifs partagés

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP7 A Les attentes de la personne/de la famille sont recueillies dès l'admission et tout au long de l'accompagnement	Oui
AP7 B Les besoins de la personne sont identifiés et évalués	Oui
AP7 C Il existe des objectifs clairement définis dans le projet personnalisé	Oui
AP7 D Les objectifs/moyens définis lors du projet personnalisé sont le résultat d'une co-construction entre la personne, la famille et l'équipe	Oui
Points forts	
<p>AP 7 A : Le dossier d'admission inclut les objectifs et les souhaits d'activités du futur résident et de sa famille. Le contrat de séjour précise la réalisation du projet personnalisé dans les six mois suivant l'admission et la révision dans les six mois suivants. Les entretiens formels et informels entre la famille et son référent viennent enrichir le projet personnalisé. AP 7 B : Les besoins du résident sont identifiés au travers des entretiens avec la personne elle-même et sa famille, du dossier d'admission, des réunions de synthèse, des réunions cliniques, et du projet personnalisé. AP 7 C : Trois objectifs sont clairement définis dans le projet personnalisé, consultable dans les fichiers informatiques. AP 7 D : Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les objectifs sont co-construits avec le résident, sa famille et/ou son représentant légal. En préalable, a lieu un entretien entre le résident, sa famille, un professionnel référent (Educateurs, Aide-soignant(e), Aide-Médico-Psychologique). Une réunion de synthèse pluridisciplinaire est organisée pour valider les objectifs et le suivi. La qualité de vie du résident est assurée et améliorée dans le temps.</p>	
Points faibles	
<p>AP 7 A : La procédure d'élaboration du projet personnalisé n'est pas réactualisée. AP 7 B : Les éléments fournis par les différents acteurs sont multiples, et non ciblés. AP 7 C : L'affichage des projets personnalisés dans les unités de vie n'est pas régulier. AP 7 D : Les temps de travail et de concertation entre les référents pour la rédaction du projet personnalisé ne sont pas suffisamment anticipés.</p>	
Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

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

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 oeuvre du projet personnalisé	Oui
AP8 C Les informations relatives à la mise en oeuvre du projet sont transmises et disponibles pour tous	Partiellement
AP8 D La coordination des différents intervenants est organisée et effective	Partiellement
Points forts	
<p>AP 8 A et C : Les projets personnalisés sont collectés sur le fichier informatique "commun". Un document d'émargement attestant de la consultation des projets personnalisés par les professionnels existe. AP 8 B : Cinq référents, représentant tous les différents types d'accompagnement (proximité, éducatif, infirmier, nuit, cadre), sont désignés pour assurer la référence du résident, pour assurer la cohérence des actions et favoriser l'épanouissement du résident. AP 8 D : La coordination des différents intervenants est organisée au travers du projet personnalisé, des transmissions orales et écrites sous le logiciel SAM, des réunions cliniques, et des réunions de synthèse.</p>	
Points faibles	
<p>AP 8 A et C : Malgré le fichier informatique spécifique, les projets personnalisés ne sont pas connus de tous les professionnels. AP 8 C : Les projets personnalisés sont informatisés mais non sur le logiciel SAM. Une procédure et une programmation des PP doivent être formalisées</p>	
Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	3

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 oeuvre 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	
A P 9 A : Les souhaits, les centres d'intérêt sont déclinés dans le dossier d'admission de la personne accueillie. Ces éléments déterminent les objectifs du projet personnalisé duquel découlent les activités proposées. Un planning général et trimestriel est établi. Des modifications sont apportées selon le résident. Un planning individuel peut être établi selon les particularités du résident. AP 9 B : L'expression des usagers est favorisée. Différentes instances sont mises en place, telles que le CVS, les groupes de parole, et des entretiens individuels. Le CVS contribue à la valorisation de l'usager.	
Points faibles	
AP 9 A : Les objectifs individuels poursuivis par les différentes activités ne sont pas répertoriés. AP 9 B : Les résidents n'ont pas clairement identifié les sujets à traiter selon les différentes instances.	

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	
AP 10 A : Le projet d'établissement est construit autour des besoins des personnes accueillies identifiés à l'ouverture de la structure. La révision de ce projet en 2016 prévoit un ajustement en fonction des évolutions et involutions du public accueilli. L'accompagnement mené par l'établissement est fondé à partir des besoins des résidents. Les outils tels que les réunions de fonctionnement, clinique, les transmissions, le projet personnalisé permettent également une adaptation permanente de l'accompagnement. AP 10 B : Le projet d'établissement définit les besoins en personnels : qualifications, formations, organisation et ratios. A ce titre, un ajustement s'est opéré à l'arrivée dans les nouveaux locaux pour répondre à l'augmentation de l'effectif des usagers. Les réunions de fonctionnement et le travail collectif autour de l'évaluation interne et l'évaluation externe concourent à l'évolution de l'établissement et de facto, de ses besoins. Tous les professionnels sont diplômés et sont amenés à participer tous les ans à des actions de formations organisées par la Direction.	
Points faibles	
AP 10 A : Les modifications ne sont pas rédigées au fur et à mesure. AP 10 B : Le circuit de communication manque parfois d'efficacité impactant sur la réactivité des professionnels dans la résolution de problème. Tous les professionnels n'ont pas connaissance des fiches de poste.	

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

Les soins

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP1 A L'organisation des soins peut être adaptée à un emploi du temps imprévu de la personne	Oui
SP1 B Le projet de soin favorise la mise en œuvre des autres projets de la personne	Partiellement
Points forts	
SP 1 A : Les traitements sont préparés à la semaine et conditionnés dans des piluliers. La présence permanente de personnels médicaux permet une adaptation optimale, générant moins d'anxiété pour le résident. SP 1 B : Le projet de soins est rédigé par les IDE et validé par les médecins généralistes. Un avis médical est requis pour la pratique des activités sportives. A l'apparition du moindre symptôme, l'équipe alerte immédiatement les infirmières qui en réfèrent aux médecins. Elles ajustent alors le projet de soins et le communiquent aux professionnels qui adaptent, en fonction, les activités du résident. Ces modifications et les différentes prescriptions font l'objet de transmissions sur le logiciel SAM.	
Points faibles	
SP 1 A : L'information de la sortie d'un résident détenue par les professionnels de proximité n'est pas toujours diffusée, notamment en direction du secrétariat, des IDE ou de l'éducateur référent. SP 2 : Les temps de travail commun entre les éducateurs référents et les infirmières ne sont pas encore planifiés.	

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP2 A Un programme personnalisé de soins est établi et réévalué chaque année pour chaque personne	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	
SP 2 A : Un projet de soins est élaboré pour toutes les personnes accueillies en hébergement. Pour chaque résident, une visite annuelle avec le médecin généraliste est organisée par les infirmières. A l'issue, le projet de soins est révisé. De plus, des consultations de spécialistes sont organisées et planifiées dès que cela s'avère nécessaire. Trois médecins sont présents sur la structure à raison de cinq fois la semaine. Ils rédigent régulièrement des comptes rendus, et des transmissions sont inscrites dans le logiciel SAM. SP 2 B : Le temps de présence des médecins généralistes au sein de la structure permet la réalisation d'examen cliniques réguliers pour chacun des résidents en plus des consultations de spécialistes organisées et planifiées. Ces examens limitent les accidents de santé. Des résidents appréhendent certaines consultations de spécialiste telles que la gynécologie, les soins dentaires, les imageries..., les rendez-vous sont alors préparés en amont avec les référents. L'accompagnement préparé garantit un meilleur déroulement de la consultation. SP 2 C : Des suivis quotidiens sont assurés par les professionnels de proximité, aides-soignants et aides-médecins-psychothérapeutes. Un classeur répertoriant l'état cutané, la présence ou l'absence de selles,... est tenu à jour quotidiennement, permet un suivi des personnes accueillies en hébergement. Une pesée mensuelle des résidents est effectuée par les infirmières. Lorsqu'un traitement entraîne un suivi spécifique, celui-ci est programmé dès la prescription.	
Points faibles	
SP 2 A : Il n'y a pas de projet de soins pour les personnes accueillies en accueil de Jour. Les familles sollicitent quelque fois de l'aide. L'établissement n'a pas toujours de lisibilité sur le suivi médical de ces usagers. SP 2 B : Malgré l'accompagnement spécifique que mènent les professionnels, certaines consultations de spécialistes restent anxiogènes pour les résidents. SP 2 C : De par leur degré d'autonomie, le suivi des selles est moins régulier pour certains résidents.	

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	Non
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
SP3 G L'accompagnement en soins est assuré 24h/24H	Oui
SP3 H L'établissement dispose d'un matériel adapté aux soins techniques complexes	Oui

Points forts

SP 3 A : La présence permanente de personnels médicaux, IDE, aides-soignantes permet une adaptation optimale, générant moins d'angoisses pour le résident. Deux médecins généralistes sont présents sur la structure à raison de quatre fois la semaine. Le psychiatre quant à lui, est présent une journée par semaine. Ils adaptent les prescriptions dès que cela s'avère nécessaire. En cas de congés de l'un d'entre eux, les prescriptions sont anticipées. SP 3 B : Tous les professionnels sont qualifiés : IDE, AS, AMP (voir dossier RH des salariés) . Des formations complémentaires sont dispensées autour de thèmes tels que le handicap psychique, l'accompagnement à la fin de vie, les soins palliatifs, la prise en charge de la violence. SP 3 C : Les protocoles relatifs au circuit du médicament sont rédigés et diffusés auprès des professionnels. SP 3 E : Des temps de transmissions se tiennent quotidiennement. Ils sont inscrits dans l'organisation de l'établissement.. SP 3 F : Les données de transmissions et le dossier médical sont informatisés sur le logiciel SAM, et ce dans le respect de la confidentialité. Le Projet personnalisé d'accompagnement et le projet de soin sont également informatisés. De plus, un exemplaire papier de chaque dossier est conservé, dans l'infirmerie pour la partie médicale, et au secrétariat pour les autres éléments. SP 3 G : La présence permanente de personnels médicaux, IDE, aides-soignantes permet d'assurer en continu les soins et la surveillance inhérente. SP 3 H : En raison de son profil, le public accueilli requière peu de techniques de soins. Les problèmes de mobilité sont minimes. En revanche pour répondre aux soins somatiques, les professionnels médicaux sont équipés de matériel pour lequel les achats se font à mesure des besoins. En prévention, quatre chambres sont médicalisées. Lorsque que les soins se révèlent plus importants, les professionnels font appel au groupe hospitalier ou autres spécialistes. A ce titre, une convention avec la HAD, le service de soins palliatifs et le Groupe hospitalier du Havre ont été signées. L'accompagnement et le confort des personnes accueillies est adapté et personnalisé.

