

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

OCTOBRE 2016

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

SOMMAIRE

1.	PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS	3
1.1	Cadre réglementaire	3
1.1.1.	Contenu de l'autorisation	3
1.1.2.	L'organisme gestionnaire	3
1.1.3.	Présentation de l'établissement.....	4
1.2	Caractérisation de la population accompagnée	6
1.2.1.	Nombre de personnes accueillies.....	6
1.2.2.	Les pathologies des personnes accueillies	7
1.2.3.	Répartition des âges	7
1.2.4.	Répartition des sexes.....	8
1.2.5.	Nombre de demandes d'admission reçues en 2015	8
1.3	Spécifications des objectifs de l'accompagnement	8
1.3.1.	Le projet d'établissement	9
2.	PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE	11
2.1	Protocole d'évaluation	11
2.2	Les modalités de l'implication des différents acteurs	12
2.2.1	Mise en place de comités de pilotage	12
2.2.2	Modalités d'association des personnes accueillies et des familles aux différentes étapes	12
2.2.3	Modalités d'association des professionnels.....	12
2.3	Modalités de la remontée des informations	13
2.3.1	Principe de construction du référentiel d'évaluation	13
2.3.2	Structure du référentiel d'auto-évaluation:.....	13
2.3.3	Les principaux domaines évalués et les références	14
2.3.4	Le déroulement des sessions d'évaluation.....	15
3.	PRESENTATION DES RESULTATS	16
3.1	Les principaux constats : résultats et analyse.....	16
3.1.1	L'Accueil.....	16
3.1.2	L'accompagnement de la personne	18
3.1.3	Les soins.....	25
3.1.4	Le cadre de vie	29
3.1.5	Le respect des droits de la personne.....	34
3.1.6	Les outils de la loi 2002.....	38
3.1.7	Le management	39
3.1.8	Le réseau, les partenaires et le territoire	41
3.1.9	La prévention des risques.....	43

4. SYNTHÈSE.....	47
5. PLAN D' ACTIONS.....	50
6. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX.....	69
7. PLAN D' ACTIONS DARI.....	92
8. CONCLUSION	92

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

1.1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1.1. Contenu de l'autorisation

L'ouverture de la Maison d'accueil spécialisée avec 12 places a été autorisée le 28/04/1988 pour accueillir des adultes en situation de polyhandicap. Plusieurs extensions, dont la dernière en 2010, ont porté sa capacité d'accueil à 64 places :

- 60 places en hébergement permanent
- 4 places en hébergement temporaire

❖ Nos principales références législatives et réglementaires :

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

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

❖ Nos références spécifiques

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

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

1.1.2. L'organisme gestionnaire

L'Association « La Ligue Havraise pour l'aide aux personnes handicapées », dont le siège administratif est situé au HAVRE a été créée en 1958 et est reconnue d'utilité publique. Elle gère 23 établissements et services nécessaires à

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

l'accueil et l'épanouissement des personnes avec handicap mental, polyhandicap, autisme, et psychique. Elle est organisée autour de 3 pôles : enfants (224 places), adultes (385 places), travail (295 places et 1600 suivis).

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

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

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

Elle affirme ses valeurs dans son projet associatif :

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

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

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

1.1.3. Présentation de l'établissement

La Maison d'Accueil Spécialisée a reçu son autorisation de fonctionnement le 28/04/1988 pour 12 places.

Cette Maison a vécu plusieurs extensions pour atteindre en 2010 le nombre de 60 places, capacité complétée par 4 lits d'accueils temporaires (officialisation en 2011).

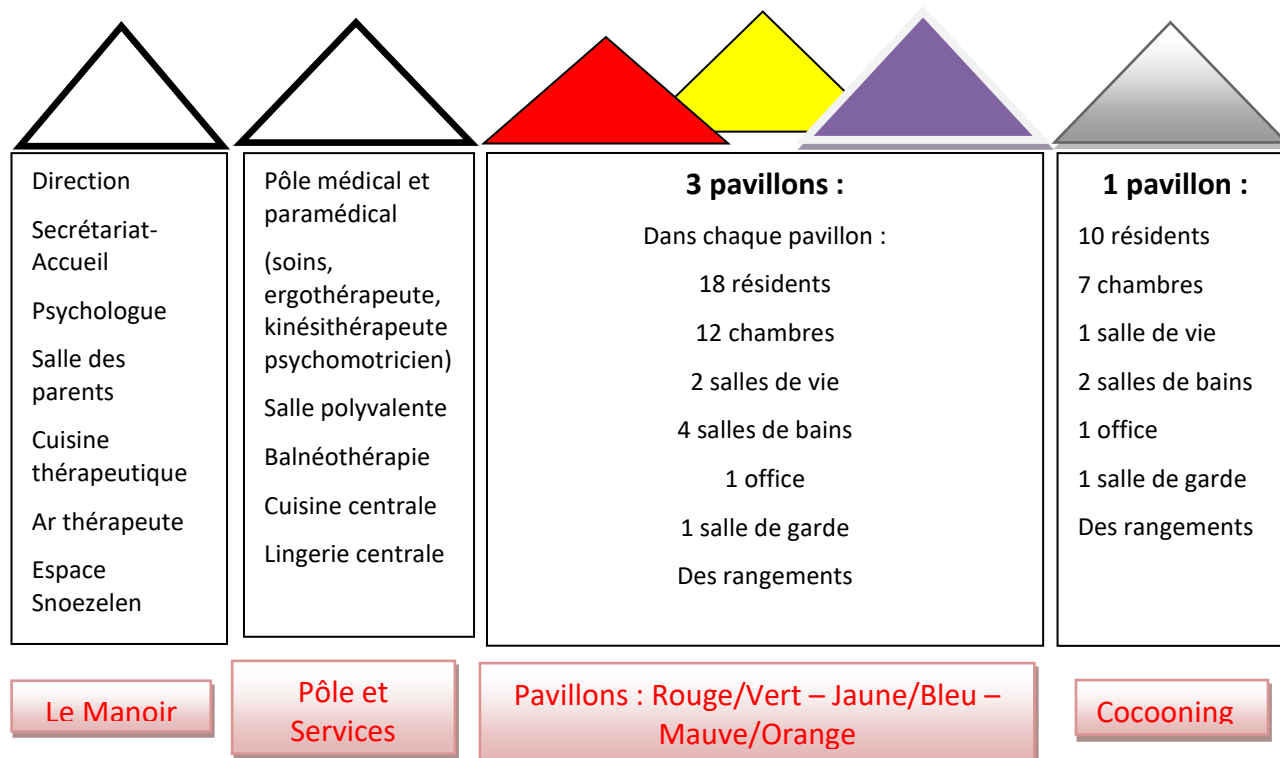
Les adultes, de plus de 20 ans, accueillis présentent un polyhandicap avec des atteintes cérébrales graves et pour certains avec des troubles du comportement.

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'un accompagnement éducatif adapté et personnalisé.

Sa situation géographique et ses locaux :

La Maison d'Accueil, implantée sur la commune associée de Rouelles, bénéficie d'un cadre agréable dans un parc boisé de 17 hectares, à deux pas de la ville et de l'hôpital général J. Monod, partenaire important pour l'accompagnement médical des résidents.

Elle est structurée en trois pavillons distincts, reliés les uns aux autres par de grands couloirs passant par un point central. La Maison d'Accueil propose 22 chambres simples et 21 chambres doubles.



Ses ressources humaines :



Un contexte de changement :

Depuis sa création à l'initiative de parents motivés et militants, la Maison d'Accueil a toujours mis en avant son dynamisme pour l'accueil d'adultes en grande dépendance et son souci d'adaptation à un environnement de plus en plus contraint.

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

Les années 2015 et 2016 ont été marquées par l'engagement de la direction dans la réorganisation du fonctionnement de la Maison d'Accueil et son adaptation à son nouvel environnement financier contraint par un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur 2015-2018, tout en préservant la qualité d'accompagnement des résidents et leur sécurité.

L'équipe de direction a été structurée avec deux binômes de chef de service / cadre technique affecté sur 2 pavillons chacun dès janvier 2015.

La direction a, en avril 2015, étendu les horaires de présence des infirmières (présence 7 jours/7 de 6h45 à 21h30). Le 29 février 2016, une réorganisation des équipes de proximité AS/AMP a été mise en place avec de nouveaux plannings horaires.

L'équipe de direction a revu, formalisé et diffusé :

- l'organisation des réunions (clinique, équipe, éducative, projet personnalisé)
- les transmissions (définitions, objectifs, cadre légal, qui, où, quand)
- le déroulé de journée AS/AMP
- les plannings des activités (organisation, réalisation et suivi)

Cette réorganisation a fortement perturbé les salariés, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel, mais elle a pu être mise en place à la date fixée.

La mise en œuvre de cette réorganisation a été accompagnée chaque jour par la présence des cadres sur le terrain et un bilan régulier des points forts et des points d'amélioration.

Les ajustements nécessaires ont été réalisés rapidement en réponse aux constats des équipes.

1.2 CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE

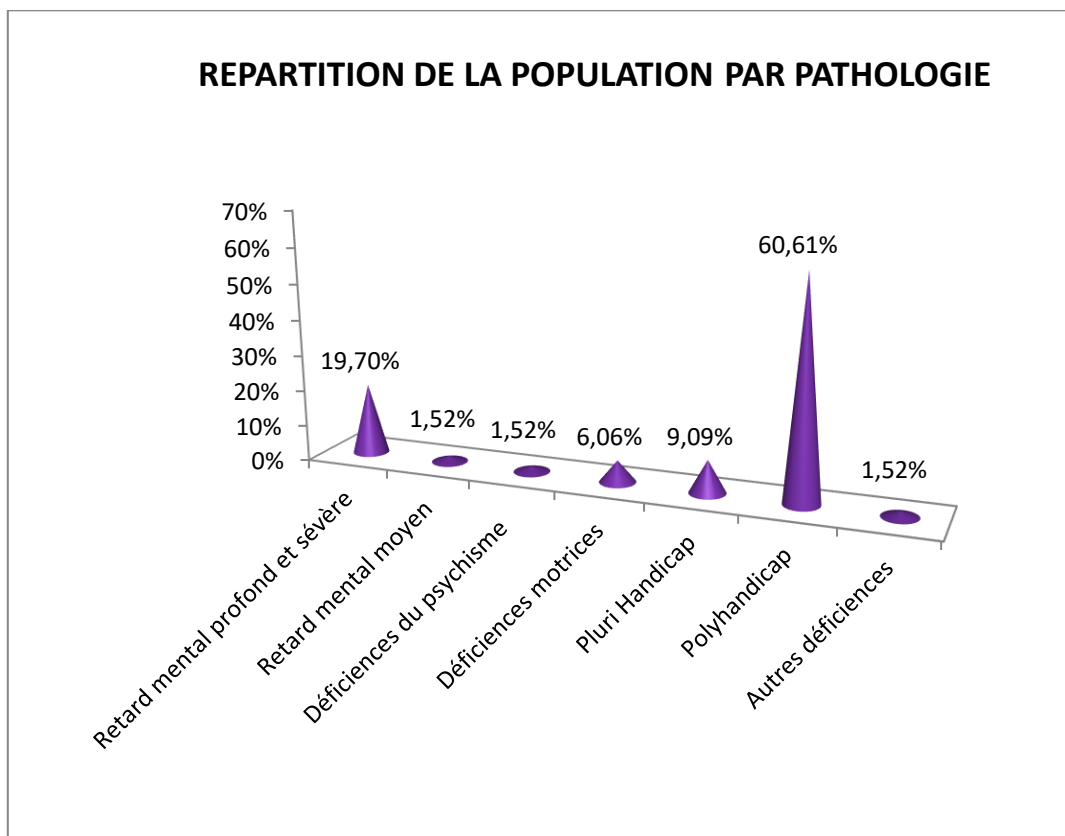
1.2.1. Nombre de personnes accueillies

Au 31 décembre 2015, la Maison d'Accueil accueillait 58 personnes en hébergement permanent

Les accueils temporaires de 2015 (8 personnes) ont concernés pour la moitié des adultes de moins de 26 ans, dont 2 jeunes adultes en «amendement Creton».

Par ailleurs, 3 résidents sont décédés, dont un accompagné durant plusieurs semaines par les professionnels et l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs du CH Monod.

1.2.2. Les pathologies des personnes accueillies

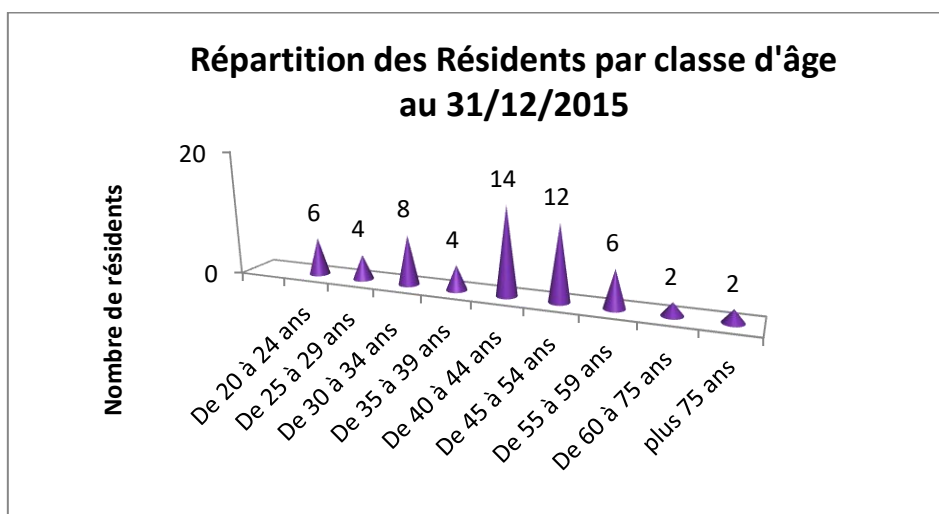


Près de 70% des personnes accueillies à la Maison d'Accueil sont porteuses de pluri ou polyhandicap.