Points faibles

SP 3 A : Lors d'un jour férié ou de congés des médecins, se pose la question du relais sans sollicitation du SAMU. SP 3 B : Les expériences et les connaissances ne sont pas suffisamment partagées avec les autres établissements confrontés à des problématiques semblables. Les soins d'urgence sont redoutés par les professionnels, hors corps médical. SP 3 D : La déclaration d'évènement indésirable est peu inscrite dans les pratiques professionnelles. SP 3 F : La procédure d'accès au dossier médical en direction des professionnels n'est pas formalisé. SP 3 G : Les directives ne sont pas intégrées au dossier médical et pas toujours anticipées.

Nombre de "Oui"	6
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	1
Nombre de "Non applicable"	0

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

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

Points forts

SP 4 A : La prise en compte du handicap psychique est intégrée de fait dans le projet d'établissement et le projet personnalisé des personnes accueillies car la MAS Las Constellations reste un établissement spécifique à cet accompagnement. SP 4 B : Les professionnels sont tous, de par leur formation initiale, sensibilisés au handicap psychique. De plus, la motivation des professionnels quant à accompagner ce public spécifique est un critère de recrutement. SP 4 C : La coordination autour de cet accompagnement spécifique est formalisée. En plus d'une référence éducative, une infirmière et une aide soignante assurent la référence médicale de chaque usager, ce qui garanti un suivi régulier et une bonne coordination des actions. SP 4 D : Les troubles du comportement ne sont pas synonymes de handicap psychique. Néanmoins, il se peut que certains usagers, en plus du handicap psychique, présentent des troubles du comportement. Une analyse des "situations problèmes" est faite lors des réunions cliniques en présence de la psychologue et du médecin psychiatre de l'établissement. Renforcé par les réunions de synthèse, ce dispositif permet une cohérence dans la prise en charge des résidents et d'assurer une prévention optimale. SP 4 E : Tous les professionnels sont formés et qualifiés. Puis, de leur connaissance du public, de leur observation et leur écoute active qu'il dispensent auprès des résidents, les professionnels sont à même de repérer les signes de souffrance psychique chez l'un des résidents. Le suivi des situations à problèmes, les protocoles individualisés, les réunions cliniques, des réunions de synthèse permettent progressivement d'anticiper ces signes de souffrance.

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

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	Oui
CDV1 B Les locaux favorisent la circulation et l'accès à tous les lieux de l'établissement	Oui
CDV1 C Il existe une signalétique interne adaptée aux personnes accueillies	Partiellement

Points forts

CDV 1 A : L'établissement est construit de plain pied. Les locaux répondent aux normes en vigueur pour l'accessibilité. CDV 1 B : Les résidents se déplacent facilement à l'intérieur de la structure, ce qui contribue au maintien ou au développement de leur autonomie. CDV 1 C : A l'intérieur de l'établissement, l'entrée est équipée d'une enseigne. La fonction de chaque local est identifiable par une signalétique disposée à chaque porte (ex : cuisine, médecins, psychiatre...).

Points faibles

CDV 1 A : De par leur pathologie, certains résidents ont des difficultés de repérage à l'intérieur de la structure. CDV 1 C : La signalétique est un support écrit. La compréhension en reste difficile pour les usagers qui n'ont pas acquis les rudiments de la lecture.

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 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
CDV2 C L'établissement respecte la réglementation en vigueur en matière de sécurité	Oui

Points forts

CDV 2 A : Les locaux sont fermés, et équipés : les sols sont antidérapants dans les salles de bain, les fenêtres sont dressées avec des entre-baillleurs, l'allumage des éclairages est automatique. Les accès au patio sont libres et sécurisés. Les résidents circulent sans risque. Au sein de l'établissement. A ce jour, aucune fugue n'est à déplorer. Les résidents sont en sécurité au sein de l'établissement, la convivialité est encouragée.

CDV 2 B : Peu lourd et stable, le mobilier est adapté au public accueilli. La disposition des meubles choisie est adaptée à la spécificité du public, ex les bureaux dans les chambres sont fixés. Aucun

incident n'a encore été constaté. Les résidents peuvent manipuler le mobilier sans danger. Son utilisation est simple. L'autonomie des résidents est préservée.

CDV 2 C : Les locaux respectent les normes de sécurité en vigueur. Conformément à la réglementation, des exercices d'évacuation en cas d'incendie sont régulièrement réalisés.

Points faibles

CDV 2 A : Pour certains résidents, les salles de douches ne sont pas toujours adaptées CDV 2 B : Certains lieux ne sont pas abrités du soleil. Il manque des chaises avec accoudoirs dans les unités de vie.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CVD3 A Les chambres et les espaces de vie, de détente sont confortables et chaleureux	Oui
CDV3 B La personne est libre d'aménager sa chambre à sa guise	Oui
CDV3 C Les personnes peuvent participer à l'aménagement des lieux de vie collectifs	Partiellement

Points forts

CDV 3 A : Les chambres sont colorées. Elles sont aménagées de lits de 120 cm pour chaque résident. Le mobilier est intégré et harmonisé. Les vues sur l'extérieur sont agréables. Les locaux sont équipés de bornes wifi qui permettent un accès multimédia. Le factotum reste à l'écoute des résidents et répond à leurs demandes. Les résidents verbalisent leur bien-être et leur confort. CDV 3 B : Les résidents effectuent des achats de mobilier, d'équipement et d'objets de décoration accompagnés des professionnels. Le choix et la mise en place de ces éléments se font dans le cadre du projet de vie du résident. L'aménagement de leur espace privatif est donc personnalisé. CDV 3 C : Des activités sont mises en place pour réaliser des décorations en lien avec des thèmes spécifiques tels Noël, Pâque... ce qui aide les personnes accueillies à se repérer dans le déroulement de l'année, dans le respect des traditions. Les créations des personnes accueillies sont exposées dans les lieux collectifs. Les usagers contribuent selon leur potentiel, à l'amélioration de leur cadre de vie. Leurs savoirs faire sont ainsi valorisés.

Points faibles

CDV 3 C : Les activités destinées à la décoration et la valorisation de l'habitat devront être diversifiées.

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,...)	Partiellement
CDV4 B Les professionnels sont sensibilisés au respect de l'intimité des personnes	Oui
Points forts	
CDV 4 A : Un film opaque a été posé sur certaines portes et sur les vitres extérieures pour préserver l'intimité des personnes accueillies. Dans les espaces privatifs, l'usager choisit l'élément qu'il souhaite apposer sur sa porte. Chaque résident dispose de sa clef de chambre. Le salon des familles permet la confidentialité des échanges. CDV 4 B : Les professionnels connaissent les projets personnalisés et sont sensibilisés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles "qualité de vie en MAS et FAM" et les appliquent. L'intimité des usagers est respectée. Les professionnels accèdent aux chambres qu'avec l'accord des usagers, sauf cas particuliers.	
Points faibles	
CDV 4 A : Le respect de l'intimité est plus fragile pour les usagers disposant d'une chambre double. Les professionnels sensibilisent les usagers concernés.	

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

Critère CDV 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	
CDV 5 A : L'établissement est réparti en quatre unités de onze résidents et dispose d'une cafétéria, de patios, de terrasses, de jardins et d'un salon destiné à l'accueil des familles. Cette configuration est propice à la convivialité et créatrice d'une ambiance familiale. Les personnes accueillies trouvent une sérénité et s'engagent dans cette ambiance. CDV 5 B : Les locaux sont spacieux et aménagés d'un mobilier adapté à la vie en collectivité et aux difficultés rencontrées par le public accueilli. Les espaces sont lumineux et faciles d'accès et, de ce fait, investis par les résidents. CDV 5 C : Le service du déjeuner est échelonné. Il se déroule sur deux espaces repérés, la salle Andromède et le self. Des repas thématiques sont organisés régulièrement. Le petit déjeuner et le dîner sont servis dans les quatre unités de vie. Sur ces temps, les résidents sont plus apaisés.	
Points faibles	
CDV 5 B : Le manque d'une aire destinée aux jeux extérieurs est énoncé par des résidents. CDV 5 C : En raison des plafonds trop hauts, la cafétéria est bruyante. Bien que le mobilier soit adapté, le déplacement des chaises s'effectue bruyamment. Le temps d'attente pour la prise du déjeuner et le service du café est trop long et provoque du stress chez les résidents. Certains d'entre eux mangent très (ou trop) rapidement car les professionnels ont des difficultés à réguler le rythme du repas. L'organisation du petit déjeuner et du dîner annihile ces effets.	