1.2.3. Répartition des âges

Les résidents sont vieillissants et demandent un accompagnement de plus en plus important : 62% des résidents ont plus de 40 ans (dont 4 résidents > 60 ans), 21% ont de 30 à 39 ans et seulement 17% ont moins de 30 ans.

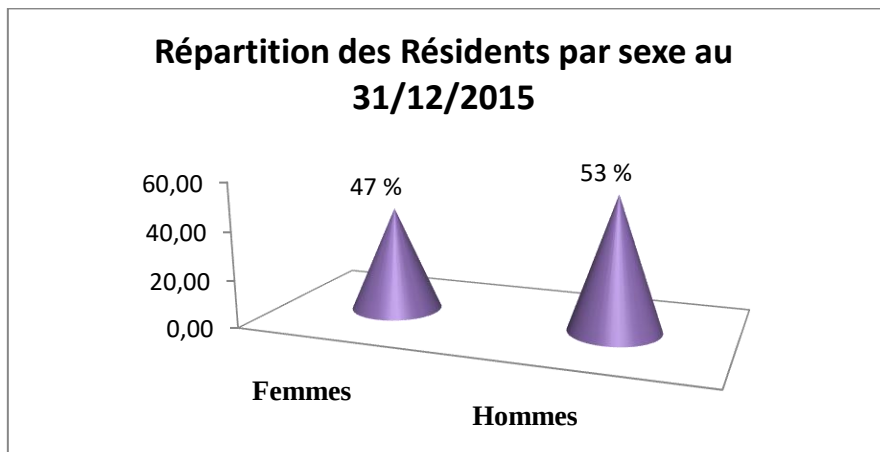
La doyenne de l'établissement a fêté ses 81 ans et le plus jeune a 21 ans.



La personnalisation de l'accompagnement de chaque résident, ainsi que les valeurs professionnelles de bientraitance pour un travail de qualité avec la mobilisation de tous les professionnels permettent cet allongement de la vie à la Maison d'Accueil.

1.2.4. Répartition des sexes

La Maison d'Accueil a fait le choix de la mixité dans toutes ses unités : 47% de femmes et 53% d'hommes.



1.2.5. Nombre de demandes d'admission reçues en 2015

En 2015, la Commission Admission a reçu 26 demandes pour l'internat et 8 demandes d'accueils temporaires.

Elle a prononcé 5 admissions permanentes, 3 mises en liste d'attente, 9 refus (refus médical suite à notre accompagnement non adapté à la pathologie) et 7 demandes ont été sans suite (dossiers envoyés mais non retournés par les tuteurs) et 2 accueils temporaires.

Les cinq nouveaux résidents ont intégrés la Maison d'Accueil de manière définitive après des accueils temporaires concluants, en réponse à des situations familiales ou individuelles difficiles ou dans le cadre d'un parcours de vie à la Ligue Havraise.

1.3 SPECIFICATIONS DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

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

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

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

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

- 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 le bien-être et l'épanouissement
- Développer la socialisation et l'intégration dans la ville
- Maintenir les acquis, prévenir les régressions
- Rechercher de nouvelles aides techniques afin de favoriser des apprentissages nouveaux
- Développer le partenariat avec les familles

1.3.1. Le projet d'établissement

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

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

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

Celui-ci devra prendre en compte le vieillissement des personnes accueillies et la spécificité des résidents présentant des troubles du spectre autistique avec une adaptation indispensable de l'accompagnement proposé (cf évaluation septembre 2016 pour l'ARS dans le cadre du Plan Autisme 2013-2017).

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

Par ailleurs, une procédure concernant l'évaluation et l'actualisation du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été rédigée et déployée afin d'engager l'actualisation des PAP dès 2016.

a) L'accompagnement médical et paramédical

Le projet d'établissement, actualisé en 2010, ne comporte pas de projet de soins.

Néanmoins, de nombreux résidents nécessitent des soins appropriés. Encadrées par un médecin généraliste, cinq infirmières veillent à l'intégrité physique et psychique des soixante résidents.

Un partenariat avec différents secteurs spécialisés (psychiatrie, neurologie, gastro-entérologie, dentaire,) est établi avec les hôpitaux et cliniques du Havre.

La communication entre le pôle médical, paramédical et le personnel éducatif se fait lors des transmissions orales, par des transmissions écrites (cahiers de transmissions) et à l'occasion des réunions d'équipes.

Les échanges des infirmières et du médecin avec les équipes permettent souvent d'associer prises en charge éducatives spécifiques et médication.

Des démarches rééducatives et thérapeutiques sont menées par le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, la psychologue clinicienne en individuel ou en groupe.

Les observations des résidents permettent d'évaluer leurs efficacies et déficiences (intellectuelles, motrices, sensorielles), leurs difficultés psychologiques et comportementales. La finalité en est l'amélioration du quotidien des résidents (confort, autonomie, accompagnement).

Parmi les pathologies fréquentes, l'épilepsie nécessite un traitement spécifique qui demande une grande rigueur au niveau des horaires (par exemple, le matin, avant le lever pour les résidents qui risquent d'avoir une crise dès le réveil), un suivi régulier (dosages sanguins) et une injection intramusculaire en cas de crises à répétition.

Des traitements contenant des neuroleptiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs voire des somnifères sont nécessaires.

L'absence de locomotion ainsi que les traitements précités induisent souvent une constipation importante qui nécessite un suivi régulier et la prise de médicaments laxatifs.

Certains traitements sont rendus nécessaires par la pathologie spécifique des résidents, insuline, extraits thyroïdiens et myorelaxants ou par les conséquences de celle-ci : troubles de l'appareil urinaire, troubles circulatoires et hypotension, baisse du taux sanguin de fer.

Enfin, à la Maison d'Accueil Spécialisée, la prise en compte de la douleur peut conduire à l'administration d'antalgiques dès l'apparition de manifestations douloureuses. Une grille adaptée est en place afin de mesurer au mieux l'importance de la douleur.

Une démarche palliative est en œuvre depuis 2007 et une convention a été signée avec l'unité mobile de l'hôpital J.Monod (UMSP).

b) L'accompagnement socio-éducatif

Le projet d'établissement, actualisé en 2010, ne comporte pas de projet de vie et de projet éducatif.

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

- L'art thérapeute propose différents matériaux d'expression dont la peinture, le collage et la musique. La majorité des résidents sont aujourd'hui concernés par ces espaces d'expression et de création artistique. Deux résidents ont intégré le Conservatoire de Musique du Havre à la rentrée de septembre 2015. Des sorties culturelles ont eu lieu également : musées, expositions
- Les activités à caractère sportif : piscine, patinoire (avec fauteuil équipé), cheval, médiation par l'âne, vélo avec organisation de randonnées et balades à la plage, tournoi de quilles, ...
- Les activités autour de l'esthétique
- Les activités autour des goûts et saveurs : activité cuisine, pâtisserie, potager, ...
- Les activités de relaxation et confort : snoezelen, thalasso pieds, massages
- Les activités de loisirs : vidéo, cinéma, restaurant, concerts, matchs de foot
- Les activités manuelles : bricolage

Exemples de temps forts en 2016

Le groupe de résidents amateur de sport a pu assister à différents matchs du HAC, à France Belgique au stade de France avec journée à Paris. Ils ont participé à la nuit des Arts Martiaux à Paris et au Tour de France au Havre.

La traditionnelle « journée moto », organisée par l'association des motards indépendants havrais (AMIH) sur le site de la Maison d'Accueil a eu lieu en juin. La participation d'une quinzaine de side-cars en plus des 120 motos ont permis aux résidents de profiter de la balade. Cette journée est ouverte aux établissements de l'enfance de la Ligue Havraise pour le plus grand bonheur des enfants. La matinée s'est terminée par un barbecue géant avec motards parents, résidents et professionnels accompagné de musique.

Participation au Forum du Handicap organisé par la ville du Havre.

Les Animations spécifiques du projet d'été : Pique-niques à Honfleur, Etretat, Deauville, Fécamp, Journée à l'hippodrome de Deauville, Balades à la plage en vélo adapté, Buggy, Karting, Ballade en train, tramway, Journée au parc Bocasse, Festyland, Biotropica, Sons et lumières du Valasse, Feux d'artifice du 14 juillet

Les repas festifs : Barbecues une fois par mois de mai à août, Goûter de Pâques et recherche d'œufs, Repas du printemps avec les familles, Repas à thèmes (chinois, italien), Repas de Noël, Galette des rois organisée par les familles avec une tombola.

Autres temps forts de l'année :

- ✓ Séjour de transfert dans un gîte adapté à Fiquefleur sur 2 semaines pour 16 résidents au total
- ✓ Journée à Paris (visite du musée Grévin, Tour Eiffel)
- ✓ Concerts : M. Pokora, Années 80, Mosaïques, spectacle Country
- ✓ Concert Johny Halliday
- ✓ Manifestation : FESTICAP avec la municipalité

Les partenariats sont nombreux et se développent avec des associations (Handibox pour 13 résidents), avec des établissements (Centre Jean Vannier, Bercail St Denis, les Constellations, Institut Calmette, des collèges et écoles, ...) et avec le Service Handicap de la Ville du Havre (à la SAM pour des activités informatique, prêt de vélos fauteuils, à la piscine de Caucriauville, participation aux journées thématiques)

2. PRÉSENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'ÉVALUATION

2.1.1 Lancement de la démarche

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

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

La démarche d'évaluation a été initiée par la direction en décembre 2015 avec la préparation d'un planning de réunions en déterminant la composition souhaitée des groupes de travail par thème et leur durée (le temps moyen d'échange pour chaque item a été fixé à 15 minutes).

Une présentation de la démarche à tous les professionnels a été faite par la direction en réunion plénière et des documents leur ont été remis afin de s'inscrire sur les thèmes de leur choix.

Mais dans le contexte de l'arrivée des changements d'organisation avec les nouveaux plannings de travail, l'adhésion des professionnels a été minime. Aussi, la démarche a été réenclenchée en janvier avec un nouveau planning de réunions sur les 3 mois suivants, après sensibilisation de tous à l'importance de cette démarche participative.

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

Les animateurs des groupes de réflexion ont été la directrice et les deux chefs de service. La saisie des informations sur le logiciel AGEVAL a eu lieu en différé en dehors des réunions.

Ces temps de réunions sont venus en plus des temps de réunions hebdomadaires planifiées (clinique, équipe, éducative, projet personnalisé). La participation des professionnels a donc été variable en fonction de l'absentéisme du jour. Mais un grand nombre de participants différents ont pu participer concrètement à cette évaluation interne.

2.2 LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES DIFFERENTS ACTEURS

2.2.1 Mise en place de comités de pilotage

Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué de neuf membres après un appel à candidature :

a) Compositions et missions

Composition	Missions	Dates
Mme LALLART, Présidente de l'Association Ligue Havraise Mme LECOURTOIS, mère d'un résident, représentante des familles M. CAMPANA, kinésithérapeute Mme FEUILOLEY, AMP Mme BACLAWSKI, AMP Mme DUBOCAGE, IDE Mme MERIOT, secrétaire M. ANTONIN, homme d'entretien Mme JOUSLIN, directrice	- Favoriser et accompagner la démarche d'évaluation interne - Assurer le suivi des travaux des groupes - Assurer le suivi et accompagner le déploiement du plan d'actions	05/01/16 24/03/16 27/05/16 23/06/16 01/09/16 17/11/16

Ce comité de pilotage s'est réuni cinq fois en 2016, à ce jour. Ses membres ont relu les résultats de cette évaluation ainsi que le plan d'actions élaboré afin d'en vérifier la cohérence. Ce comité de pilotage doit se réunir encore le 17/11/16 et son existence sera pérennisée sur les années à venir afin de suivre la mise en œuvre du plan d'actions et plus généralement le déploiement de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de la structure.

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

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

2.2.3 Modalités d'association des professionnels

⇒ Etape 1 – Phase d'information

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

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

⇒ Etape 2 – L'auto-évaluation

Les groupes se sont réunis de février à avril 2016 selon le planning établi et les réponses aux questions ont été saisies sur les documents du référentiel concerné.

Tableau récapitulatif des groupes et sessions d'auto-évaluation

THEMES	CADRAGE DEMARCHE EVALUATION INTERNE										TOTAL
	ACCUEIL	RESPECT DES DROITS	ACCOMPAGNEMENT	SOINS	CADRE DE VIE	PREVENTION DES RISQUES	RESEAU	MANAGEMENT	OUTILS LOI 2002	ESAT	
NOMBRE DE REFERENCES	4	7	10	4	6	4	3	2	1	1	42
NOMBRE DE CRITERES	9	15	26	16	17	12	12	10	8	4	129
TEMPS ESTIME (en heures)	2h15	3h45	6h30	4h	4h15	3h	3h	2h30	2h	NC	31h15
NOMBRE DE REUNIONS	2	2	4	2	3	2	2	2	1		20
ANIMATEUR	D.Jouslin	M. Constans	F.Ferry	M. Constans	F.Ferry	D.Jouslin	D.Jouslin	M. Constans	M. Constans		
DATES DE REUNION	les lundis de 14h30 à 16h : 22/02/16 07/03/16	les mardis de 14h à 16h : 16/02/16 05/04/16	les jeudis de 10h à 12h : 18/02/16 10/03/16 24/03/16 07/04/16	les mardis de 14h à 16h : 23/02/16 08/03/16	les jeudis de 10h à 12h : 25/02/16 17/03/16 31/03/16	les lundis de 14h30 à 16h : 14/03/16 11/04/16	les lundis de 14h30 à 16h : 21/03/16 04/04/16	les mardis de 14h à 16h : 15/03/16 29/03/16	les mardis de 14h à 16h : 22/03/16		
PARTICIPANTS	4 à 8 + 1 secrétaire	4 à 8	4 à 8 + 1 arthérapeute	4 à 8 + 1 médecin	4 à 8 + 1 kiné	4 à 8 + 1 psychologue	4 à 8	4 à 8	4 à 8		
USAGER	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
PARENT	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ADMINISTRATEUR	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

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

⇒ Etape 4 – Elaboration du plan d'actions : de juillet à aout 2016

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

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

2.3 MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS

2.3.1 Principe de construction du référentiel d'évaluation

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

2.3.2 Structure du référentiel d'auto-évaluation:

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

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

2.3.3 Les principaux domaines évalués et les références

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

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

2.3.4 Le déroulement des sessions d'évaluation

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

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1 LES PRINCIPAUX CONSTATS : RESULTATS ET ANALYSE

3.1.1 L'Accueil

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

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

Points forts

AC1 A Les signalétiques extérieures et intérieures sont existantes.

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

Points faibles

AC1 A La signalétique extérieure est existante mais peu visible au pied du domaine. Il manque un signallement sur la voie publique avant l'arrivée à proximité de l'établissement. Il manque un panneau à chaque entrée de la propriété. La signalétique intérieure est incomplète, tous les locaux ne sont pas signalés. Il manque aussi des panneaux d'accès pour les ambulances. La signalétique n'est pas adaptée à tous types de handicap.

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

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

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

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

Points forts

Le standard permet de joindre à tout moment un professionnel de la structure (secrétaire, IDE, veilleurs de nuit ou astreinte) qui permet de faire le lien avec les personnes accueillies qui sont pour la plupart dans l'incapacité de répondre au téléphone.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC3 A L'accueil est possible toute l'année sous conditions (horaires, respect intimité)	Oui
AC3 B Le consentement de la personne (si possible) est une condition de l'accueil des proches	Partiellement
AC3 C Les proches disposent d'un espace dédié	Oui
Points forts	
AC3 A Le standard téléphonique permet de faire des transferts automatiques des appels. Il existe une astreinte 24h/24h.	
AC3 B Le consentement est recueilli par les professionnels de proximité auprès des personnes pouvant l'exprimer	
AC3 C Une salle des parents est disponible et équipée. L'espace est convivial et agréable.	
Points faibles	
AC3 A Les horaires de visite ne sont pas connus.	
AC3 B Le consentement est recueilli seulement auprès des personnes pouvant l'exprimer	
AC3 C La salle dédiée aux parents peut être partagée pour des formations ou des temps de réunions (manque de salles dans la structure).	

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

Critère AC 4 - L'accueil est organisé et efficient

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AC4 A L'accueil garantit un contrôle d'accès et prévient les intrusions	Oui

AC4 B L'accueil peut répondre à tout type de demandes (visiteurs, etc...) de façon à y répondre efficacement	Oui
AC4 C L'accueil est compétent pour faire le lien entre tous les intervenants et aussi dans l'urgence	Oui
Points forts	
AC4 A Un système de visiophonie a été mis en place pour contrôler les accès à l'établissement en 2016. Le site est entièrement sécurisé avec des codes d'accès, une visiophonie, des volets, etc....	
AC4 C Le lien entre tous les professionnels peut être fait (IDE, astreinte, professionnels dans les unités, ..) par l'accueil si besoin à tout moment de la journée.	
Points faibles	
AC4 A : L'ensemble du site est sécurisé par malgré tout certaines portes peuvent être déverrouillées temporairement par des professionnels (sortie en pause)	

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

3.1.2 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	Partiellement
Points forts	
AP1 A Depuis décembre 2014, une commission d'admission pour l'étude des demandes a été mise en œuvre. Une liste d'attente a été remise à jour.	
Points faibles	
AP1 A La procédure d'admission n'est pas rédigée selon le référentiel qualité de la Ligue Havraise	

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

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP2 A Avant de prononcer l'admission, le candidat est reçu par l'équipe pluridisciplinaire	Oui
AP2 B La commission d'admission réunit toutes les composantes nécessaires à l'évaluation	Oui
AP2 C La décision d'admission n'est possible qu'après recueil de l'avis de l'équipe pluridisciplinaire	En grande partie
Points forts	
AP2 A Le candidat et sa famille (ou représentant légal) sont reçus par le chef de service. Une visite de l'établissement est organisée. Une journée d'accueil est organisée afin que le candidat et l'équipe pluridisciplinaire se rencontrent. AP2 B La commission d'admission est composée de l'équipe de Direction, du médecin et de la psychologue de l'établissement. Tous les éléments informatifs nécessaires à l'évaluation du dossier sont réunis. AP2 C L'avis de l'équipe pluridisciplinaire est pris en compte.	
Points faibles	
AP2 B La présence d'un (ou plusieurs) membre de l'équipe d'accompagnement à la commission d'admission pourrait être étudiée AP2 C Pas de document spécifique aux admissions, réunissant le dossier de demande d'admission et l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire.	

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

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

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

Points forts

- AP3 A Un dossier est envoyé systématiquement à toute personne ayant une orientation MDPH Maison d'Accueil Spécialisée
- AP3 C Une réponse est systématiquement apportée aux candidats par un courrier

Points faibles

- AP3 B Hormis la Direction, les professionnels ne sont pas informés de l'ensemble des candidatures émises et, le cas échéant, des motifs de refus, de l'état de la liste d'attente.
- AP3 C Il n'y a pas de transmission d'information systématique pour indiquer les structures les plus adaptées aux personnes qui ont eu une réponse négative.
- AP3 D Le processus d'admission spécifique aux accueils temporaires est le même que le processus d'admission général.

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	En grande partie
AP4 B Des conventions existent avec les structures d'amont pour faciliter les orientations	Partiellement

Points forts
AP4 A Le site internet est accessible, convivial et agréable. Il est représentatif de la vie de l'association et des établissements/services.
AP4 B Des liens étroits existent avec les établissements du pôle Enfant de la Ligue Havraise mais aussi d'autres IME du territoire.
Points faibles
AP4 A : Le site internet ne possède pas d'outils de communications adaptés et diversifiés (pictogrammes, audio, etc...). Le site internet devrait permettre un accès aux livrets d'accueil des établissements.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP5 A Les personnes qui ne peuvent être admises sont orientées vers la MDPH pour la suite de leurs démarches	Non
AP5 B Les personnes candidates à l'accueil temporaire/de jour sont accompagnées dans leurs démarches d'orientation	Partiellement

Points forts
AP5 A : Les personnes qui ne sont pas admises à la Maison d'accueil spécialisée reçoivent systématiquement un courrier défavorable à leur demande.
AP5 B : A l'issue de la période d'accueil temporaire, une évaluation de l'accueil est effectuée par le référent de la personne, cette évaluation leur permet d'alimenter leurs démarches d'orientation.
Points faibles
AP5 A : Le courrier répondant défavorablement à une demande d'admission ne redirige pas systématiquement vers la MDPH ni vers d'autres établissements.
AP5 B : Les personnes ne sont pas accompagnées dans leurs démarches d'orientation.

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

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP6 A Le dossier de la personne inclut obligatoirement des éléments permettant de retracer son parcours de vie	Partiellement
AP6 B L'établissement/service encourage la personne et/ou son représentant légal à participer à l'élaboration de son projet personnalisé	Partiellement
Points forts	
AP6 A Le dossier de la personne possède généralement les éléments permettant de retracer son parcours de vie. Ces éléments permettent aux professionnels d'assurer la continuité du projet de vie de la personne accueillie.	
AP6 B : L'expression de la personne est systématiquement recherchée. Il existe une procédure pour l'élaboration du projet de vie de la personne accueillie.	
Points faibles	
AP6 A L'ensemble des dossiers ne comportent pas tous les détails des parcours de vie des personnes accueillies.	
AP6 B Il existe un document de recueil des attentes et besoins de la personne accueillie et/ou de son représentant légal mais il ne sera utilisé que lors de la prochaine réactualisation de son projet. Les réunions de projet ne sont pas programmées tous les ans, il n'y a pas de réactualisation régulière des projets personnalisés.	

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

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

AP7 C Il existe des objectifs clairement définis dans le projet personnalisé	Partiellement
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	Partiellement

Points forts

- AP7 A L'expression de la personne accueillie est systématiquement sollicitée.
- AP7 B Les besoins de la personne sont identifiés et réévalués de façon variable. Des réajustements nécessaires sont mis en œuvre en fonction des besoins quand ils ont été réévalués. L'évolution de la personne est prise en compte dans les projets personnalisés.
- AP7 C Des objectifs sont écrits dans les projets personnalisés des personnes accueillies.
- AP7 D L'utilisateur est impliqué, à la mesure de ses moyens, dans la démarche de co-construction des objectifs de son projet personnalisé.

Points faibles

- AP7 A Le document relevant l'expression de la personne n'est pas encore suffisamment utilisé par les équipes : culture de l'oralité ancrée. Des difficultés d'accompagnements apparaissent pour les équipes quand les attentes de la personne accueillie sont différentes de celles de sa famille.
- AP7 B Il existe un manque de formalisme et de traçabilité dans les documents dédiés au projet personnalisé de la personne accueillie.
- AP7 C Les objectifs sont parfois trop généraux et manquent d'actions concrètes. Les informations sur les objectifs ne sont pas suffisamment partagées et suivies en équipe.
- AP7 D Les familles ne sont pas toutes sollicitées dans la recherche d'objectifs.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP8 A Les projets personnalisés sont connus de tous	Oui
AP8 B Des référents sont désignés pour la personne et veillent à la mise en œuvre du projet personnalisé	Oui
AP8 C Les informations relatives à la mise en œuvre du projet sont transmises et disponibles pour tous	Oui

AP8 D La coordination des différents intervenants est organisée et effective	Oui
--	-----

Points forts

AP8 A Les projets personnalisés existent et tous les professionnels les connaissent.

AP8 B Chaque personne accueillie a 1 à 2 référents (AS et AMP).

AP8 C Divers outils sont disponibles pour la mise en œuvre du projet : les transmissions écrites quotidiennes - la fiche d'habitudes de vie - la fiche toilette - la fiche repas.

AP8 D Deux cadres techniques coordonnent l'ensemble des démarches éducatives entreprises à l'égard des personnes accueillies en appui des référents. Divers outils sont disponibles à cet effet : déroulé de journée - les réunions - les plannings d'activités.

Points faibles

AP8 A Il y a un manque d'actualisation régulière des projets personnalisés.

AP8 B Le rôle des référents est à réinterroger.

AP8 B L'entretien des effets personnels des résidents (armoire, etc) ne sont pas suffisamment suivis par les référents.

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

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

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

Points forts

AP9 A : L'ensemble des activités proposées sont adaptées aux usagers. Il y a une forte implication de l'ensemble des professionnels. Une planification de toutes les activités des personnes accueillies est effective dont certaines qui sont transversales à plusieurs pavillons.

AP9 B : Les réunions "du matin" permettent aux Résidents de se repérer dans le temps et de connaître le déroulement de leur journée et de s'exprimer. Les réunions du CVS sont organisées 3 fois par an. L'équipe de Direction est disponible pour entendre la parole de tous les résidents qui le souhaitent en cas de difficultés par exemple ou de mécontentement, etc...

Points faibles

AP9 B : Les réunions "du matin" ne sont pas suffisamment suivies.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
AP10 A L'établissement/service adapte son projet aux évolutions des profils des personnes	Oui
AP10 B L'établissement/service adapte les compétences des professionnelles aux besoins des personnes	En grande partie

Points forts

AP10 A : Une nouvelle dynamique institutionnelle est engagée sur le sujet de l'évolution des publics. La réécriture du projet d'établissement est programmée pour 2016 et inscrite dans le plan de retour à l'équilibre avec l'ARS.

AP10 B : Un plan de formation spécifique aux évolutions du public accueilli (Snoezelen, outils de communication, etc.) est établi pour adapter les compétences des professionnels.

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

3.1.3 Les soins

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
SP1 A L'organisation des soins peut être adaptée à un emploi du temps imprévu de la personne	Oui

SP1 B Le projet de soin favorise la mise en œuvre des autres projets de la personne	Partiellement
Points forts	
SP1 A Les professionnels de terrain font preuve d'une grande adaptabilité.	
Points faibles	
SP1 A Les outils de transmission des informations existants manquent d'efficacité.	
SP1 B : Le projet de soins est un élément distinct du projet personnalisé.	