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	Partiellement
CDV6 C L'établissement met en oeuvre une organisation pour l'hygiène des locaux	Oui
CDV6 D L'établissement organise le traitement du linge dans le respect de l'intimité des personnes	Oui
CVD6 E L'établissement organise une prestation de transport adaptée aux personnes	Partiellement

Points forts

CDV 6 A : L'établissement respecte les normes d'hygiène en vigueur. Un contrat de prestation est signé avec l'entreprise Sherpas pour la gestion de la cuisine. Le matériel de restauration est adapté au fonctionnement de l'établissement et au public accueilli. CDV 6 B : Les régimes prescrits médicalement sont respectés et adaptés aux besoins des personnes. Les goûts ou les aversions des usagers sont également respectés. Les menus proposés par le prestataire Sherpas sont établis en collaboration avec une nutritionniste. Une commission repas a été mise en place au sein de la structure et un support informatique accessible à tous permet de collecter tous les commentaires ou dysfonctionnements constatés. CDV 6 C : Le personnel d'entretien est réparti sur une amplitude horaire de treize heures par jour sur les jours ouvrés et de neuf heures sur les weekends. Des travailleurs d'ESAT formés à l'entretien des locaux et une maîtresse de maison viennent renforcer l'équipe des agents de service de l'établissement. Les produits, les matériels et l'organisation permettent de répondre efficacement aux besoins de la structure. Pour garantir la traçabilité, des feuilles d'émargement et des fiches de sécurité pour les produits d'entretien ont été mises place. Les unités de vie sont équipées d'un office dans lequel les professionnels de proximité gère l'entretien de la vaisselle du petit déjeuner et du goûter, ainsi que les carafes et les verres du soir. Les résidents sont sollicités ou bien demandent à participer à des tâches ménagères. Leur contribution permet de maintenir leur autonomie ou leurs acquis, d'être acteur au sein de leur lieu de vie et de valoriser leurs savoirs faire. CDV 6 D : Les professionnels disposent de carolines de différentes couleurs afin de trier le linge selon le type. La lingerie et la laverie sont conformes aux normes d'hygiène. Le circuit linge propre et linge sale est adapté. Par le fonctionnement, les résidents ont toujours du linge propre et repassé à leur disposition, ce qui contribue à valoriser leur image et leur estime de soi. CDV 6 E : Le parc automobile est constitué de 3 véhicules 9 places et deux véhicules légers sur un parking fermé et sécurisé. Plusieurs groupes de résidents peuvent alors sortir simultanément. Des accompagnements individuels peuvent être proposés. L'utilisation des transports en commun est possible à proximité de l'établissement. Les actions mises en place favorisent la socialisation, l'épanouissement et l'exercice de la citoyenneté des résidents. Un service de taxis assure le transport des usagers de l'accueil de jour, le matin et le soir.

Points faibles

CDV 6 B : L'équilibre alimentaire est combiné à la semaine et non journallement. CDV 6 C : Les professionnels consacrent du temps à l'entretien de la vaisselle le matin, l'après-midi et le soir. CDV 6 D : Les professionnels manquent de vigilance quant au tri du linge. CDV 6 E : Dépourvus d'équipement spécifique, les véhicules sont inadaptés pour les personnes à mobilité réduite.

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

Les droits de la personne

Le respect des droits de la personne

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>RDP 1 A : L'ensemble des professionnels est diplômé. Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 sont connues des professionnels notamment par leur cursus de formation. Le projet d'établissement est diffusé et présenté auprès de chaque salarié dès son arrivée dans l'établissement. Les projets personnalisés sont élaborés et réalisés avec les équipes référentes des usagers. Les outils de la loi 2002 sont mis en place. Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil sont distribués. Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ont été expliqués individuellement aux usagers. La charte des droits et des personnes est affichée dans le hall d'accueil de l'établissement. Les projets personnalisés sont archivés informatiquement et dans le dossier de l'utilisateur. RDP 1 B : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont à la disposition des professionnels sur fichier informatique. Plusieurs informations sur ces recommandations ont été dispensées auprès des salariés. Les différents outils mis en place permettent d'identifier certains droits de la personne accueillie.</p>	
Points faibles	
<p>RDP 1 A : Les résidents ne sont pas suffisamment informés sur leurs droits. La veille informationnelle n'est pas régulière. RDP 1 B : Depuis la création de l'établissement, il n'y a pas eu de formation sur les droits des usagers, exceptée "la vie affective de la personne handicapée en institution"</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	Partiellement
Points forts	
<p>RDP 2 A : La bientraitance est le fil conducteur du projet d'établissement, tous les professionnels ont été formés à son contenu. De par leur cursus de formation, tous les professionnels ont été également formés à la bientraitance. Des formations sur la violence sont organisées tous les ans afin que l'ensemble des salariés soit formé. L'équipe de Direction coordonne différentes réunions : quotidiennes et hebdomadaires de supervision, de synthèse et clinique. L'équipe multidisciplinaire participe à ces dernières. De plus, des réunions de fonctionnement sont organisées par unités de vie. Chaque réunion est planifiée. Un dossier de gestion et prévention des comportements à problème est créé et renseigné pour les résidents concernés. Une fiche "comportement problème" a été mise en place sur laquelle est relaté l'évènement violent, le contexte..., ce qui permet d'analyser la situation et d'apporter des réponses aux professionnels. Les comptes rendus et le planning par unité, catégorie professionnelle et thématiques sont tracés pour les différentes réunions. RDP 2 C : Les représentants familiaux sont systématiquement informés des dispositifs mis en place pour la prévention de la violence et de la maltraitance.</p>	
Points faibles	
<p>Les actions et les outils relatifs à la bientraitance et la gestion des conflits sont à développer. La fiche d'évènement indésirable reste à mettre en œuvre. RDP 2 B : Il n'y a pas de référent bientraitance désigné au sein de l'établissement. RDP 2 C : Les représentants institutionnels ne sont pas systématiquement informés des dispositifs mis en place pour la prévention de la violence et de la maltraitance.</p>	

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP3 A La participation de la personne et/ou de sa famille est recherchée dès la candidature	Oui
RDP3 B Les attentes de la personne et/sa famille sont demandées dès le dépôt de candidature	Oui
RDP3 C La participation de la personne accueillie et sa famille est organisée	Oui

Points forts

RDP 3 A : La Direction de l'établissement reçoit la demande d'admission de chaque usager et étudie les dossiers. L'accueil de l'usager et de son représentant légal est organisé pour une visite de l'établissement et un partage d'informations. Des propositions d'accueil sont alors faites à l'usager. Après accord administratif, une période d'accueil temporaire est organisée. Cette modalité d'accueil permet l'évaluation de l'usager, mais également une phase préparatoire pour l'usager dans le cas où un accueil définitif est envisagé. Ces actions sont menées et organisées en coordination avec les familles et/ou représentant légaux afin d'établir conjointement un planning pour les périodes d'accueil. L'usager est associé systématiquement, et ce, dès le début de la démarche. Il signe son contrat de séjour. La programmation anticipée de son arrivée à l'issue de la visite de l'établissement permet à l'usager de se familiariser plus rapidement avec les lieux et les personnes. RDP 3 B : Le dossier d'admission est constitué avec la famille et/ou l'ancien établissement d'accueil afin de recueillir le maximum d'éléments sur le parcours de vie, les habitudes de vie, les besoins et les attentes de l'usager. Ainsi, la collaboration avec la famille et le dossier étayé permettent de préparer au mieux l'accompagnement la personne accueillie, dès le début de la démarche. Les différents éléments sont transmis dès l'énoncée de l'admission aux professionnels, ce qui optimise la qualité de l'accueil réservé au nouvel usager de l'établissement.

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 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

RDP 4 A : Le conseil à la vie sociale fonctionne selon les modalités de la loi. Les élections du CVS ont été organisées en 2013. Les membres ont été élus pour trois ans. Le règlement intérieur de l'instance définit l'organisation et en précise ses missions. Les documents inhérents tels que le règlement intérieur, la liste des membres sont répertoriés au secrétariat. Les comptes rendus sont rédigés et mis à disposition, également au secrétariat et porté à l'affichage des salariés et usagers. Conformément à la loi, la présidence du CVS est assurée par un résident. RDP 4 B : L'expression des usagers est favorisée. Différentes instances sont mises en place, telles que le CVS, les groupes de parole, des réunions de fonctionnement et des entretiens individuels. Le CVS contribue à la valorisation de l'usager. En effet, les représentants sont fiers de leur rôle et s'impliquent dans cette mission. Avant chaque réunion et accompagnés des professionnels, les représentants des usagers collectent les éventuelles questions et demandes de leurs pairs. Les ordres du jour et les comptes rendus répertorient ces questions et ces demandes. Les groupes de parole permettent de communiquer avant les réunions mais également de faire un compte rendu oral auprès des autres usagers. Une commission repas a été mise en place au sein de la structure et un support informatique accessible à tous permet de collecter tous les commentaires ou dysfonctionnements constatés. RDP 4 C : Les résidents sont sollicités ou bien demandent à participer à des tâches ménagères. Ils contribuent à l'entretien des patios, ce qui permet de maintenir leur autonomie ou leurs acquis, d'être acteur au sein de leur lieu de vie et de valoriser leurs savoirs faire. Les résidents participent également aux achats de l'établissement liés aux activités quotidiennes. Lors de l'intégration des nouveaux locaux de l'établissement, les résidents ont participé activement à la démarche, via des visites régulières du chantier, ils ont émis le choix de s'installer dans telle unité de vie, et selon leur autonomie, empaqueté leurs affaires. La participation des résidents aux activités du quotidien est organisée, affichée et leur est expliquée.

Points faibles

RDP 4 B : De par les difficultés du public accueilli, les missions et objectifs des différentes groupes d'expression ne sont pas compris ou identifiés par l'ensemble des usagers.