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	Partiellement
SP2 B Des examens cliniques réguliers sont planifiés afin de prévenir les accidents de santé	Partiellement
SP2 C Des suivis cliniques sont réalisés périodiquement et systématiquement	Oui
Points forts	
SP2 A Une visite médicale de contrôle est organisée annuellement pour chaque personne accueillie en présence du médecin généraliste, du kinésithérapeute, d'une infirmière et d'un professionnel aide-soignant ou aide médico-psychologique. SP2 B Il existe un partenariat avec l'hôpital Flaubert pour le suivi dentaire des personnes accueillies. Le médecin généraliste, bien qu'à 0,30 ETP, est présent quotidiennement et a une grande disponibilité téléphonique (soirs et weekends). SP2 C Le suivi des examens cliniques réguliers est dorénavant programmé à l'aide d'un agenda informatisé et partagé. Ces suivis cliniques et leur traçabilité sont faits de manière quotidienne par les infirmières, les AS et les AMP.	
Points faibles	
SP2 A L'outil de transmissions actuel est peu efficace, mais la Ligue Havraise est en cours d'acquisition d'un logiciel pour le Dossier Unique de l'Usager.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
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	Partiellement
SP3 C La prescription et le circuit des médicaments sont organisés et sécurisés	Non
SP3 D Tout événement indésirable fait l'objet d'un traitement selon un protocole connu de tous	En grande partie
SP3 E Les transmissions quotidiennes d'informations sont organisées par oral et par informatique	Partiellement
SP3 F Les informations médicales sont transférées dans le dossier informatisé de la personne	Non

Points forts

SP3 A Le médecin est présent tous les jours sauf le dimanche, de plus il accepte de donner un avis téléphonique en cas de situations complexes. La présence infirmière est garantie de 06h45 à 21h30 depuis avril 2015.

SP3 B Les formations effectuées répondent à des besoins identifiés et sont programmés dans le cadre du plan de formation annuel.

SP3 C La prescription est sécurisée.

SP3 D Il existe un protocole de déclaration des événements indésirables. Un comité d'analyse des EI existe également.

SP3 E Les temps de transmissions orales sont formalisés dans les déroulés de journée (matin, midi et soir) et sont pluridisciplinaires.

Points faibles

SP3 A Il n'y a pas de présence infirmière la nuit, ni d'astreinte.

SP3 B Quelques professionnels d'accompagnement n'ont pas de formation qualifiante à ce jour (4/50).

SP3 C Le circuit du médicament n'est pas encore formalisé. Il a été modifié courant 2015 et doit être, à nouveau, revu afin d'augmenter la sécurité de celui-ci.

SP3 D Le fonctionnement du comité d'analyse des événements indésirables reste à améliorer car il manque un retour du traitement des événements.

SP3 E Les transmissions écrites ne sont pas informatisées.

SP3 F Le dossier individuel informatisé doit être déployé fin 2016.

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	3
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

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

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

Points forts

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

SP4 A De nouveaux outils de communication personnalisés ont été mis en place en 2016 pour les habitudes de vie / toilette / repas / ...

SP4 B Les formations sont adaptées au public accueilli pour répondre à leurs besoins et leurs caractéristiques spécifiques.

SP4 C Des protocoles médicaux existent (alimentaire, hyperthermie, contention, épilepsie,...) et des transmissions orales et écrites sont tracées dans le dossier de soins.

Points faibles

SP4 A Les projets de vie sont à réactualiser chaque année.

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

SP4 C Les protocoles médicaux existants sont à réactualiser. Avec les nouveaux plannings (mars 2016) la présence d'une AS par pavillon n'est pas respectée tous les jours, mais cela est compensé par la présence infirmière.

SP4 D Les troubles du comportement sont plus fréquents et les professionnels ne sont pas suffisamment formés, à cela, s'ajoute la présence de personnes vieillissantes.

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

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

3.1.4 Le cadre de vie

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV1 A L'établissement respecte les règles d'accessibilité	En grande partie
CDV1 B Les locaux favorisent la circulation et l'accès à tous les lieux de l'établissement	En grande partie
Points forts	
CDV1 A L'établissement respecte les règles d'accessibilité dans son ensemble.	
CDV1 B L'établissement est structuré de manière à favoriser la libre circulation des usagers.	
Points faibles	
CDV1 A La carence principale est liée à la signalétique inadaptée au public accueilli et la signalétique n'est pas adaptée à tous types de handicaps. Il existe un virage exigu dans la rampe d'accès extérieure. Le couloir d'accès entre la partie administrative et les lieux de vie a une pente de 6%, c'est un facteur de risque de chute et d'essoufflement pour les personnes accueillies qui se déplacent en autonomie.	
CDV1 B Les extensions successives ont imposé de longs couloirs de liaison entraînant de la fatigabilité tant pour les professionnels que pour les personnes accueillies	
CDV1 B La salle Snoezelen et la salle d'art-thérapie se trouvent à l'extérieur de l'établissement sans accès direct protégé.	

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

Critère CDV 2 - Les normes de sécurité sont respectées

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CDV2 A Les locaux ont été aménagés pour garantir la sécurité des personnes	Partiellement
CDV2 B Le matériel utilisé et mis à disposition prend en compte la sécurité des personnes	Oui
Points forts	
CDV2 B Le matériel est adapté aux profils des personnes accueillies et son renouvellement permanent favorise la prise en compte des besoins des personnes accueillies et des conditions de travail des professionnels. Le matériel est désormais testé par les professionnels avant que les achats ne soient validés. Les formations PRAP (Prévention des Risques liées à l'Activité Physique) sont dispensées en plus auprès des professionnels et des fiches de manutention sont élaborées pour chaque personne accueillie et sont en cours de déploiement auprès des équipes.	
Points faibles	
D'une manière globale, la maison d'accueil spécialisée n'est pas pleinement adaptée au public accueilli avec un handicap aussi important. Certaines chambres n'ont pas un espace suffisant pour la manipulation des personnes accueillies avec du matériel mobile spécifique. Il manque des lieux de rangements pour le matériel (fauteuil, lève-personne, verticalisateur, etc ...). Il existe un encombrement permanent des lieux avec les risques d'accident inhérents. Les toilettes des unités de vie sont également trop exiguës.	

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
CVD3 A Les chambres et les espaces de vie, de détente sont confortables et chaleureux	En grande partie
CDV3 B La personne est libre d'aménager sa chambre à sa guise	Oui
CDV3 C Les personnes peuvent participer à l'aménagement des lieux de vie collectifs	Oui
Points forts	
CVD3 A La réfection des locaux se fait en fonction de l'état et des besoins particuliers des personnes accueillies. Des actions permanentes sont réalisées afin d'égayer les locaux et de les rendre plus attrayants. Les chambres des personnes accueillies sont toutes de plain-pied et pour la plupart sont équipées de porte-fenêtres. Il existe aussi des terrasses extérieures aménagées et accessibles.	

CVD3 B La personnalisation des chambres est faite en respectant les souhaits des personnes accueillies. C'est une dynamique institutionnelle portée et encouragée par l'équipe éducative.

CDV3 C Il existe une commission préparation fête à laquelle les personnes accueillies participent pour la décoration des lieux collectifs en fonction des événements.

Points faibles

CVD3 A Certaines chambres manquent d'espace et de lumière, sont ou trop froide, ou trop chaude. Les différentes extensions ont impacté la taille de la structure et par voie de conséquence la convivialité générale des locaux. Toutefois les lieux de vie demeurent trop exigus par rapport à la population accueillie et leur handicap (beaucoup de fauteuils).

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

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

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

Points forts

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

CDV4 B : Des formations sur la bienveillance et la bientraitance ont déjà eu lieu dans les années antérieures. A l'initiative des professionnels, ont été mis en place quelques rideaux amovibles dans les chambres doubles afin de préserver l'intimité des usagers.

Points faibles

CDV4 A En cas d'absences il est fait appel à des remplaçants qui ne connaissent pas toujours au préalable les personnes et donc entrent dans leur intimité.

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

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

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

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

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

Points forts

CDV5 A La maison d'accueil spécialisée offre des espaces de convivialité : entrée, point distributeur à boissons, sas des pavillons, sortie du couloir pavillon rouge vert,

CDV5 B : Dans chaque pavillon il y a deux salles de vie conviviales, lumineuses qui débouchent sur des terrasses. Il y a une volonté institutionnelle continue d'améliorer le mobilier pour tous les secteurs d'activités professionnelles et les personnes accueillies.

CDV5 C : Les salles de vie sont décorées par les personnes accueillies et les professionnels.

Points faibles

CDV5 A : Il reste quelques aménagements d'espaces de convivialité qui ne sont pas finalisés en termes de décoration.

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

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

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	2
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	En grande partie
CDV6 C L'établissement met en œuvre une organisation pour l'hygiène des locaux	Oui
CDV6 D L'établissement organise le traitement du linge dans le respect de l'intimité des personnes	Oui
CVD6 E L'établissement organise une prestation de transport adaptée aux personnes	Oui

Points forts

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

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

CDV6 C Une équipe d'agents de service interne assure l'hygiène des pavillons quotidiennement et une équipe d'agents d'ESAT entretient les parties communes de la MAS.

CDV6 D Une lingerie interne traite l'ensemble du linge des usagers. Il est constaté une diminution de la disparition du linge des résidents.

CVD6 E Tous les véhicules de la MAS sont adaptés au transport du public accueilli, par exemple dans le cas d'organisation d'activités, de sorties,....

Points faibles

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

CDV6 C : Le nettoyage des parties communes peut être amélioré.

CDV6 D : Au lavage, une détérioration de certains vêtements peut arriver, selon les matières.

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

3.1.5 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	Partiellement
RDP1 B Il existe des actions d'information et de formation du personnel sur les droits des personnes	Partiellement
Points forts	
RDP1 A Les documents sont à disposition dans toutes les salles de garde dans une boîte identifiée. - Tous les professionnels peuvent avoir accès à internet via des ordinateurs mis à disposition dans des salles de garde. Un bureau est mis à disposition des équipes pour effectuer des écrits professionnels avec les documents législatifs mis à disposition. Un réseau intranet est accessible à tous les salariés de la Ligue Havraise où sont intégrés tous les textes de référence RDP1 B Des informations de type informelles de la réglementation sont données au cours réunions selon les sujets abordés.	
Points faibles	
RDP1 A Il n'y a pas de mise à jour des documents papiers (depuis 2013). RDP1B Les professionnels ont des difficultés à s'approprier les outils (manque de formation à l'informatique). Tous les professionnels ne savent pas où trouver les documents.	

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
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	Partiellement
RDP2 B Un référent bientraitance est désigné et sa fonction est connue de tous	Non
RDP2 C Les personnes et les représentants légaux sont informés des dispositifs mis en place	Partiellement

Points forts

RDP2 A Des formations permettant une meilleure compréhension des troubles du comportement que peuvent présenter les résidents sont organisés

RDP2 C Les représentants légaux sont informés des dispositifs mis en place lors des réunions du CVS qui ont lieu tous les trois mois ainsi que par le biais des comptes rendus.

Points faibles

RDP2A Tous les professionnels ne sont pas formés. Les formations "bientraitance" ne se font pas de manière régulière.

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

RDP2C Les résidents ne sont pas systématiquement informés des dispositifs mis en place.

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

Points forts

RDPA3 A : Dans la procédure d'accueil, un temps de rencontre est systématiquement programmé entre le chef de service, le résident, un membre de sa famille et/ou son représentant légal afin de rechercher la participation de la personne accueillie.

Points faibles

RDPA3 A La procédure d'accueil en cours de formalisation.

RDP3 B Dans le dossier de demande d'admission, il n'existe pas de partie prévue pour les attentes de la personne et/ou de son représentant légal

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

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RDP4 A Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne selon les modalités de la loi	Oui
RDP4 B L'établissement/service encourage la participation des personnes au CVS ou autre instance	Partiellement
RDP4 C L'établissement/le service encourage la personne à participer au fonctionnement	Partiellement
Points forts	
RDP4 A Les familles des résidents sont informées des CVS et encouragées à en être membre. Un parent différent est invité par la Présidente du CVS à chaque réunion. Toutes les familles reçoivent les comptes rendus du CVS et ils sont à disposition dans l'établissement. RDP4 B et RDP4 C Un groupe d'expression des personnes accueillies a été mis en place en 2016 par la psychologue de la structure.	
Points faibles	
RDP4 B Les informations concernant le CVS n'est pas transmise de manière systématique lors de l'accueil d'un nouveau résident.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
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	En grande partie
RDP5 B Le droit à la renonciation est effectif et fait l'objet d'une réflexion en équipe	Oui
Points forts	
RDP5 A Le choix de la personne est recherché quotidiennement au cours des actes de la vie quotidienne (choix des habits, des sorties, respect des goûts alimentaires, des professionnels qui accompagnent l'aide à la toilette et aux repas, etc..) mais aussi pour le choix de leurs référents. - la décision de ne pas laisser	

choisir un résident fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire lors des réunions institutionnelles. Le respect de la volonté d'un résident concernant sa vie affective et sexuelle fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire si nécessaire, le sujet est abordé de façon naturelle par la plupart des professionnels.

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

Points faibles

RDP5 A Le poste d'ergothérapeute étant vacant, il est difficile de mettre en place des outils de communications adaptés à chaque personne afin d'améliorer leur expression. Le respect du choix de la spiritualité des résidents n'est pas toujours recherché. La vie affective et sexuelle des résidents est encore marquée par un tabou.

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

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

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

Points faibles

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

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

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

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

Points forts

La recherche de la satisfaction de la personne fait partie du travail quotidien des professionnels.

Points faibles

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

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

3.1.6 Les outils de la loi 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	Partiellement
OU1 B La charte des droits et des libertés existe et est en annexe du livret d'accueil	Oui
OU1 C Le contrat de séjour/ Document Individuel de Prise en Charge est établi à l'admission	Partiellement
OU1 D Le contrat de séjour ou le DIPIC précise les prestations personnalisées	Oui
OU1 E L'avenant est élaboré à la révision annuelle du projet personnalisé	Non
OU1 F Les coordonnées de la personne qualifiée pour tout recours sont connues des personnes	Oui
OU1 G Le règlement de fonctionnement est remis à toute nouvelle personne admise	Non
OU1 H L'affichage des outils de la loi de 2002 prévu par la loi est effectif	Oui

Points forts

OU1 A : Le livret d'accueil existe, il est très attractif à la lecture. Il a été conçu en collaboration avec les résidents pour en faciliter la lisibilité. Le livret d'accueil est en cours d'harmonisation à l'échelle de la Ligue Havraise.