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

RDP 5 A : Le dossier d'admission, le contrat de séjour, le livret d'accueil et le projet personnalisé incluent les objectifs, les choix et les droits du futur résident et de sa famille. La personne accueillie dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre de son admission dans l'établissement. Le consentement éclairé de la personne est recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement dispensé par l'établissement. Les professionnels veillent à sa compréhension. Les entretiens formels et informels entre la famille et son référent, les groupes de parole sont, pour l'usager, des moyens d'exprimer librement ses choix. Ceux-ci sont connus des professionnels au travers du dossier d'admission, des réunions de synthèse, des réunions cliniques, et du projet personnalisé pour lequel, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les objectifs sont co-construits avec le résident, sa famille et/ou son représentant légal. La personne accueillie exprime ses choix sur les activités, les vacances adaptées... Les professionnels, en cohérence avec le projet personnalisé de la personne et le cadre de l'accompagnement y répondent favorablement. L'accompagnement proposé au sein de la structure favorise le maintien des liens familiaux et tend à éviter la séparation des familles ou des fratries, dans le respect des souhaits de la personne. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée. Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant l'accompagnement de l'usager, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté. Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, l'établissement garantit à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Le choix des résidents quant à la visite régulière de leurs proches est formalisé dans le dossier d'admission. Pour des visites occasionnelles de proches, le consentement du résident est recueilli dans l'immédiateté. L'établissement facilite aux usagers l'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles et prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice. Les conditions de la pratique religieuse sont facilitées. Les personnels et les personnes accueillies s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement. L'établissement garanti le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne accueillie. Hors la nécessité objective de la réalisation de l'accompagnement, le droit à l'intimité est préservé. RDP 5 B : La personne accueillie dans l'établissement peut à tout moment renoncer aux prestations dont elle bénéficie par écrit ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues et ce, en concertation avec son représentant légal. Cette renonciation fait l'objet d'une réflexion en équipe afin d'objectiver au mieux les réponses apportées à la personne accueillie. L'établissement ne doit en revanche pas laisser une personne sans solution. C'est pourquoi, des solutions d'accueil sont recherchées en amont vers d'autres structures si nécessaires.

Points faibles

Bien que les documents de la loi 2002 soit remis et expliqués, Certains usagers, de par les difficultés qu'ils rencontrent, n'ont pas suffisamment connaissance de leur droits. Ils sont, de ce fait accompagnés de leur représentant légaux.

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

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

Éléments d'appréciation		Réponses aux EA
RDP6 A La personne est informée de son droit d'accès à son dossier		Oui
RDP6 B Il existe un protocole d'accès au dossier de la personne		Oui
Points forts		
RDP 6 A : La personne est informée de son droit d'accès à son dossier. Ce droit est précisé dans le règlement de fonctionnement. Tous les documents relatifs à la loi du 2 janvier 2002 sont remis à l'usager dès son 'admission. RDP 6 B : Il existe un protocole d'accès au dossier par l'usager ou représentant légal.		
Points faibles		
RDPA 6 : Les modalités d'accès au dossier de la personne par les professionnels ne sont pas formalisées.		
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 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		
Il existe au sein de l'établissement différents modes qui permettent de recueillir la satisfaction de l'usager : les entretiens collectifs et individuels, le CVS, la commission cuisine... Un recueil de satisfaction a été organisé auprès des personnes accueillies et des familles pour sonder leurs regards sur la qualité de l'accompagnement dans l'institution.		
Points faibles		
Il faudrait mettre en place un recueil en continu des satisfactions et insatisfactions des personnes accueillies et de leurs familles.		
Nombre de "Oui"	1	
Nombre de "En grande partie"	0	
Nombre de "Partiellement"	0	
Nombre de "Non"	0	
Nombre de "Non applicable"	0	

Critère RDP 8 - Le respect de la décision et du choix de la personne est effectif

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP8 A Les professionnels respectent le choix de la personne en veillant à la sécurité, au collectif	Oui
RDP8 B Le droit à la renonciation est effectif	Oui

Points forts

RDP 8 A : Le dossier d'admission, le contrat de séjour, le projet personnalisé incluent les objectifs, les choix et les droits du futur résident et de sa famille. La dimension du collectif et de la sécurité font partie intégrante du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement. Le projet personnalisé est élaboré dans le respect de ces outils. RDP 8 B : La personne accueillie dans l'établissement peut à tout moment renoncer aux prestations dont elle bénéficie par écrit ou en demandant le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues et ce, en concertation avec son représentant légal. L'établissement ne doit en revanche pas laisser une personne sans solution. C'est pourquoi, des solutions d'accueil sont recherchées en amont vers d'autres structures.

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

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 DIPIC précise les prestations personnalisées	Oui
OU1 E L'avenant est élaboré à la révision annuelle du projet personnalisé	Oui
OU1 F Les coordonnées de la personne qualifiée pour tout recours sont connues des personnes	Oui
OU1 G Le règlement de fonctionnement est remis à toute nouvelle personne admise	Oui
OU1 H L'affichage des outils de la loi de 2002 prévu par la loi est effectif	Oui

Points forts

OU1 A : Le livret d'accueil est remis lors de l'entretien d'admission pour les usagers. Un accompagnement individuel pour aider les personnes accueillies à la compréhension du document a été dispensé. La directrice de l'établissement remet également le document aux professionnels nouvellement embauchés et stagiaires. OU1 C : Le contrat de séjour est établi dans le mois suivant l'admission. Il est signé par le représentant légal, famille ou mandataire de justice, en présence de la personne accueillie et par la directrice de l'établissement. OU1 D : Le contrat de séjour précise les prestations proposées par l'établissement. Le projet personnalisé est annexé au contrat de séjour. OU1 E : Un contrat de séjour est établi de nouveau au renouvellement de la notification MDPH. Le projet personnalisé d'accompagnement constitue un avenant au contrat de séjour. OU1 F : Conformément à la législation chaque 'arrêté préfectoral "portant nomination des personnes qualifiées prévues à l'article L 311-5 du CASF" est remis systématiquement aux personnes accueillies et/ou leur représentant légal et/ou leur famille. OU1 G : Le règlement de fonctionnement est remis lors de l'entretien d'admission pour les usagers. La directrice de l'établissement remet également le document aux professionnels nouvellement embauchés et stagiaires. OU1 H : L'établissement répond à la législation en vigueur quant à l'élaboration et la diffusion des outils de la loi du 2 janvier 2002.

Points faibles

Pour tous les documents relatifs à la loi du 2 janvier 2002 : Les professionnels assurent la lecture et l'explication des documents et des outils auprès des résidents, mais aux vues du public accueilli et de ses difficultés, certaines personnes demeurent dans l'incompréhension. OU1 D / Les accueils de jour font l'objet d'un contrat de séjour.

Nombre de "Oui"	8
Nombre de "En grande partie"	0

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

La gestion des ressources

Le management

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
MA1 A Une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est élaborée	Oui
MA1 B Des dispositions sont prévues pour assurer l'accompagnement en cas d'effectif insuffisant	Oui
MA1 C Le recrutement du personnel se fait à travers une démarche formalisée	Partiellement
MA1 D Les fiches de poste sont élaborées et déterminent les missions et responsabilités de chacun	Oui
MA1 E L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre, au moyen d'entretiens de progrès	Oui
MA1 F Les besoins en formations du personnel sont évalués périodiquement	Oui
MA1 G Un organigramme cohérent est établi au niveau de l'établissement/service et Association	Oui

Points forts

MA 1 A : La GPEC est élaborée et mise en place au niveau associatif. Pour autant, au sein de l'établissement l'analyse des compétences et la mobilité interne sont effectives. MA 1 B : En cas d'effectif insuffisant, l'établissement recrute des personnes en contrat à durée déterminée pour effectuer les remplacements. Ces personnes sont, pour la majorité, des personnes diplômées en recherche d'emploi. L'embauche de nombreux contrats d'avenir ont permis une diminution des CDD. En dernier recours, des changements de planning sont effectués, selon les délais de prévenance réglementaires. MA 1 C : Les recrutements de personnel sont effectués par la Directrice de l'établissement. MA 1 D : Les fiches de postes sont rédigées et remises aux salariés dès leur embauche. MA 1 E : Conformément à la législation en vigueur, les entretiens de développement et de progrès sont organisés tous les ans. MA 1 F : Les besoins en formation sont évalués dans le cadre de l'entretien de développement. Les demandes de formations des salariés sont centralisées par le service des ressources humaines de l'association. MA 1 G : Il existe un organigramme de l'association.

Points faibles

MA 1 C : La procédure de recrutement n'est pas formalisée.

Nombre de "Oui"	6
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

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

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

Points forts

MA 2 A : Les valeurs et les missions de l'Association sont en effet déclinées dans le projet d'établissement. Le document est remis à chaque salarié son arrivée dans l'établissement. MA 2 B : Les différentes politiques sont déclinées en cohérence avec le projet stratégique Horizon 2020. MA 2 C : La mise en oeuvre des orientations du projet d'établissement fait l'objet d'un suivi. Le projet est construit autour des besoins des personnes accueillies identifiés à l'ouverture de la structure. La révision de ce projet en 2016 prévoit une nouvelle adaptation aux évolutions et involutions du public accueilli. Le projet d'établissement définit les besoins en personnels : qualifications, formations, organisation et ratios. A ce titre, un ajustement s'est opéré à l'arrivée dans les nouveaux locaux pour répondre à l'augmentation de l'effectif des usagers. Les réunions de fonctionnement et le travail collectif autour de l'évaluation interne et l'évaluation externe concourent à l'évolution de l'établissement et de facto, de ses besoins.

Points faibles

MA 2 C : Malgré un suivi régulier du projet d'établissement, les modifications n'y sont pas rédigées au fur et à mesure.

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

Le réseau, 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	Partiellement
RT1 C Une banque de données, de l'ensemble du réseau, actualisée est accessible aux salariés	Non

Points forts

RT 1 A : Le partenariat est formalisé. Plusieurs conventions ont été signées notamment avec la HAD, le GHH, l'équipe de soins palliatifs, pour garantir la continuité des soins des personnes accueillies. RT 1 B : D'autres partenariats sont établis en vue de mutualiser les ressources et les connaissances : IFEN, club de full contact, de tennis de saint Romain, d'aviron, équestre, et "culture du c%ur". Des contacts et des relations sociales sont tissés. Les personnes accueillies ont ainsi accès à la citoyenneté commune.

Points faibles

RT 1 A : Des partenariats restent à formaliser, notamment avec le HPE. RT 1 B : Un projet de partenariat avec la banque alimentaire est en cours. RT 1 C : L'établissement ne dispose pas de banque de données commune à l'ensemble des salariés. Chaque corps de métier a créé ses contacts. Il serait profitable pour tous de créer une base de données unique par thème

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RT2 A L'établissement/service travaille régulièrement avec des bénévoles	Partiellement
RT2 B L'accueil des bénévoles est organisé et formalisé	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

RT 2 A : L'établissement souhaite recourir au bénévolat. Trois personnes sont inscrites dans cette démarche ponctuelle. Les personnes accueillies tissent ou maintiennent des contacts et des relations sociales avec l'extérieur. Elles ont également accès à la citoyenneté commune. RT 2 B : Les personnes bénévoles accompagnent les usagers dans le cadre des activités piscine, conte ou couture et lors d'événements ponctuant la vie de l'établissement. RT 2 C : L'établissement fait appel à des professionnels libéraux tels que le kinésithérapeute, la masseur, ou le pharmacien pour répondre aux besoins spécifiques des personnes accueillies. Leur bien-être est ainsi préservé. Le bénéfice thérapeutique est constaté et exprimé. RT 2 D : Les droits d'accès sont identifiés et fléchés. Les interventions des professionnels libéraux sont contractualisées. L'équipe médicale est en charge de la coordination. Ces interventions sont précisées dans le projet du planning d'activité des personnes accueillies les aidant ainsi à avoir des repères.

Points faibles

RT 2 A : Les démarches pour déployer le bénévolat restent complexes au sein de l'association. RT 2 B : Trois personnes bénéficient du statut.

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
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	Partiellement
RT3 B Des liens existent avec des associations pour que les personnes aient des activités externes	Oui
RT3 C Les événements relatifs à la vie du quartier sont communiqués aux personnes	Non
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

RT 3 A : L'établissement est connu des populations environnantes. Une information a été faite en leur direction, lors de l'ouverture de l'établissement. Les voisins ont été invités à rencontrer les personnes accueillies et les professionnels. De plus, le tramway desservant l'établissement, certains usagers sont amenés régulièrement à l'emprunter. De par l'avantage financier qu'ils offrent aux utilisateurs réguliers, des abonnements ont été contractés. RT 3 B : Des liens visant l'accès à la culture et aux événements sportifs pour les usagers ont été développés. L'établissement a établi un partenariat avec le comité d'entreprise de "Aircelle" pour le prêt d'une salle de sport et avec "culture du c%ur". RT 3 C : Les professionnels vont à l'information sur la vie du quartier. Le quartier est surtout un environnement "sanitaire" (hôpital, clinique, EHPAD..) RT 3 E : Des activités, des sorties à thème, des séjours adaptés sont organisés ce qui favorise la socialisation des personnes accueillies et leur permet de découvrir le territoire. Ces différentes activités figurent dans le projet personnalisé du résident, sur le tableau prévu à cet effet, sur les fiches de sorties exceptionnelles. Les résidents qui le souhaitent bénéficient de séjours adaptés par l'intermédiaire d'organismes spécialisés. A l'issue, ils verbalisent, auprès de leurs proches, leur satisfaction et leur intérêt à participer à des activités enrichissantes.

Points faibles

RT 3 C : L'information quant à la vie du quartier ne parvient pas régulièrement à l'établissement. Il n'existe pas de maison de quartier. Récemment, il s'agit d'un quartier en plein essor. Les usagers ne participent pas activement à la vie du quartier. RT 3 D : L'établissement n'a pas organisé d'activité ou d'événement ouvert aux populations environnantes.

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

Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

Gestion des risques et de la qualité

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	Partiellement
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	Partiellement
PGR1 E Une veille sanitaire est organisée pour prendre en compte et traiter les risques sanitaires	Oui

Points forts

PGR 1 A : Un groupe de professionnels a été constitué afin de lister les risques liés à l'accompagnement et à la pathologie des personnes accueillies, les problèmes cardiaques, la maltraitance, la violence, les agressions, les chutes, la mise danger physique et psychologique, aux traitements médicamenteux et les risques liés aux activités et utilisation du matériel, les sorties extérieures, incendies. Le travail effectué permet d'évaluer la pertinence des actions mises en place. Ces risques sont enregistrés sur les outils respectifs, fiches d'évènement indésirable, le projet personnalisé, le projet de soins et la fiche alimentaire pour les personnes soumises à un régime spécifique. Les notes de service, les procédures et protocoles complètent le dispositif du règlement intérieur et du livret d'accueil. Au travers du logiciel SAM, les professionnels partagent quotidiennement les informations et les risques encourus par les personnes accueillies. Cette prévention permet de garantir la sécurité physique et psychologique des usagers, et de préserver leur intégrité. PGR 1 B : Les projets personnalisés sont élaborés avec les personnes accueillies et leur représentant légal. Ils sont ensuite présentés en réunion et validés par les professionnels. Les réunions cliniques permettent également de limiter les risques. Des situations problématiques y sont évoquées auxquelles l'équipe cherche des réponses appropriées, une meilleure compréhension. A l'issue, s'opère alors un ajustement des mesures préventives. Ces actions concourent au respect de l'intégrité physique et psychique des usagers. PGR 1 C : Les fiches d'évènements indésirables sont saisies sur le logiciel AGEVAL, en fonction des critères de gravité et de fréquence, un signalement peut être fait auprès de l'ARS ou du procureur. PGR 1 E : Le personnel médical (les médecins) assure la veille sanitaire pour assurer une meilleure prévention des risques sanitaires. Le personnel médical a réalisé des interventions et informations sur les risques de contagions et autres consignes à suivre. Des protocoles existent pour des maladies contagieuses (Gastroentérite, gale, grippe..).

Points faibles

PGR 1 A : L'utilisation de l'outil SAM n'est pas suffisamment développé. PGR 1 B et C : Le logiciel AGEVAL n'est pas encore accessible à l'ensemble des professionnels. Il faut organiser un groupe de pilotage pour le traitement des fiches d'évènements indésirable PGR 1 D : Il existe un cahier d'accidents bénins mais pas de registre de maltraitance. PGR 1 E : L'information des risques sanitaires est faite au niveau des IDE, mais le reste du personnel n'est pas forcément tenu au courant.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR2 A Les équipements et les installations font l'objet de contrats de maintenance et de vérification périodiques conformément à la réglementation en vigueur	Oui
PGR2 B Les objets de valeur des personnes peuvent être conservés dans des lieux sécurisés à leur demande	Oui
Points forts	
<p>PGR 2 A : Les équipements et les installations font l'objet de contrats de maintenance et de vérifications régulières. Ces contrats sont répertoriés et classés au secrétariat de l'établissement. Par ailleurs, le suivi est assuré par le directeur adjoint en charge de la maintenance des locaux et des biens. Une liste permet de récapituler les vérifications à effectuer et leur périodicité. PGR 2 B : Les objets de valeur appartenant aux résidents sont déposés dans des coffres individuels, eux-mêmes placés dans la banque de l'établissement, dans un local réservé uniquement à cette utilisation. Seule la direction et la secrétaire de l'établissement ont accès à cet espace. Un autre coffre-fort est disposé dans le bureau éducatif, pour assurer la transition des effets personnels de valeur des résidents lors de l'absence de la secrétaire. Aussi, une boîte aux lettres a été installée pour récupérer les retours d'argent. Ce dispositif permet de sécuriser les biens des usagers qui le souhaitent. Chaque résident dispose d'une clef de chambre personnelle (en fonction de leur degré d'autonomie).</p>	
Points faibles	
PGR 2 B : La gestion des caisses des résidents reste à améliorer car des risques d'erreurs peuvent être commis au regard du nombre d'opérations au quotidien.	
Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR3 A Le DUERP est élaboré et régulièrement mis à jour conformément au code du travail	Oui
PGR3 B Le DUERP est connu de tous et est consultable par l'ensemble du personnel	Oui
Points forts	
PGR 3 A : Conformément à la législation, le DUERP est mis en place et réactualisé tous les ans. PGR 3 B : Le document est consultable par l'ensemble des personnels.	
Points faibles	
PGR 3 B : Il n'y a pas de traçabilité quant à la consultation du DUERP par les professionnels.	
Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

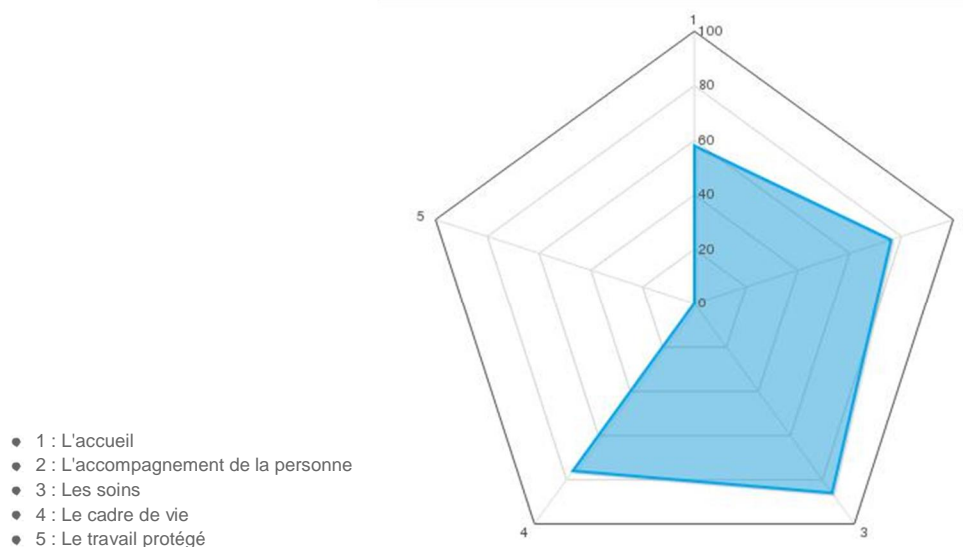
Critère PGR 4 - L'établissement/service a une procédure de gestion des événements indésirables