Points faibles

OU1 A : Le livret d'accueil n'est pas actualisé. La diffusion n'est pas faite de façon systématique.
OU1 C : Le contrat de séjour n'a pas été établi pour tous les résidents dès leur admission.

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de "Non"	2
Nombre de "Non applicable"	0

3.1.7 Le management

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

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

Points forts

MA1 A La Ligue Havraise s'est engagée dans une politique de Gestion Prévisionnelles des Emplois et des Compétences (GPEC) pour tous ses établissements

MA1 B Un pool interne de remplacement a été mis en œuvre à compter de mars 2016.

MA 1 C Une démarche de recrutement claire est mise en place avec le soutien du service des Ressources Humaines (parution annonce, réception des candidatures, entretiens, période d'essai, évaluation avec avis de l'équipe concernée).

MA1 D Les fiches de poste sont en cours de réactualisation au sein de la Ligue Havraise.

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

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

Points faibles

MA1 A La GPEC n'est actuellement pas complètement déployée au niveau de l'établissement.

MA1 B Des procédures dégradées existent mais certaines sont encore en cours de rédaction en équipe. La cohésion d'équipe est encore à renforcer dans le cas de la mise en œuvre de ces organisations différenciées.

MA 1 C La procédure de recrutement est encore à rédiger en lien avec le service des Ressources Humaines.

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

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

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

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

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

Points forts

MA2 C Un outil informatique de pilotage de la qualité a été déployé au 1er semestre 2016 afin de suivre les plans d'actions élaborés dans l'établissement.

Points faibles

MA 2 C Le projet d'établissement doit être réécrit en 2016 afin de décliner les objectifs du Projet Stratégique "Horizon 2020" de la Ligue Havraise au niveau de l'établissement, dans le cadre budgétaire contraint (CREF 2015 - 2018). Le projet d'établissement ne fait pas l'objet à ce jour de suivi de plans d'actions.

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

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

3.1.8 Le réseau, les partenaires et le territoire

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
RT1 A Des conventions formalisent les relations qui permettent de garantir la continuité de l'accompagnement	Oui
RT1 B Des partenariats sont établis avec des organismes pour mutualiser les ressources/connaissances	En grande partie
RT1 C Une banque de données, de l'ensemble du réseau, actualisée est accessible aux salariés	Non
Points forts	
RT1 A Des conventions sont signées et actives avec différents partenaires (Unité Mobile de Soins Palliatifs, HAD, Centre de Ressources Autisme, activités avec l'APF, MAS les Constellations, Ehpad, ...) RT1 B Des partenariats existent avec la Bibliothèque du Havre, le Conservatoire de Musique, la Balnéothérapie de l'EEAP les Myosotis, réseau Huntington, ...	
Points faibles	
RT1 A Des conventions sont à développer afin d'améliorer l'accompagnement médical des personnes accueillies (Dermatologie, Dentiste, Ophtalmologie, ...). RT1 B Les partenariats pour mutualiser des connaissances peuvent être renforcés pour la connaissance de certaines pathologies (Autisme, Huntington, Syndrome d'Engelmann, ...). RT1 C La liste des partenariats et des conventions est à formaliser, un document sera créé par l'axe transversal des Bonnes Pratiques Professionnelles de la Ligue Havraise.	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
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	Non
RT2 B L'accueil des bénévoles est organisé et formalisé	Non
RT2 C L'établissement/service fait appel à des professionnels libéraux pour répondre aux besoins spécifiques	Oui
RT2 D L'accueil des professionnels libéraux est organisé et formalisé	Non
Points forts	
RT2 C : Des professionnels libéraux interviennent régulièrement dans l'établissement (remplacement médecin, remplacement kinésithérapeute, sophrologue, pédicure, esthéticienne, ...)	
Points faibles	
RT2 A : Les professionnels sont réticents à faire appel au bénévolat. Une réflexion est à mener dans l'établissement en accord avec le projet stratégique "Horizon 2020".	
RT2 B : Une Charte du bénévole au sein de la Ligue Havraise est à rédiger.	
RT2 C : L'intervention de professions libérales peut encore être renforcée (orthophoniste, ergothérapeute (en absence de recrutement), psychologue pour l'analyse de pratiques professionnelles, ...).	
RT2 D : Des conventions sont à rédiger avec les intervenants libéraux (type d'intervention, horaires, ...)	

Nombre de "Oui"	1
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de "Non"	3
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	Oui
RT3 D Des événements organisés au sein de l'établissement sont ouverts aux populations environnantes	Oui

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

Points forts

RT3 A Une Journée Moto est très connue et médiatisée depuis 21 ans.

RT3 B Des conventions existent avec des associations culturelles et sportives (Pian pian, Ville du Havre, réseau Handicap, Bibliothèque, Téléthon, judo, centre équestre ...)

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

RT3 D La journée Moto est ouverte à 250 motards bénévoles, de même l'activité Téléthon de la Maison d'Accueil à la piscine municipale est ouverte au public.

Points faibles

RT3 A : L'établissement étant très excentré de la ville, n'est pas assez connu (implantation sur la colline et au milieu d'une forêt). Les véhicules ne sont pas identifiés au nom de l'association. La visibilité de l'établissement doit être renforcée avec des activités de type "portes ouvertes" pour les parents et enfants des établissements du Pôle Enfant, pour les fournisseurs, ... ou vide-grenier.

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

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

3.1.9 La prévention des risques

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

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

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

Points forts

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

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

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

PGR1 E Des protocoles existent, et la présence des IDE, du médecin et des cadres permet de sensibiliser les professionnels.

Points faibles

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

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

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

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR2 A Les équipements et les installations font l'objet de contrats de maintenance et de vérification périodiques conformément à la réglementation en vigueur	Oui
PGR2 B Les objets de valeur des personnes peuvent être conservés dans des lieux sécurisés à leur demande	Oui

Points forts

PGR2 A Les contrats de maintenance sont actualisés en fonction des besoins et suivis par un outil de pilotage.

PGR2 B Un coffre collectif existe et des coffres individuels sont installés à la demande.

Points faibles

PGR2 B Une procédure en cas de constat de vol doit être rédigée.

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR3 A Le DUERP est élaboré et régulièrement mis à jour conformément au code du travail	Oui
PGR3 B Le DUERP est connu de tous et est consultable par l'ensemble du personnel	Partiellement
Points forts	
PGR3 A Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est actualisé en équipe pluridisciplinaire.	
Points faibles	
PGR3 B Mettre le DUERP à la consultation au secrétariat et sous format informatique accessible à tous les professionnels.	

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

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

Éléments d'appréciation	Réponses aux EA
PGR4 A La procédure de gestion des événements indésirables est connue de l'ensemble du personnel	Oui

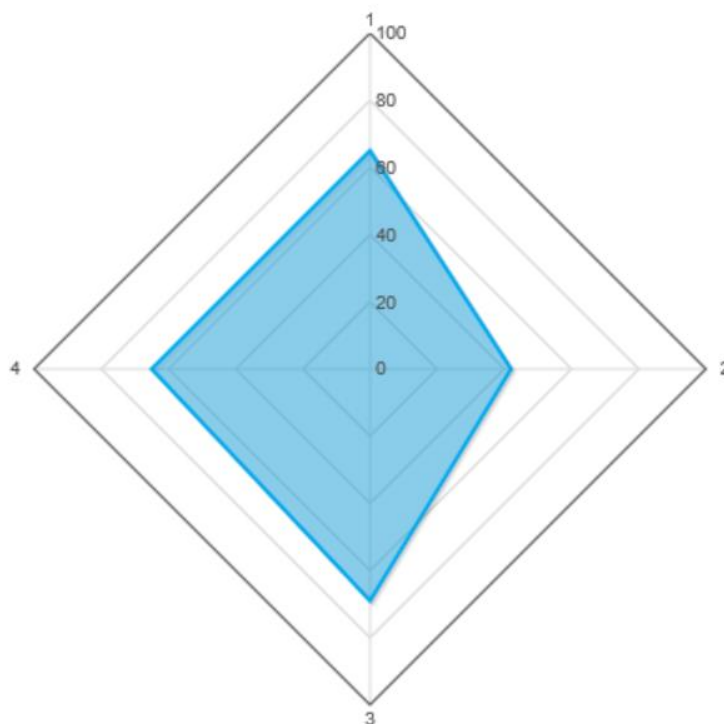
PGR4 B Des formations liées à la sécurité des personnes et des biens sont régulièrement organisées	Oui
PGR4 C Les personnes et leurs représentants légaux sont informés des dispositifs pour assurer la sécurité	Partiellement
Points forts	
PGR4 B Des formations Incendie sont organisées (33 personnes en 2016) et une planification de 100% du personnel en 3 ans est faite. PGR4 C Une information aux membres du CVS a été réalisée concernant les travaux de sécurisation de l'accès à la Maison d'Accueil : code aux portails, changement de la porte d'entrée, volet de protection sur les portes fenêtres des unités, mise en place d'un système de téléphonie permettant le contact 24h/24h et la mise en œuvre d'un numéro unique d'astreinte.	
Points faibles	
PGR4 C Les résultats de la cartographie des risques devront être communiqués aux personnes accueillies et à leurs proches.	

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

4. SYNTHÈSE

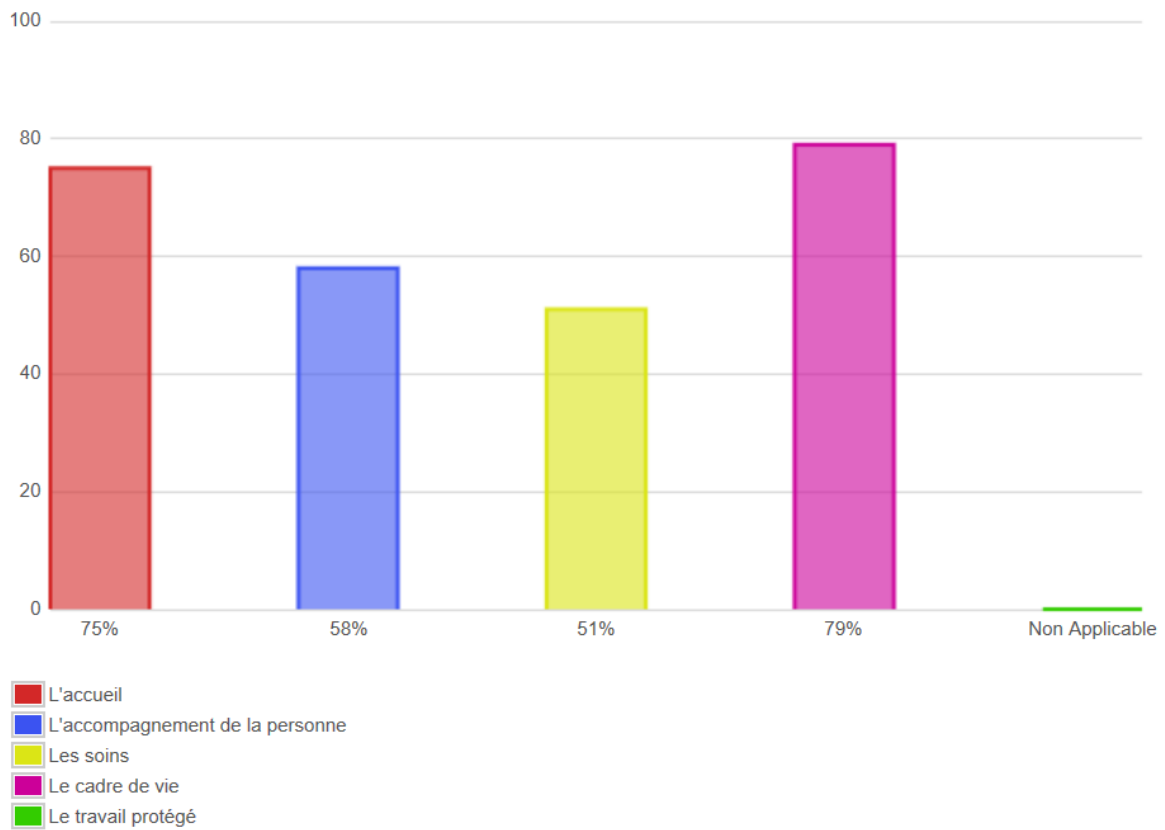
	SCORE	COTATION
Accueil et accompagnement de la personne	65	B
- L'accueil	75	B
- L'accompagnement de la personne	63	B
- Les soins	47	C
- Le cadre de vie	81	B
- Le travail protégé	0	
Les droits de la personne	42	C
- Le respect des droits de la personne	35	C
- Les outils de la loi de 2002	56	C
La gestion des ressources	69	B
- Le management	83	B
- Le réseau, territoire et les partenaires	58	C
Gestion des risques et de la qualité	65	B
- La prévention des risques	65	B
Total	62	B