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR4 A La procédure de gestion des événements indésirables est connue de l'ensemble du personnel	Partiellement
PGR4 B Des formations liées à la sécurité des personnes et des biens sont régulièrement organisées	Oui
PGR4 C Les personnes et leurs représentants légaux sont informés des dispositifs pour assurer la sécurité	Partiellement
PGR4 D La procédure des événements indésirables prévoit le traitement des situations de crise	Oui
Points forts	
<p>PGR 4 A : La procédure d'évènements indésirables est en cours de mis en place. Il existe également une procédure de gestion des cas d'agression d'une personne accueillie vers les salariés et autres personnes accueillies. PGR 4 B : Une formation sur la lecture du SSI a été réalisée à l'ouverture de l'établissement en 2014. En avril 2015, une formation sur la mise en sécurité des personnes (évacuation incendie) a été réalisée pour l'ensemble des personnels de nuit et certains professionnels de jour. De plus, une formation sur l'utilisation du défibrillateur a également été dispensée en début d'année 2015 ainsi qu'une formation premier secours, mutualisée avec l'ensemble des établissements de l'association. (voir dossier du personnel). PGR 4 C : Le règlement de fonctionnement qui est remis à chaque usager, dès son admission ou à son représentant légal, répertorie les différents moyens mis en œuvre pour assurer la sécurité de la personne accueillie. PGR 4 D : Un nouvel outil fiche d'évènement indésirable vient faciliter le traitement des situations de crise. Celles-ci sont abordées lors des réunions de supervision et réunions cliniques, ainsi l'accompagnement des résidents s'en trouve amélioré</p>	
Points faibles	
<p>PGR 4 A : La procédure de gestion des évènements indésirables n'est pas encore bien connue des professionnels. PGR 4 B : Le protocole de mise en sécurité des personnes n'est pas finalisé. PGR 4 D : Les professionnels ne se sont pas encore familiarisés avec la fiche d'évènements indésirables. Il faut organiser un comité de pilotage pour le traitement des actions à mener</p>	

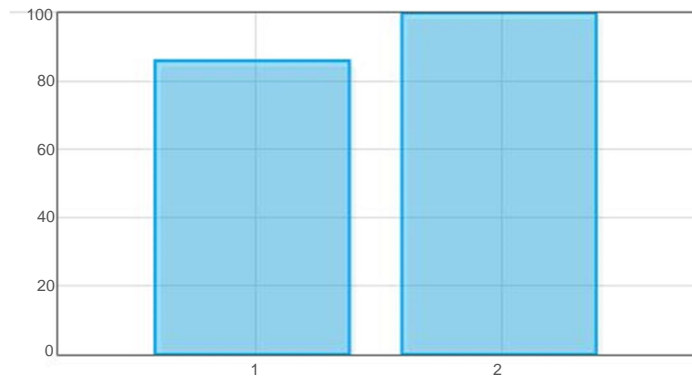
Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	0
Nombre de "Non applicable"	0

3.2 LES RESULTATS GRAPHIQUES

Accueil et accompagnement de la personne

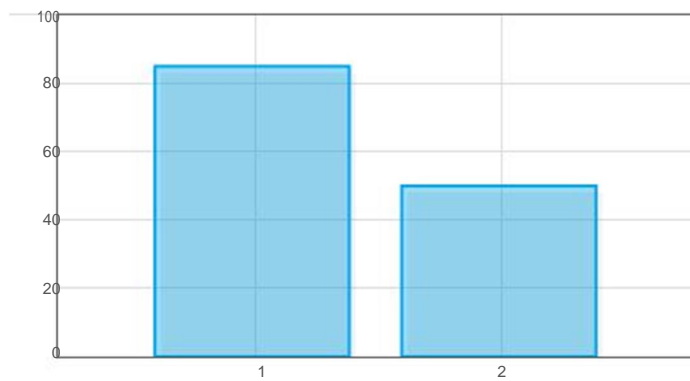


Les droits de la personne



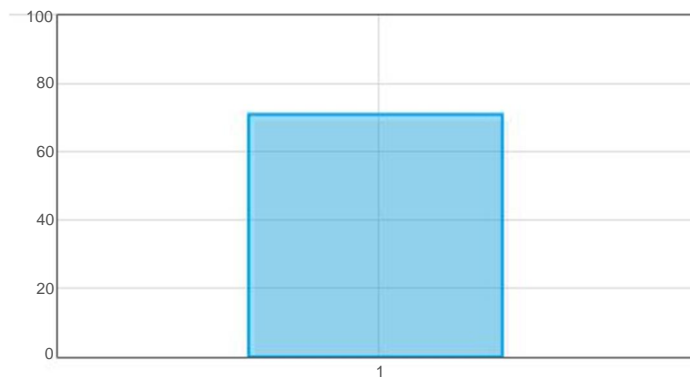
- 1 : Le respect des droits de la personne
- 2 : Les outils de la loi de 2002

La gestion des ressources



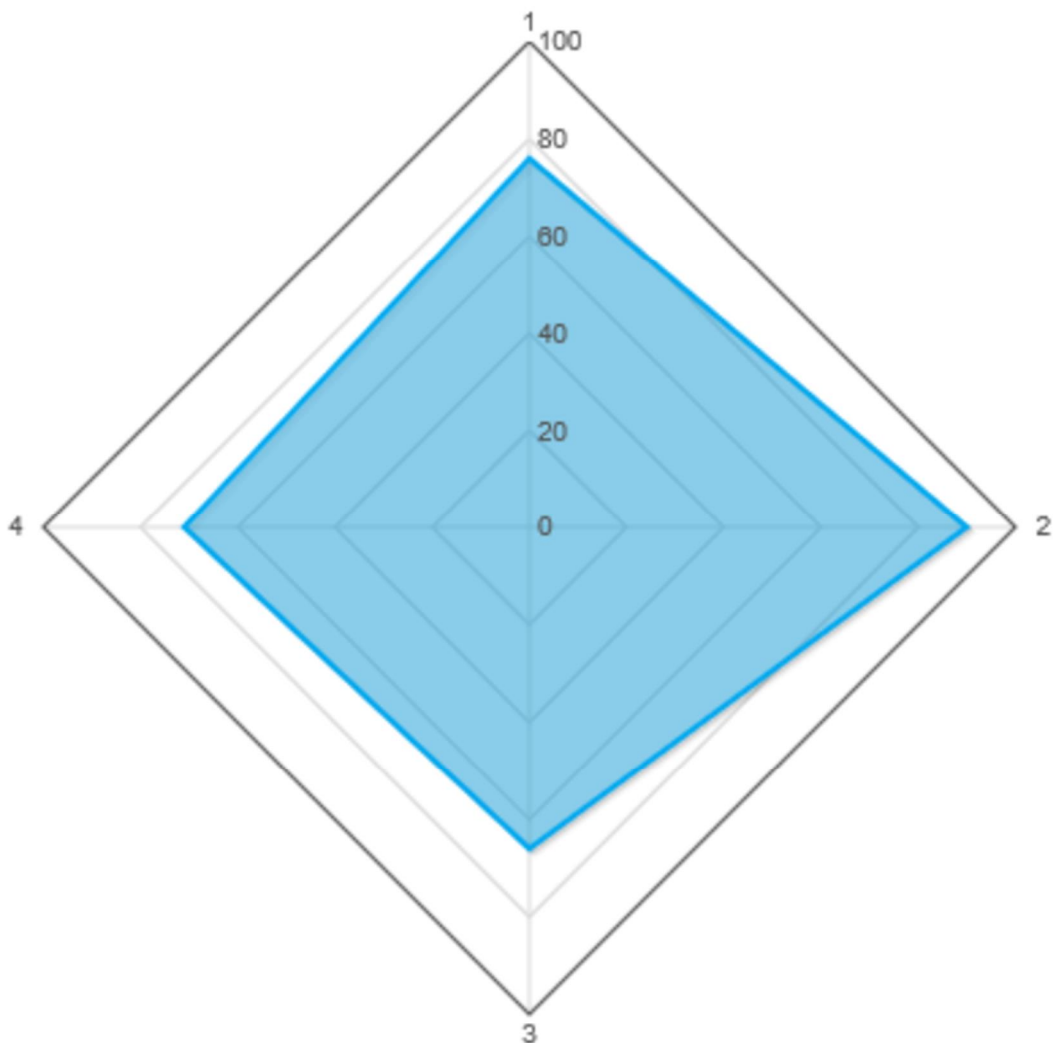
- 1 : Le management
- 2 : Le réseau, territoire et les partenaires

Gestion des risques et de la qualité







- 1 : La prévention des risques

	SCORE	COTATION
Accueil et accompagnement de la personne	76	B
L'accueil	58	C
L'accompagnement de la personne	76	B
Les soins	86	B
Le cadre de vie	76	B
Le travail protégé	0	
Les droits de la personne	90	A
Le respect des droits de la personne	86	B
Les outils de la loi de 2002	100	A
La gestion des ressources	66	B
Le management	85	B
Le réseau, territoire et les partenaires	50	C
Gestion des risques et de la qualité	71	B
La prévention des risques	71	B
Total	77	B




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


4. LE PLAN D'ACTION

Source : Evaluation Interne 2015 MAS Les Constellations					
Objectifs	Thèmes	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement
Améliorer l'accueil de tous	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	31/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Créer une charte conducteur définissant les conduites à tenir pour faciliter l'accessibilité des personnes à mobilité réduite		LEJAMBLE Stéphane	31/12/2016	Non traité	
Equiper l'établissement d'une signalétique sonore		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité	
Mettre en place une signalétique par pictogrammes		BERTHOIS Thierry	31/12/2016	Non traité	
Elargir la plage horaire préconisée pour la réception des appels extérieurs	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Communiquer les nouveaux horaires aux usagers et à leur famille		CHARPENTIER Valérie	31/12/2016	Non traité	
Ajuster en conséquence le règlement de fonctionnement		CHARPENTIER Valérie	30/06/2017	Non traité	
Recueillir systématiquement le consentement du résident pour toutes visites	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	30/06/2017	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Sensibiliser les résidents et leurs proches sur la possibilité pour l'usager de refuser une visite		CHARPENTIER Valérie	30/06/2017	Non traité	
Agrémenter les lieux dédiés aux familles	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	2	


Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Installer du matériel audio et audiovisuel dans le salon des familles		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Proposer des magazines		KHIAR Aïcha	30/06/2016	Non traité
Equiper le patio des familles d'un salon de jardin		FUSEAU Aline	30/06/2016	Non traité