Résultat de l'évaluation

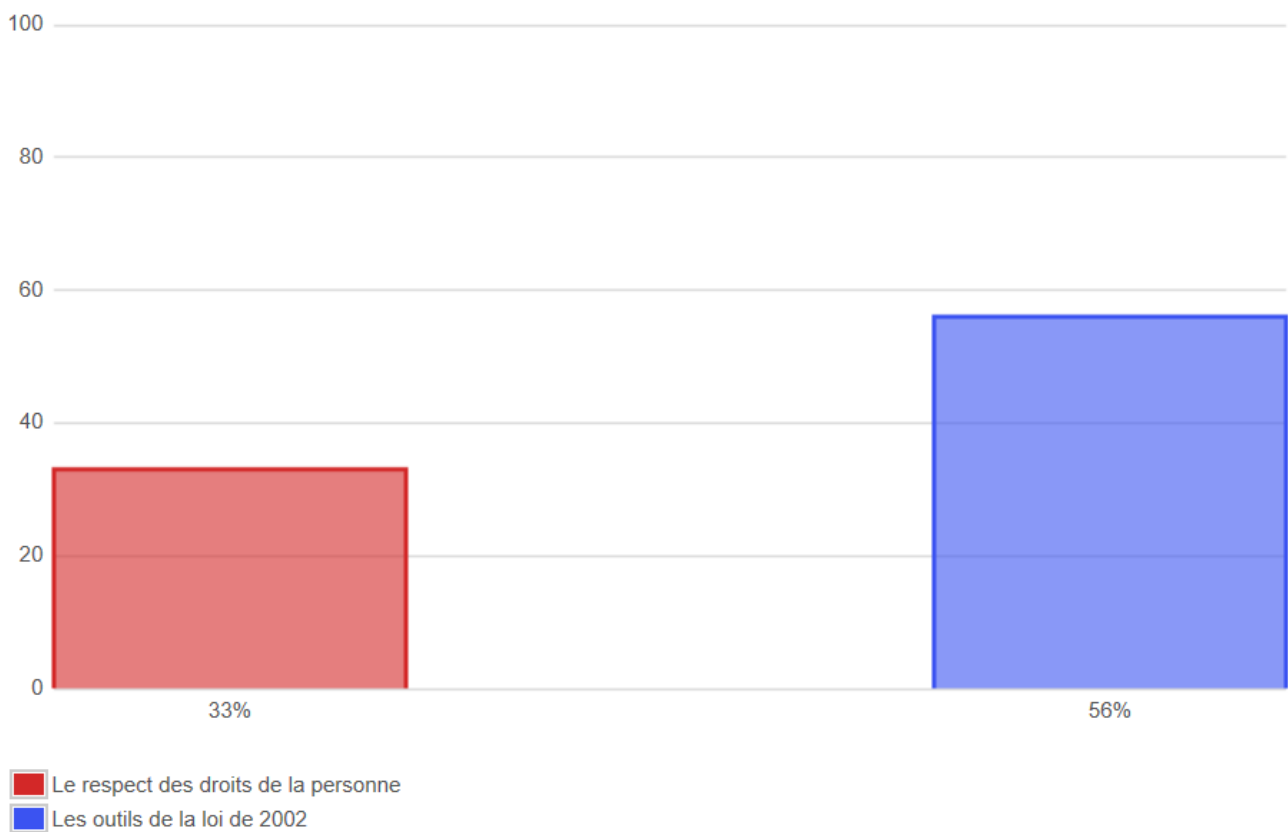


- 1 : Accueil et accompagnement de la personne
 2 : Les droits de la personne
 3 : La gestion des ressources
 4 : Gestion des risques et de la qualité

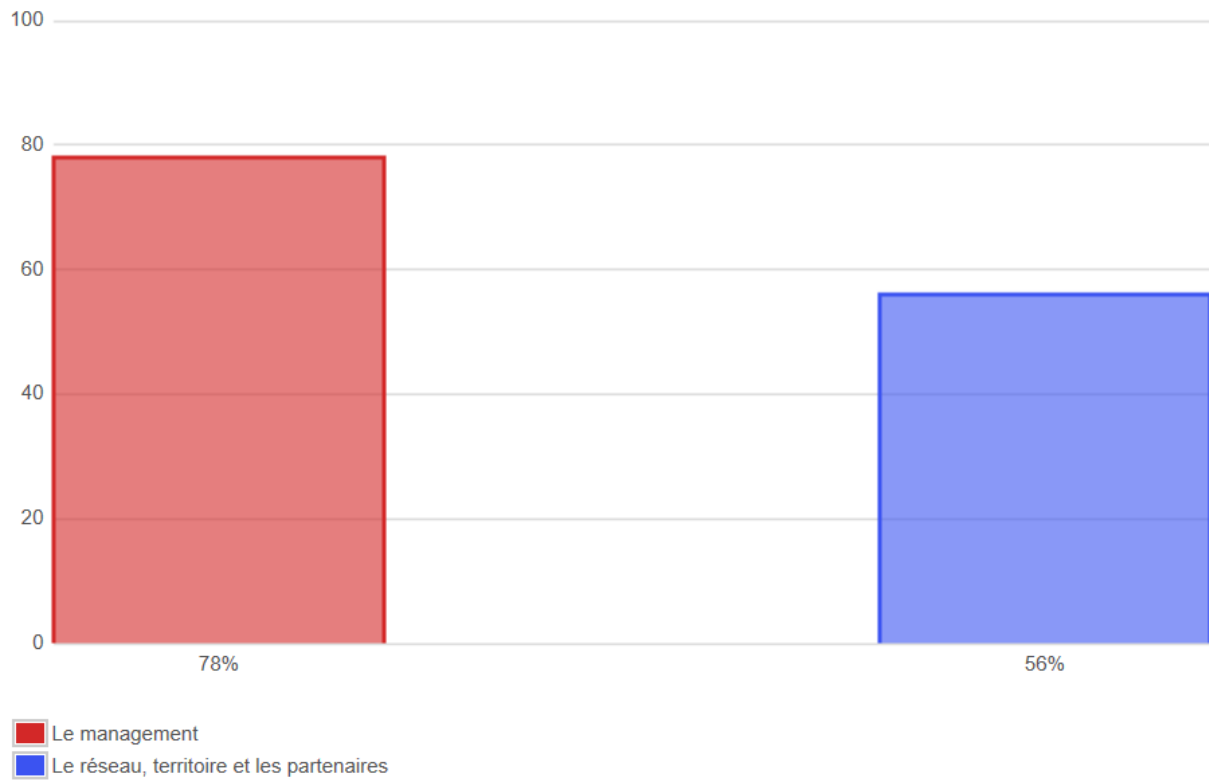
Accueil et accompagnement de la personne



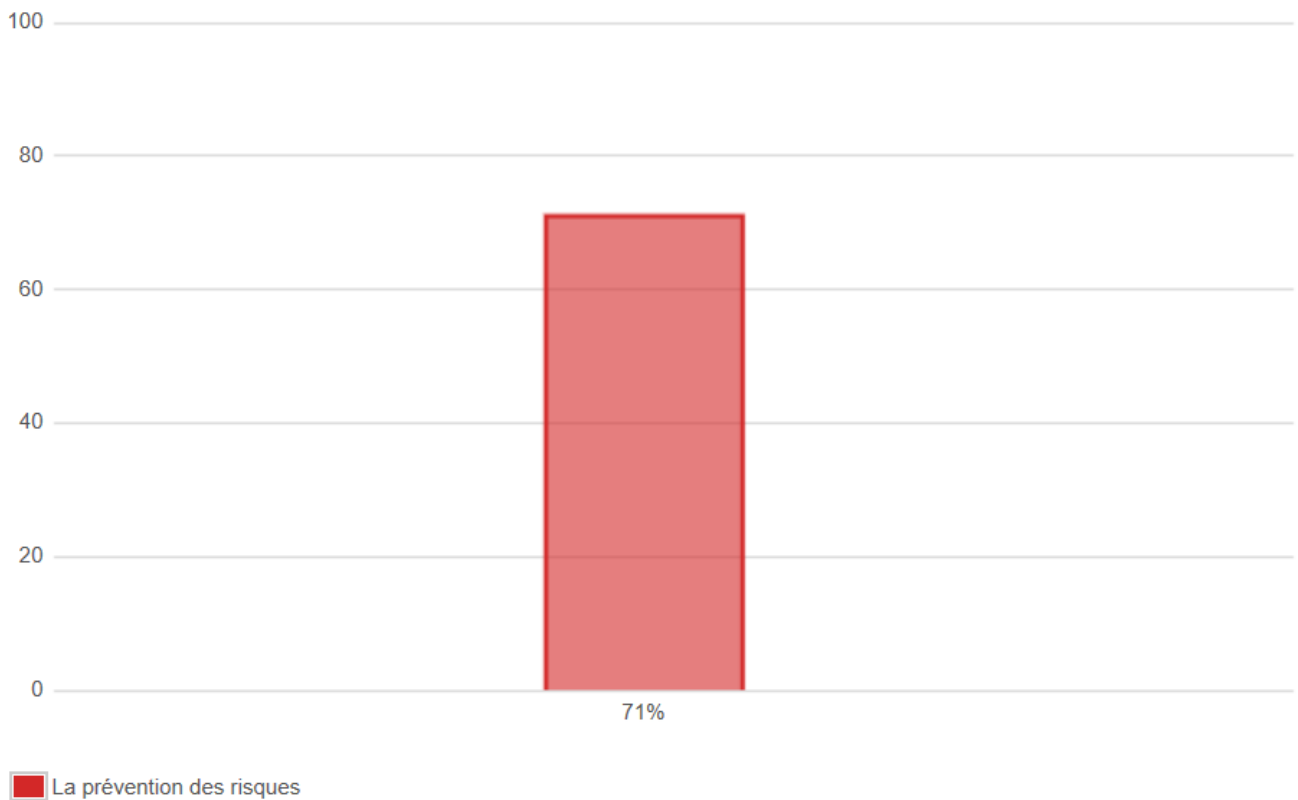
Les droits de la personne



La gestion des ressources



Gestion des risques et de la qualité



5. PLAN D'ACTIONS

Source : Evaluation Interne 2016 Maison d'Accueil Spécialisée					
Objectifs	Thèmes	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement
Accompagner les cadres à mener des réunions constructives (rédaction collective de procédures dégradées "plans B et C")	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Former en interne les chefs de service et les cadres techniques à l'animation de réunion		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Actualiser la procédure des projets personnalisés	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Planifier la réactualisation des projets personnalisés		FERRY François	31/12/2016	Non traité	
Planifier les rencontres des représentants légaux et les personnes accueillies dans le cadre des projets personnalisés		FERRY François	30/12/2016	Non traité	
Actualiser le projet d'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Panifier les groupes de travail pour la réécriture du projet		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité	
Adapter le plan de formation aux besoins des professionnels	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	31/05/2017	1	
Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Evaluer les besoins en formation des professionnels		CONSTANS Maeva	31/05/2017	Non traité	

Aider à l'appropriation des documents.	- Qualité	CONSTANS Maeva	31/12/2017	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Echanger sur le respect des droits des personnes accueillies lors de réunions à thème	CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité		
Faire un rappel systématique des lois concernant le respect des droits des personnes accueillies lors des entretiens de recrutement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité		
Améliorer la sécurité des résidents et des salariés	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	21/03/2016	1	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Rédiger une note de rappel d'interdiction de déverrouiller les portes extérieures	JOUSLIN Dolorès	21/03/2016	Non traité		
Améliorer l'accès du site internet pour les personnes en situation de handicap.	- Qualité	FERRY François	31/12/2016	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Diversifier les modes de communications adaptés.	FERRY François	31/12/2016	Non traité		
Insérer le livret d'accueil de l'établissements sur le site internet	LECORVAISIER Tiphaine	31/12/2016	Non traité		
Améliorer l'accès et le nombre de salles d'activités	- Animation	FERRY François		3	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Cloisonner avec des parois amovibles la grande salle polyvalente.	FERRY François		Non traité		
Améliorer l'accueil des remplaçants en leur permettant de prendre connaissance des habitudes de vie des personnes accueillies	- Ressources humaines	FLEURET Florence	31/03/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rédiger une procédure d'accueil des remplaçants avec un temps de lecture des fiches d'habitude de vie et d'accompagnement		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité
Simplifier les outils de communication existants (fiches toilette, repas,...)		FLEURET Florence	31/12/2016	Non traité

Améliorer l'entretien des parties communes	- Risques infectieux	FERRY François	30/06/2017	1	
--	----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place une commission hygiène		FERRY François	30/06/2017	Non traité

Améliorer l'évaluation du projet personnalisé	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	2	
---	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Adapter les documents d'évaluations		FERRY François	31/12/2016	Non traité
Assurer le suivi des évaluations des projets personnalisés		FERRY François	31/12/2018	Non traité

Améliorer l'information concernant les dispositifs de gestion des risques	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
---	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Construire et communiquer le plan d'actions consécutif à la cartographie des risques		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité

Améliorer l'information des professionnels sur la gestion des demandes d'admissions.	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	2	
--	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Informier périodiquement l'ensemble des professionnels sur l'état des demandes d'admissions		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité

Améliorer l'orientation spatiale des publics	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
--	-----------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place une signalétique d'orientation interne et externe adaptée à tout type de handicap		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
Améliorer l'accessibilité de l'établissement (passerelle, modification de la pente, ...)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Améliorer la capacité d'expression des résidents	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	1	
--	--------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
recrutement d'un ou une ergothérapeute		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
former les professionnels à l'utilisation des outils de communications		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
formations sur la connaissance du polyhandicap pour les nouveaux salariés		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Améliorer la préparation de la journée d'accueil de la personne	- Admission des personnes accueillies	FERRY François	30/06/2017	1	
---	---------------------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Effectuer une entrevue préalable à la journée d'accueil avec l'équipe pluridisciplinaire.		FERRY François	30/06/2017	Non traité

Améliorer la prestation d'alimentation	- Restauration	FLEURET Florence	31/12/2017	2	
--	----------------	------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Etudier la possibilité d'offrir des choix de menus en lien avec le prestataire		FLEURET Florence	31/12/2017	Non traité

Améliorer la prévention des risques	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
-------------------------------------	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Réaliser un panneau des règles d'hygiène à suivre en cas de risque d'épidémie		FERRY François	30/09/2016	Non traité
Rédiger le Plan Bleu de l'établissement		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité

Améliorer la réorientation d'une personne refusée	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
---	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Revoir la rédaction du courrier de refus		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Améliorer la signalétique intérieure	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
--------------------------------------	-----------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Compléter la signalétique existante (pavillon, salles, bureaux, chambres des résidents, ...)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité

Améliorer la transmission d'informations vers la MDPH dans le cadre des courriers réponse	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
---	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en copie la MDPH du département de la personne concernée par le courrier		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Améliorer le recueil d'informations concernant les personnes accueillies	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2017	1	
--	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Organiser autant que possible la reconstitution des parcours de vie des personnes accueillies en lien avec les référents de projets.		FERRY François	31/12/2017	Non traité

Améliorer le recueil du consentement des personnes accueillies	- Projet personnalisé	CONSTANS Maeva	31/12/2017	1	
--	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place la traçabilité du recueil du consentement		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité
Développer des outils de communication		FLEURET Florence	31/12/2017	Non traité

Améliorer le suivi de l'état cutané des personnes accueillies	- Soins	CONSTANS Maeva	31/03/2017	1	
---	---------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place des indicateurs de suivi des escarres		CONSTANS Maeva	31/03/2017	Non traité

Améliorer les réponses des demandes d'admissions refusées	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
---	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Joindre les informations nécessaires à une réorientations vers des établissements adaptés avec le courrier de refus d'admission.		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Associer les résidents à la préparation des CVS.	- CVS	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	2	
--	-------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Créer un groupe d'expression pour les résidents.		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité

Clarifier l'organisation hiérarchique de l'établissement	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
--	-----------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Formaliser l'organigramme de l'établissement		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Compléter nos connaissances sur des pathologies spécifiques	- Projet d'établissement	PIT Christiane	30/06/2017	1	
---	--------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Abonder une bibliothèque avec achat de littérature et revues spécialisées		PIT Christiane	30/06/2017	Non traité	

Déployer la Démarche Qualité	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	30/09/2016	1	
------------------------------	-----------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place un classeur de procédures par pavillon		COIGNET Déborah	30/09/2016	Non traité	

Déployer l'objectif de bénévolat de la Ligue Havraise (Charte)	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
--	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Faire appel à des bénévoles et formaliser leurs interventions		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité	

Déployer la GPEC au niveau de l'établissement	- Ressources humaines	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
---	-----------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Suivre et analyser les informations RH pour la mise en oeuvre d'une GPEC dans l'établissement		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité	

Désigner un référent Bientraitance	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	30/08/2017	2	
------------------------------------	--------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Définir les critères de choix du référent.		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	
Définir les missions et le champs d'action du référent		JOUSLIN Dolorès	30/08/2017	Non traité	

Ecrire un protocole d'accès au dossier.	- Bonnes pratiques	CONSTANS Maeva	31/03/2017	1	
---	--------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rechercher si le protocole existe à la Ligue Havraise.		CONSTANS Maeva	31/03/2017	Non traité
Ecrire le protocole.		CONSTANS Maeva	31/03/2017	Non traité

Elaborer une cartographie des risques de l'établissement	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
--	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Renseigner l'outil GRIFFE (cartographie des risques)		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité

Faciliter l'accès aux documents réglementaires	- Bonnes pratiques	CONSTANS Maeva	31/12/2017	1	
--	--------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Afficher une synthèse de la loi du 2 janvier 2002.		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité
Faire des rappels en réunions institutionnelles sur les documents existants et sur le lieu où les trouver.		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité

Faire connaître l'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
---------------------------------	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Identifier les véhicules au nom de la Ligue Havraise		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
Organiser des portes ouvertes		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité

Favoriser les partenariats avec d'autres professionnels du soin	- Soins	CONSTANS Maeva	31/03/2017	2	
---	---------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Démarcher des kinésithérapeutes libéraux pour des consultations ponctuelles		CONSTANS Maeva		Non traité
Etablir un partenariat avec un ophtalmologiste		CONSTANS Maeva	31/03/2017	Non traité

Finaliser la décoration des espaces collectifs	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
--	-----------	-----------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Identifier les locaux qui doivent être décorés et procéder à leur aménagement	FERRY François	31/12/2016	Non traité

Formaliser le processus d'admission.	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Ecrire la procédure d'admission selon le référentiel qualité de la Ligue Havraise	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Formaliser le recueil des attentes de la personnes accueillie et de son représentant légal.	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	1	
---	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Planifier des rendez-vous avec les personnes et les familles une fois par an		31/12/2017	Non traité
Renseigner le document de recueil des attentes et besoins du Projet d'Accompagnement Personnalisé	FERRY François	31/12/2018	Non traité

formaliser les actions de prévention	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
--------------------------------------	--------------------	-----------------	------------	---	---

Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement
Avoir un suivi des professionnels formés.	JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	Non traité
Définir un rythme de formation.	JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	Non traité
Sensibiliser les nouveaux professionnels dès leur accueil.	FERRY François	31/12/2017	Non traité

Formaliser un document unique et spécifique aux admissions.	- Admission des personnes accueillies	FERRY François	31/08/2017	1	
---	---------------------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Intégrer dans le dossier de demande d'admission l'évaluation réalisée de l'accueil temporaire préalable à une admission définitive		FERRY François	31/08/2017	Non traité

Former les professionnels à la sécurité des personnes et des biens	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	1	
--	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Poursuivre les formations incendie		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Garantir la cohérence de l'accompagnement dans le cadre de la mise en oeuvre des projets personnalisés	- Qualité	CONSTANS Maeva	31/12/2018	1	
--	-----------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Répondre en actions concrètes aux objectifs des projets personnalisés		CONSTANS Maeva	31/12/2018	Non traité
Garantir la continuité de l'accompagnement en améliorant les transmissions écrites et informatiques		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité

Garantir la transmisison informatisée des informations	- Système d'information	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
--	-------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Déployer le nouveau logiciel du Dossier Unique de l'Usager		CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité

Harmoniser la méthode d'élaboration des objectifs des projets personnalisés	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	1	
---	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place une formation interne collective sur l'écriture d'objectif		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
Assurer le suivi de la rédaction des projets personnnalisés		FERRY François	31/12/2018	Non traité

Identifier les accès pour les ambulances	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
--	-----------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Repenser les accès et circuits des ambulances		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Informatiser le dossier de l'utilisateur.	- Système d'information	CONSTANS Maeva	31/12/2017	1	
---	-------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Former les professionnels à l'outil informatique		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité
Récupérer les données existantes		LECORVAISIER Tiphaine	31/12/2017	Non traité

Informar de manière systématique les résidents des dispositifs mis en place concernant le domaine de la bientraitance.	- Bonnes pratiques	FLEURET Florence	31/12/2017	2	
--	--------------------	------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rendre accessible les outils existants à tous les résidents		FLEURET Florence	31/12/2017	Non traité

Intégrer les attentes de la personne dans le dossier de demande d'admission	- Admission des personnes accueillies	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
---	---------------------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Ajouter un recueil des attentes dans le dossier de demande d'admission.		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité

Lister nos partenariats	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	2	
-------------------------	-----------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Elaborer un fichier de suivi des partenariats		CARPENTIER Sophie	31/12/2016	Non traité

Mener une réflexion pluridisciplinaire sur l'intervention de bénévoles dans l'établissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Constituer un groupe de réflexion pluridisciplinaire	CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité		
Mener une réflexion sur la ventilation du temps de travail des infirmières entre le jour et la nuit.	- Soins	CONSTANS Maeva	31/03/2017	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Mettre en place un groupe de réflexion en lien avec le service des Ressources Humaines	CONSTANS Maeva	31/03/2017	Non traité		
Mettre en oeuvre la procédure d'accueil des Résidents	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Finaliser la procédure d'accueil	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité		
Diffuser la procédure	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité		
Mettre en place des événements au sein de l'établissement ouverts aux populations environnantes	- Projet d'établissement	FERRY François	31/12/2018	2	
Actions	Pilotes	Échéances	État d'avancement		
Organiser un vide grenier	PIT Christiane	31/12/2018	Non traité		
Prendre des contacts avec les joueurs du HAC	CONSTANS Maeva	30/06/2017	Non traité		
Mieux identifier les chambres des personnes accueillies	- Qualité	PIT Christiane	31/03/2017	1	

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Installer des panneaux d'identification, photos,... sur chaque porte de chambre		PIT Christiane	31/03/2017	Non traité

Optimiser l'accès aux outils de la loi 2002-2	- Qualité	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	1	
---	-----------	-----------------	------------	---	---

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

Optimiser la présence des cadres auprès des équipes	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	2	
---	--------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Augmenter le temps de présence des cadres auprès des équipes, "sur le terrain".		JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	Non traité
Rapprocher physiquement les bureaux des cadres vers les équipes.		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Optimiser les transmissions écrites	- Qualité	CONSTANS Maeva	31/12/2017	1	
-------------------------------------	-----------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre en place la partie Soins du DUU.		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité

Organiser et formaliser l'intervention de professionnels libéraux	- Projet d'établissement	CONSTANS Maeva	31/12/2018	1	
---	--------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rédiger et signer des conventions avec les intervenants libéraux		CONSTANS Maeva	30/09/2017	Non traité
Intégrer l'action des intervenants libéraux dans le cadre des projets personnalisés des personnes accueillies		CONSTANS Maeva	31/12/2018	Non traité

Organiser le retour d'information concernant le traitement des événements indésirables	- Qualité	CONSTANS Maeva	31/12/2016	1	
--	-----------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Rédiger une procédure		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité

Permettre l'accès aux comptes rendus du CVS pour tout les résidents.	- CVS	PIT Christiane	30/06/2017	2	
--	-------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Faciliter la compréhension grâce à l'utilisation d'outils de communication visuels si nécessaires		PIT Christiane	30/06/2017	Non traité
Remettre en place le temps quotidien de réunion des résidents		PIT Christiane	31/03/2017	Non traité
Créer un journal d'information pour les résidents		PIT Christiane	30/06/2017	Non traité

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

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

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

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

Poursuivre l'adaptation du matériel à l'évolution des besoins	- Matériel	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	2	
---	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Recenser les besoins pour construire le plan pluriannuel d'investissement		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité

Poursuivre l'amélioration de la sécurité des locaux	- Sécurité	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	1	
---	------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Optimiser les lieux de rangements existants et sensibiliser les professionnels au rangement.		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité

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

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

Prendre d'avantage en compte la spiritualité des résidents	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2018	2	
--	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Intégrer la spiritualité au projet de vie		FERRY François	31/12/2018	Non traité
Mettre en place de manière régulière des temps de recueillement et ou de partage pour les résidents qui le souhaitent		FERRY François	31/12/2018	Non traité

Rappeler les règles de fonctionnement aux familles	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	2	
--	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Note de rappel des règles à respecter aux familles (cf règlement de fonctionnement)		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité	

Réactualiser les projets de soins personnalisés	- Projet personnalisé	CONSTANS Maeva	31/12/2016	1	
---	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Planifier l'actualisation des projets de soins		CONSTANS Maeva	31/12/2016	Non traité	

Réadapter le projet personnalisé afin de globaliser les différents domaines de l'accompagnement de la personne accueillie	- Projet personnalisé	FERRY François	31/12/2016	1	
---	-----------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Actualiser la procédure des projets personnalisés.		FERRY François	31/12/2016	Non traité	

Recueillir de façon régulière la satisfaction de la personne	- Qualité	CONSTANS Maeva	31/12/2017	1	
--	-----------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Création d'un questionnaire de satisfaction.		CONSTANS Maeva	31/12/2017	Non traité	

Redéfinir le rôle des référents.	- Bonnes pratiques	FERRY François	30/06/2017	2	
----------------------------------	--------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Créer une fiche sur le rôle et les missions des référents.		FERRY François	30/06/2017	Non traité	

Réécrire le Projet d'Etablissement	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	1	
------------------------------------	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Organiser et planifier la consultation des salariés par des groupes de réflexion par thème.		JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	Non traité
Rédiger le Projet d'Etablissement		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité
Elaborer le plan d'actions		JOUSLIN Dolorès	31/05/2017	Non traité
Suivre le plan d'actions (indicateurs de réalisation)		JOUSLIN Dolorès	31/12/2018	Non traité

Rendre accessible la structure à tout type de handicap	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	1	
--	-----------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Suivre les préconisations de l'étude AD-ap 2016		JOUSLIN Dolorès	31/12/2017	Non traité

Rendre plus accessible le DUERP à tous les professionnels	- Prévention des risques	JOUSLIN Dolorès	31/12/2016	1	
---	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Mettre à disposition le DUERP sous format informatique		CARPENTIER Sophie	31/12/2016	Non traité

Rendre plus identifiable l'établissement	- Accessibilité	JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	1	
--	-----------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement
Changer le panneau Ligue Havraise en bas de la côte		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité
Installer un panneau à chaque entrée de l'établissement		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité
Rencontrer le Maire de Rouelles pour une signalétique sur la voie publique		JOUSLIN Dolorès	31/03/2017	Non traité