Garantir un accueil de qualité	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	31/12/2016	2	
--------------------------------	---------------	---------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Modifier régulièrement les codes d'accès de l'établissement		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Former les professionnels à l'utilisation des équipements : portails, caméra, porte coulissante		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Assurer une maintenance préventive et curative de bonne qualité		LEJAMBLE Stéphane	31/12/2016	Non traité

Aider les personnes accueillies à mieux se repérer	Accessibilité	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
--	---------------	---------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place une signalétique par pictogrammes		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité
Equiper l'établissement d'une signalétique sonore		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité

Formaliser la connaissance des résidents par l'émargement des professionnels, la rédaction d'une fiche "habitudes de vie"	Admission des personnes accueillies	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
---	-------------------------------------	---------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rendre obligatoire la consultation du dossier du résident auprès de tous les membres de l'équipe		BERTHOIS Thierry	30/06/2016	Non traité	
Organiser une réunion clinique préalable à l'admission de résident		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Développer les informations recueillies sur la fiche des habitudes de vie du résident telles que les coordonnées des référents médico-sociaux, les familles		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Inscrire l'accompagnement des personnes et/ou des familles par la Direction dans l'instruction du dossier MDPH	Admission des personnes accueillies	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre à jour la procédure d'accueil temporaire		FUSEAU Aline	30/09/2016	Non traité	
Etablir un relais avec les autres établissements de l'Association	Admission des personnes accueillies	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place un Comité au sein de l'Association		CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité	
Favoriser la participation de l'usager dans l'amélioration de son cadre de vie	Animation	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Diversifier les supports d'activités		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité	
Favoriser la convivialité au sein de l'établissement	Animation	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3	

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Aménager des espaces de jeux extérieurs	LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Organiser et mettre en oeuvre la prise du petit-déjeuner sur le self et la cafétéria	BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité
Echelonner le service du déjeuner et du café qui le suit	BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité

Développer le bénévolat	Animation	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------	------------------------	------------	---	-----------------------





Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Contacteur des associations bénévoles.	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Faciliter les démarches pour obtenir le statut de bénévole	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Informers les professionnels des possibilités offertes aux bénévoles.	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité




Développer les relations sociales des usagers	Animation	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3	<input type="radio"/>
---	-----------	------------------------	------------	---	-----------------------





Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Proposer un abonnement de tramway à chaque usager.	LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité
Organiser une fête des voisins au sein de l'établissement.	LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité

Améliorer le processus d'admission	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	1	<input type="radio"/>
------------------------------------	------------------	------------------------	------------	---	-----------------------


Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elargir la commission à d'autres professionnels	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Systematiser les réunions cliniques pour présenter un futur résident	BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité

Améliorer le processus d'admission	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	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>Confier la visite de l'établissement pour un futur résident à un professionnel de proximité et à un éducateur</td> <td>CHARPENTIER Valérie</td> <td>30/06/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Formaliser systématiquement une fiche d'habitudes de vie. Cette fiche sera rédigée à partir du logiciel SAM par le professionnel de proximité et sera mise à disposition dans l'unité de vie du résident</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>27/02/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Confier la visite de l'établissement pour un futur résident à un professionnel de proximité et à un éducateur	CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	Non traité	Formaliser systématiquement une fiche d'habitudes de vie. Cette fiche sera rédigée à partir du logiciel SAM par le professionnel de proximité et sera mise à disposition dans l'unité de vie du résident	BERTHOIS Thierry	27/02/2016	Non traité								
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement																						
Confier la visite de l'établissement pour un futur résident à un professionnel de proximité et à un éducateur	CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	Non traité																						
Formaliser systématiquement une fiche d'habitudes de vie. Cette fiche sera rédigée à partir du logiciel SAM par le professionnel de proximité et sera mise à disposition dans l'unité de vie du résident	BERTHOIS Thierry	27/02/2016	Non traité																						
Garantir la dimension collective de l'accompagnement des personnes accueillies	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	3																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rédiger une fiche d'activités individuelles répertoriant les objectifs poursuivis et les indicateurs de suivi. Cet outil sera un lien avec le projet personnalisé et sera soumis aux mêmes échéances</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>30/06/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Mettre en place une réunion mensuelle traitant les règles de collectivité et de "bien vivre ensemble" par unité. Les objectifs poursuivis devront être expliqués aux résidents</td> <td>LEJAMBLE Stéphane</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Créer une fiche explicative en pictogramme ou FALC permettant au résident de mieux différencier les instances d'expression</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Rédiger une fiche d'activités individuelles répertoriant les objectifs poursuivis et les indicateurs de suivi. Cet outil sera un lien avec le projet personnalisé et sera soumis aux mêmes échéances	BERTHOIS Thierry	30/06/2016	Non traité	Mettre en place une réunion mensuelle traitant les règles de collectivité et de "bien vivre ensemble" par unité. Les objectifs poursuivis devront être expliqués aux résidents	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	Créer une fiche explicative en pictogramme ou FALC permettant au résident de mieux différencier les instances d'expression	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité				
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement																						
Rédiger une fiche d'activités individuelles répertoriant les objectifs poursuivis et les indicateurs de suivi. Cet outil sera un lien avec le projet personnalisé et sera soumis aux mêmes échéances	BERTHOIS Thierry	30/06/2016	Non traité																						
Mettre en place une réunion mensuelle traitant les règles de collectivité et de "bien vivre ensemble" par unité. Les objectifs poursuivis devront être expliqués aux résidents	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité																						
Créer une fiche explicative en pictogramme ou FALC permettant au résident de mieux différencier les instances d'expression	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité																						
Assurer la dimension collective de l'accompagnement	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	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>Revoir le circuit de communication</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Informier le personnel sur les fiches de poste</td> <td>CHARPENTIER Valérie</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Elaborer et mettre en place des fiches d'amélioration</td> <td>LEJAMBLE Stéphane</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Rédiger au fur et à mesure les modifications apportées au projet d'établissement</td> <td>CHARPENTIER Valérie</td> <td>30/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Revoir le circuit de communication	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	Informier le personnel sur les fiches de poste	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	Elaborer et mettre en place des fiches d'amélioration	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	Rédiger au fur et à mesure les modifications apportées au projet d'établissement	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement																						
Revoir le circuit de communication	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité																						
Informier le personnel sur les fiches de poste	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité																						
Elaborer et mettre en place des fiches d'amélioration	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité																						
Rédiger au fur et à mesure les modifications apportées au projet d'établissement	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité																						
Garantir le respect de l'intimité de la personne accueillie	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2																					


Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Equiper les chambres doubles de cloison ou de paravent		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité	
Améliorer la culture de la bientraitance au sein de l'établissement	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Développer un support informatique propre aux RBBP en direction des professionnels		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Créer une veille informationnelle en s'appuyant sur des personnes ressources		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	
Organiser des réunions d'information spécifiques aux outils de la loi de 2002		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Inscrire plus fréquemment des professionnels à des conférences traitant le sujet des outils de la loi de 2002		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	
Inclure la connaissance des droits de l'usager à l'entretien de développement et de progrès des salariés		CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité	
Mettre en place des groupes de parole sur ce sujet en direction des usagers et des professionnels		BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité	
Animer la culture de la bientraitance au sein de l'établissement	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/10/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Sensibiliser les professionnels sur la fiche des événements indésirables		CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	Non traité	
Elaborer des fiches institutionnelles sur la notion de bientraitance		BERTHOIS Thierry	30/10/2016	Non traité	
Systématiser les réunions sur les gestions de conflits		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Créer des fiches outils sur l'éthique et les valeurs associatives		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	
Faciliter la compréhension de leurs droits aux usagers	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Systématiser une temps individuel entre le professionnel de proximité et l'usager		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Créer un support pédagogique en FALC ou pictogrammes		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Répondre aux exigences de la loi du 02 janvier 2002	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Retranscrire les outils de la loi en pictogrammes		CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité	
Différencier le document de contractualisation de l'accueil de jour		CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité	
Elargir le réseau et le partenariat de l'établissement.	Bonnes pratiques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Etablir les conventions avec l'ESMP et l'HPE		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	
Créer un répertoire commun des partenaires		KHIAR Aïcha	30/12/2016	Non traité	
Permettre l'accès des agents de service intérieur aux postes informatiques		KHIAR Aïcha	30/06/2016	Non traité	
Favoriser la participation des personnes accueillies	CVS	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Informier sur le rôle et les missions du CVS et sur la fonction des représentants		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Organiser des réunions afin de communiquer auprès des professionnels et des usagers avant chaque réunion de CVS		BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité	
Adapter l'établissement aux évolutions des personnes accueillies	Matériel	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	


Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Equiper le patio de parasols		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Intsaller des robinets thermostatiques, des tabourets fixes et des rideaux dans les salles de bain individuelles		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité





Améliorer le cadre de vie	Matériel	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3	
---------------------------	----------	---------------------	------------	---	---




Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Equiper les offices de lave-vaisselle		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité
Sensibiliser les professionnels au tri du linge		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité
Favoriser au sein de l'Association le prêt de véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite		LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité





Développer les mesures de prévention des risques	Prévention des risques	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	1	
--	------------------------	---------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Developper l'utilisation de l'outil informatique SAM.		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité
Developper un outil accessible à toutes catégories de professionnels pour diffuser les informations, procédures, protocoles, planning de réunions et comptes rendus.		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Réaliser un processus de signalement et intégrer les classeurs de procédures.		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité
Créer un DUERP en destination des résidents		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité
Informers les professionnels sur le programme national des risques infectieux		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité


Optimiser la sécurité des personnes accueillies et de leurs biens	Prévention des risques	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
---	------------------------	---------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Assurer une rencontre quotidiennement entre le directeur adjoint et le factotum.		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	
Ecrire une procédure de gestion des caisses des résidents (en lien avec le DAF) et y inclure un contrôle mensuel organisé.		KHIAR Aïcha	30/04/2016	Non traité	
Assurer la bonne diffusion du DUERP	Prévention des risques	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Accompagner les professionnels à la prise de connaissance du DUERP.		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	
Sensibiliser et faire participer les professionnels aux actions à mettre en place		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	
Assurer la gestion et le suivi des évènements indésirables	Prévention des risques	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger une procédure de gestion des évènements indésirables		BERTHOIS Thierry	30/06/2016	Non traité	
Informers les professionnels sur la procédure de gestion des évènements indésirables		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Actualiser les différentes procédures		CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité	
Finaliser le protocole de mise en sécurité des personnes		LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	
Réaliser trois exercices incendies sur le premier semestre 2016.		LEJAMBLE Stéphane	30/06/2016	Non traité	
Assurer l'amélioration continue du projet d'établissement	Projet d'établissement	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger les modifications du projet d'établissement au fur et à mesure		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	
Assurer la cohésion et la cohérence dans l'accompagnement des résidents	Projet personnalisé	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	


Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former les professionnels à l'utilisation du logiciel SAM		CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité	
Rédiger les projets personnalisés dans le logiciel SAM pour une meilleure lisibilité		BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité	
Assurer la cohésion et la cohérence dans l'accompagnement des résidents	Projet personnalisé	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Rédiger une procédure pour l'élaboration du projet personnalisé		CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	Non traité	
Planifier les temps de travail pour l'élaboration des projets personnalisés		BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	
Rédiger les projets personnalisés dans le logiciel SAM pour une meilleur lisibilité		BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité	
Assurer la cohésion et la cohérence dans l'accompagnement des résidents	Projet personnalisé	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Contrôler plus régulièrement le document d'emargement des professionnels pour la consultation des projets personnalisés		BERTHOIS Thierry	30/06/2016	Non traité	
30/09/2016 rédiger les projets personnalisés dans le logiciel SAM		BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité	
Etendre le recueil de la satisfaction	Qualité	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Elaborer un questionnaire de satisfaction accessibles aux usagers		KHIAR Aïcha	30/09/2016	Non traité	
Elaborer un questionnaire de satisfaction accessibles aux représentants légaux		KHIAR Aïcha	30/09/2016	Non traité	

Formaliser les recrutements	Ressources humaines	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	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>Rédiger la procédure de recrutement</td> <td>CHARPENTIER Valérie</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Rédiger la procédure de recrutement	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité				
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Rédiger la procédure de recrutement	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité														
Concilier le projet de vie avec le projet de soins des résidents	Soins	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Planifier des temps de travail commun entre l'infirmière et l'éducateur référent</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Optimiser le circuit d'informations lors des sorties des usagers</td> <td>KHIAR Aïcha</td> <td>30/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	Planifier des temps de travail commun entre l'infirmière et l'éducateur référent	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité	Optimiser le circuit d'informations lors des sorties des usagers	KHIAR Aïcha	30/12/2016	Non traité
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
Planifier des temps de travail commun entre l'infirmière et l'éducateur référent	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité														
Optimiser le circuit d'informations lors des sorties des usagers	KHIAR Aïcha	30/12/2016	Non traité														
Garantir une qualité de soins optimale aux résidents	Soins	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	3													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions</th> <th>Pilotes</th> <th>Échéances</th> <th>État d'avancement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>identifier les médecins spécialistes sensibilisés au handicap</td> <td>LEJAMBLE Stéphane</td> <td>30/09/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> <tr> <td>Etablir un lien entre les médecins de la structure et les médecins extérieurs pour les usagers accueillis</td> <td>BERTHOIS Thierry</td> <td>30/12/2016</td> <td>Non traité</td> </tr> </tbody> </table>						Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement	identifier les médecins spécialistes sensibilisés au handicap	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité	Etablir un lien entre les médecins de la structure et les médecins extérieurs pour les usagers accueillis	BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement														
identifier les médecins spécialistes sensibilisés au handicap	LEJAMBLE Stéphane	30/09/2016	Non traité														
Etablir un lien entre les médecins de la structure et les médecins extérieurs pour les usagers accueillis	BERTHOIS Thierry	30/12/2016	Non traité														
Garantir une qualité de soins optimale aux personnes accueillies	Soins	CHARPENTIER Valérie	31/12/2016	2													

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Former les professionnels sur les transmissions pour mieux cibler l'information	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Rédiger la procédure d'accès au dossier médical	BERTHOIS Thierry	30/09/2016	Non traité
Augmenter la présence d'un médecin généraliste	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité
Systématiser la diffusion des protocoles sur le logiciel SAM	KHIAR Aïcha	31/12/2016	Non traité
Organiser des rencontres avec d'autres établissements pour enrichir les pratiques professionnelles	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité
Anticiper avec les familles les directives médicales pour les personnes accueillies et les insérer au dossier médical	LEJAMBLE Stéphane	30/12/2016	Non traité

Développer les outils de communication vers l'extérieur pour mieux se faire connaître	Système d'information	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	2	
---	-----------------------	---------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre à jour les informations relatives au public accueilli sur le site internet de l'Association	KHIAR Aïcha	30/09/2016	Non traité
Organiser des réunions tous les deux ans avec les établissements médico-sociaux et la MDPH	CHARPENTIER Valérie	30/09/2016	Non traité
Développer les échanges avec l'UNAFAM et les groupements d'entraide mutuelle (GEM)	CHARPENTIER Valérie	30/12/2016	Non traité

Formaliser l'accès au dossier de la personne accueillie	Système d'information	CHARPENTIER Valérie	30/06/2016	1	
---	-----------------------	---------------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rédiger la procédure d'accès au dossier de la personne accueillie par les professionnels	KHIAR Aïcha	30/06/2016	Non traité

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



MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX FAM ET MAS Manuel d'auto-évaluation



RESULTATS

Etablissement:	MAS LES CONSTELLATIONS
Date de l'évaluation:	25/03/2016

Le plan du DARI

[Fiche Etablissement](#)

[Chapitre I - Les moyens de prévention dans l'établissement](#)

[Chapitre II - Gestion de l'environnement et des circuits](#)

[Chapitre III - Gestion du matériel de soins](#)

[Chapitre IV - Gestion des soins](#)

[Chapitre V - Les vaccinations contre les infections respiratoires](#)

[Chapitre VI - Gestion des risques épidémiques](#)

[Chapitre VII - Prévention des accidents d'exposition au sang](#)

Date de l'évaluation: 25/03/2016

Etablissement

MAS LES CONSTELLATIONS

76620 LE HAVRE

Nature de l'établissement

Nombre total de places d'accueil

Résultat global

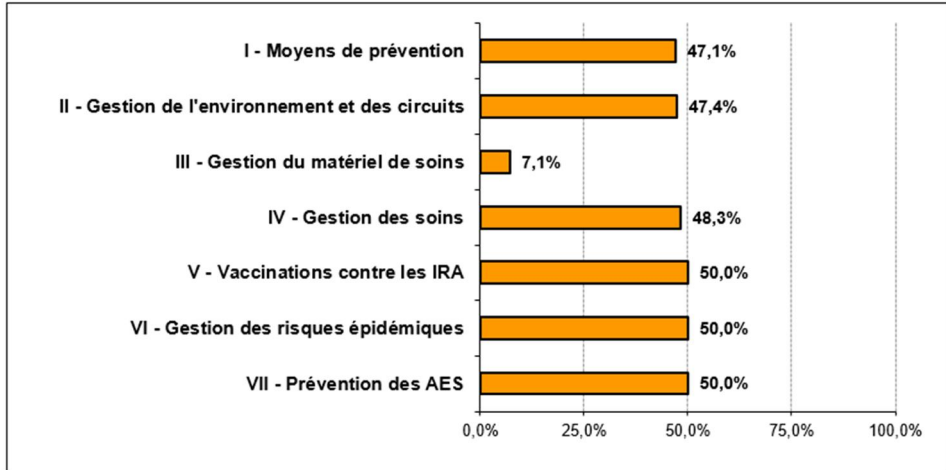
Vous obtenez un total de 82 points sur 182 attendus:

45,1%
d'objectifs atteints

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

Consultez les scores par chapitre

Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



► SCORES TOTAUX PAR CHAPITRE

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Moyens de prévention	8	17	47,1
II - Environnement et circuits	36	76	47,4
III - Gestion du matériel	1	14	7,1
IV - Gestion des soins	14	29	48,3
V - Vaccinations	2	4	50,0
VI - Risques épidémiques	15	30	50,0
VII - Prévention des AES	6	12	50,0

Vous obtenez un total de 82 points sur 182 soit:

45,1%
d'objectifs atteints

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

► CHAPITRE I - MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Moyens	3	10	30,0
2-Surveillance / Alerte	3	3	100,0
3-Antibiotiques	2	2	100,0
4-Tenue du personnel dans l'établissement	0	2	0,0
Total	8	17	47,1

Vous avez obtenu un résultat de 47,1%

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.

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

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Locaux	14	16	87,5
2-Restauration	8	15	53,3
3-Linge	2	9	22,2
4-Déchets	4	8	50,0
5-Eau	8	28	28,6
Total	36	76	47,4

Vous avez obtenu un résultat de 47,4%

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.

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	1	14	7,1

Vous avez obtenu un résultat de 7,1%

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

► CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Actes infirmiers et de nursing	0	9	0,0
2-Hygiène corporelle	3	4	75,0
3-Précautions standard	8	8	100,0
4-Précautions complémentaires	2	3	66,7
5-Antiseptiques	1	5	20,0
Total	14	29	48,3

Vous avez obtenu un résultat de 48,3%

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.

► 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.

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Gale	6	8	75,0
2-Tuberculose pulmonaire	0	11	0,0
3-Gastro-entérite	4	5	80,0
4-Infection respiratoire aiguë basse	5	6	83,3
Total	15	30	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.

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

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	6	12	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.

CONTACTS

Monsieur **Michel CAPPE**
Directeur Général LIGUE HAVRAISE

Madame **Valérie CHARPENTIER**
Directrice MAS Les Constellations

Tél : 02 35 47 17 04

Email : michel.cappe@liguehavraise.com

Email : valerie.charpentier@liguehavraise.com

www.liguehavraise.fr