Renforcer l'ouverture de l'établissement sur son environnement	- Projet d'établissement	PIT Christiane	31/12/2016	2	
--	--------------------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Mettre en place un panneau d'affichage "Activités Extérieures" pour informer les professionnels de toutes les activités/sorties existantes sur le Havre et ses environs)		PIT Christiane	31/12/2016	Non traité	
Mettre en place un groupe de 4 référents "Animation extérieure" pour la gestion de ce panneau		PIT Christiane	31/12/2016	Non traité	

Renforcer les temps d'expression des personnes accueillies	- Bonnes pratiques	FLEURET Florence	31/12/2016	1	
--	--------------------	------------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Systématiser la réunion du matin sur chaque pavillon		FLEURET Florence	31/12/2016	Non traité	
Mettre en oeuvre des groupes d'expression des personnes accueillies en présence de la psychologue et de la Directrice à la demande		FLEURET Florence	01/08/2016	Non traité	

Renforcer notre réseau de partenaire	- Projet d'établissement	JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	2	
--------------------------------------	--------------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Prendre contact avec des partenaires médicaux		JOUSLIN Dolorès	30/03/2017	Non traité	

Repenser de manière innovante l'organisation des repas.	- Restauration	FERRY François	30/06/2017	2	
---	----------------	----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Réfléchir à l'utilisation des locaux sur le temps des repas		FERRY François	30/06/2017	Non traité	

Resensibiliser les professionnels aux notions de bienveillance et bientraitance dans leurs pratiques professionnelles.	- Bonnes pratiques	JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	2	
--	--------------------	-----------------	------------	---	---

Actions		Pilotes	Échéances	État d'avancement	
Reprogrammer des formations sur la bienveillance et bientraitance.		JOUSLIN Dolorès	30/06/2017	Non traité	

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

6. DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX



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



Date de l'évaluation: 15/07/2016

Etablissement

MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE
76610 LE HAVRE ROUELLES

Nature de l'établissement

Nombre total de places d'accueil

Résultat global

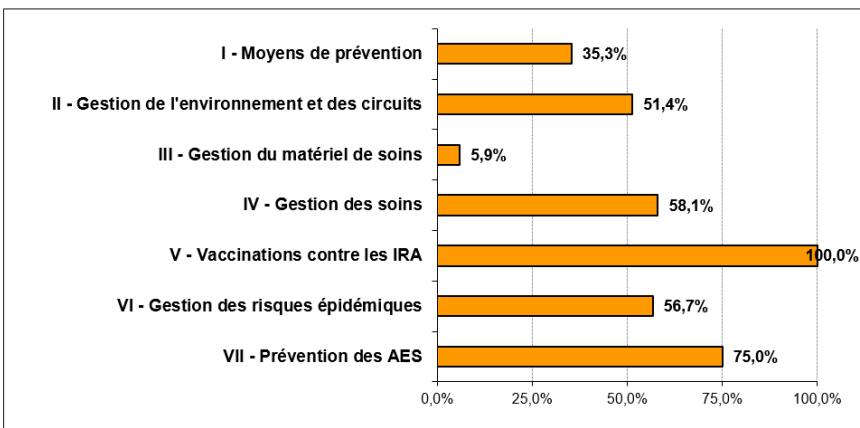
Vous obtenez un total de 93 points sur 185 attendus:

50,3%
d'objectifs atteints

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

Consultez les scores par chapitre

Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



► SCORES TOTAUX PAR CHAPITRE

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

Vous obtenez un total de 93 points sur 185 soit:

50,3%
d'objectifs atteints

► CHAPITRE I - MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

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

Vous avez obtenu un résultat de 35,3%

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

I-1 MOYENS

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

1=Oui, 2=Non

1

Votre établissement:

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

1=Oui, 2=Non

1

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

1=Oui, 2=Non

1

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

1=Oui, 2=Non

2

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

1=Oui, 2=Non

2

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

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

I-2 SURVEILLANCE / ALERTE

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

I-3 ANTIBIOTIQUES

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

I-4 TENUE DU PERSONNEL DANS L'ETABLISSEMENT

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

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

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

Vous avez obtenu un résultat de 51,4%

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

II-1 ENTRETIEN DES LOCAUX

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

2

1=Oui, 2=Non

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

- un chariot de ménage est à la disposition des équipes

1

1=Oui, 2=Non

- le matériel nécessaire existe:

• des microfibres

1

1=Oui, 2=Non

• des bandeaux

1

1=Oui, 2=Non

• des balais trapèzes

1

1=Oui, 2=Non

• des chiffonnettes

1

1=Oui, 2=Non

• des produits

1

1=Oui, 2=Non

• des gants de ménage

1

1=Oui, 2=Non

II-2 HYGIENE EN RESTAURATION

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

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

II-3 GESTION DU LINGE

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

Circuit du linge propre

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

Une hygiène des mains est demandée avant toute manipulation (inclus dans le protocole) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
--	----------

Le linge propre est maintenu à l'abri d'une contamination (il est entreposé dans un chariot ou armoire ou filmé ou local dédié fermé) <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
---	----------

Circuit du linge sale

Il existe des procédures de gestion du linge sale dans l'établissement <i>1=Oui, 2=Non</i>	2
--	----------

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

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

II-4 GESTION DES DECHETS

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

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

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

II-5 GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

II-5.1 Eau chaude sanitaire et risque légionelle

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

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

II-5.2 Eau de consommation alimentaire

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

Vous utilisez l'eau distribuée à partir de bonbonnes

2

1=Oui, 2=Non

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

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

2

1=Oui, 2=Non

II-5.3 Eau pour soins standard

Concernant l'eau du robinet pour les soins

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

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

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

2

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

II-5.4 Bassins d'eau de rééducation

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

1

1=Oui, 2=Non, 3=NA

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

3

1=Oui, 2=Non, 3=NA

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

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

Vous avez obtenu un résultat de 5,9%

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

La politique de l'établissement privilégie l'usage de dispositifs médicaux (DM) à usage unique (set à pansement, pinces, ciseaux...)

2

1=Oui, 2=Non

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

2

1=Oui, 2=Non

Matériels utilisés dans l'établissement

Appareillage

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

Type de traitement: Détergent / Désinfectant

2

1=Oui, 2=Non

Bassin et urinoir

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

Brassard à tension

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

Type de traitement: Détergent / Désinfectant

1

1=Oui, 2=Non

Chaise de pesée, plateforme

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

Type de traitement:

• **Détergent / Désinfectant**

1

1=Oui, 2=Non

• **Vapeur**

2

1=Oui, 2=Non

Chariot de soins

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

Type de traitement:

• **Détergent / Désinfectant**

1

1=Oui, 2=Non

• **Vapeur**

2

1=Oui, 2=Non

Chaise percée

1

1=Oui, 2=Non

Une procédure existe

2

1=Oui, 2=Non

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

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

► CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS

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

Vous avez obtenu un résultat de 58,1%

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

IV-1 ACTES DE SOINS INFIRMIERS ET DE NURSING

Soins pratiqués

Aérosol thérapie

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

1

Alimentation entérale

1=Oui, 2=Non

2

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Aspiration bronchique ou endotrachéale

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

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

Précautions complémentaires

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

2

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Précautions standard

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

2

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Prélèvement veineux

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

2

Soins de nursing (toilette, soins bucco-dentaires...)

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

1

Sondage vésical

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

2

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

Stomies

1=Oui, 2=Non

1

Une procédure existe

1=Oui, 2=Non

1

La procédure est validée

1=Oui, 2=Non

1

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

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

IV-3 PRECAUTIONS STANDARD

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

IV-3-1 Hygiène des mains

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

IV-3-2 Gants

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

IV-4 LES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

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

1=Oui, 2=Non

1

Concernant les procédures des précautions complémentaires, il existe celles:

- de type contact

1=Oui, 2=Non

2

- de type gouttelettes

1=Oui, 2=Non

2

- de type air

1=Oui, 2=Non

2

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

1=Oui, 2=Non

1

IV-5 ANTISEPTIQUES

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

1=Oui, 2=Non

2

Si oui, elle est:

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

1=Oui, 2=Non

- diffusée aux professionnels concernés

1=Oui, 2=Non

Le temps de contact des antiseptiques est précisé

1=Oui, 2=Non

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

1=Oui, 2=Non

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

1=Oui, 2=Non

2

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

1=Oui, 2=Non

1

► CHAPITRE V - LES VACCINATIONS CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

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

Vous avez obtenu un résultat de 100,0%

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

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

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

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

1

1=Oui, 2=Non

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

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

Vous avez obtenu un résultat de 56,7%

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

VI-1 GALE

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

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

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

VI-4 INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE BASSE

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

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

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

Vous avez obtenu un résultat de 75,0%

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

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

7. PLAN D' ACTIONS DARI

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

8. CONCLUSION

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

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

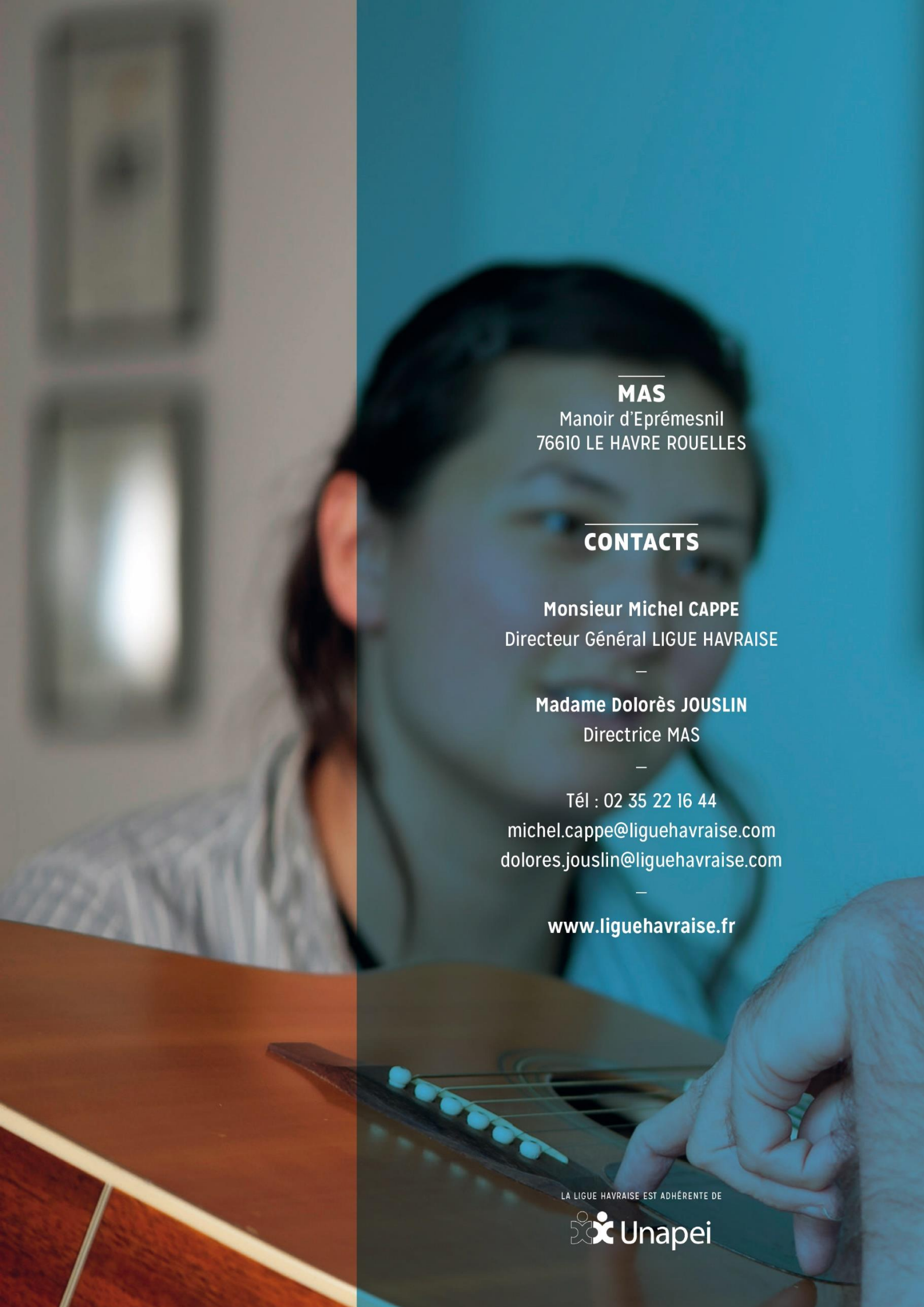
Ces évaluations internes ont répondu à la nécessité de réaliser un état des lieux préalable à la réécriture des projets d'établissement, en déclinaison du nouveau Projet Stratégique de la Ligue Havraise, Horizon 2020. Un autre enjeu de ces auto-évaluations, outil réel de management, est la remobilisation de tous les professionnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, qui doit être confortée dans ces établissements. La culture de l'écrit et de la formalisation doit remplacer la culture de l'oral très ancrée. Le déploiement d'un nouvel outil informatique, fin 2016 et 2017, pour le Dossier Unique de

l'Usager va accompagner ce changement de culture, et permettre aux équipes leur implication dans la production des indicateurs ANAP et SERAFIN, à venir.

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

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

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

The background of the entire page is a photograph of a woman with dark hair, seen from the side, playing a harp. The image is split vertically: the left half is in natural color, and the right half is tinted with a solid blue color. The text is overlaid on the right, blue-tinted portion.

MAS

Manoir d'Eprémesnil
76610 LE HAVRE ROUELLES

CONTACTS

Monsieur Michel CAPPE
Directeur Général LIGUE HAVRAISE

Madame Dolorès JOUSLIN
Directrice MAS

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

www.liguehavraise.fr

LA LIGUE HAVRAISE EST ADHÉRENTE DE

