



RAPPORT D'EVALUATION INTERNE 2017



SOMMAIRE

1	Présentation de l'établissement et des éléments de cadrage des activités.....	4
1.1	Présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées	4
1.1.1	Les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation.....	4
1.1.2	Les agréments de l'établissement	4
1.1.3	Les principes de l'accompagnement inscrits au projet d'établissement	5
1.1.4	Les principes éthiques et déontologiques de l'établissement.....	6
1.1.5	Les orientations et les objectifs généraux qui en découlent.	6
1.2	Caractérisation de la population et spécification des objectifs	6
1.2.1	Le Pôle « Education et formation professionnelle »	6
1.2.2	Le Pôle « Lieux de vie »	7
1.2.3	Le Pôle « Accompagnement du projet de vie à domicile »	7
1.2.4	Le Pôle « Travail adapté ».....	8
1.2.5	L'Equipe Mobile Autisme	8
2	L'engagement dans la démarche d'évaluation interne : éléments de méthode.....	9
2.1	L'inscription dans le cadre juridique.....	9
2.2	Les enjeux de la démarche	9
2.3	La démarche retenue par l'établissement	9
2.4	Déroulement de l'évaluation interne	9
2.4.1	La constitution d'un Comité de Pilotage (COPIL).....	9
2.4.2	Le choix de l'intervention d'un prestataire externe	9
2.4.3	Mise en place d'une charte.....	10
2.4.4	Les travaux menés par le COPIL.....	10
2.4.5	Présentation du référentiel	10
2.4.6	Méthode d'utilisation du référentiel	10
2.4.7	Les étapes de l'évaluation interne	11
2.4.8	Difficultés rencontrées	11

2.5	Une démarche participative de l'évaluation interne (Modalités de l'implication des acteurs dans la démarche).....	11
2.5.1	Modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies.....	12
2.5.2	Modalités d'association des familles et des représentants légaux	12
2.5.3	Modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies.....	12
2.5.4	Modalités d'association des partenaires	13
2.6	Les grandes modalités de la remontée des informations	13
3	Présentation des résultats.....	14
3.1	Les constats par le COPIL du référentiel	14
3.1.1	Partie A La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations ..	14
3.1.2	Partie B Le droits des usagers	15
3.1.3	Partie C La gestion des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers	16
3.1.4	Partie D Le pilotage, le suivi et le développement du projet.....	18
3.2	Le constat des services	21
3.2.1	Le constat commun des services	21
3.2.2	Les constats par pôle du référentiel.....	25
3.3	Moyens mobilisés ou à mobiliser	57
3.3.1	Les moyens humains et les compétences ;	57
3.3.2	L'organisation et le management ;	57
3.3.3	Les moyens matériels et financiers ;	57
3.3.4	L'information et la communication ;	57
3.3.5	Les annexes.....	58

1 Présentation de l'établissement et des éléments de cadrage des activités

1.1 Présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées

1.1.1 Les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation

Situé à l'entrée de Haguenau, le Centre de Harthouse est un établissement public médico-social au service d'adolescents et adultes déficients intellectuels. Il s'inscrit dans le cadre des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la loi 2005-102 du 11 février 2005.



Lieu de parcours multiples, le Centre de Harthouse, forme, insère, héberge et accompagne des adolescents et adultes déficients intellectuels souffrant de troubles psychiques ou d'autisme.

Chacun bénéficie d'un accompagnement personnalisé par une équipe pluridisciplinaire en fonction de ses besoins.

L'établissement comporte quatre pôles :

- Pôle éducation et formation professionnelle Institut Médico Professionnel (IMPro) ;
- Pôle lieux de vie (FAS, FAM) ;
- Pôle accompagnement du projet de vie à domicile (SAMSAH, Service Accueil de jour et Maison d'accueil temporaire pour adultes) ;
- Pôle Travail protégé (ESAT, Entreprise adaptée, Foyer d'Hébergement).
- et l'Equipe Mobile Autisme 67.

1.1.2 Les agréments de l'établissement

IMPRO

Arrêté préfectoral du 27 juillet 2005 portant autorisation, à partir du 1^{er} octobre 2005, d'extension de 16 places (*donc passage d'un agrément de 80 à 96 places obtenu initialement par Arrêté SGARE n°95/188 du 18 juillet 1995 autorisant le fonctionnement de l'IMPro du Centre de Harthouse pour 80 places*) de l'IMPro du Centre de Harthouse par création d'une section d'hébergement et d'accueil temporaire pour enfants autistes ou présentant des troubles apparentés.

Décision ARS N° 2017-2167 du 31 août 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée au Centre de Harthouse pour le fonctionnement de l'IMPro de Harthouse

Maison d'accueil temporaire

Extension de l'accueil temporaire de 5 à 10 places : présentation en CROSMS le 30 avril 2003

SAMSAH

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 31 décembre 2008 portant autorisation de création d'un SAMSAH de 20 places à Haguenau

FAM

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 23 mars 2009 portant autorisation d'extension du FAM de 20 à 28 places afin de créer une unité de vie de 14 places pour adultes déficients intellectuels souffrant de troubles psychiques (*à ce moment, 14 places FAM au Cézanne et 6 places FAM au Corot ; les autres places sont du FAS*).

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 8 juin 2009 portant autorisation d'extension de 28 à 33 places du FAM pour créer un accueil de jour de 5 places

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 28 décembre 1998 portant autorisation de création d'un Foyer d'hébergement pour adultes gravement handicapés de 20 places

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 25 octobre 2000 autorisant le Centre de Harthouse à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux

Arrêté conjoint CD/ARS n°2017-1350 du 4 mai 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée au Centre de Harthouse pour le fonctionnement du FAM de Harthouse

FAS/Service Accueil de jour

Agréé depuis 1978 pour 10 places en AJ (à partir de 2000), les usagers en AJ sont dans des locaux spécifiques

Avis CROSMS le 17 janvier 2007 portant extension de l'accueil de jour du FAS de 10 à 20 places

Création de 5 places supplémentaires AJ (FAS) par le CD 67 pour la « résorption » des jeunes en amendement creton au 1^{er} janvier 2018

ESAT

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 28 décembre 1998 portant autorisation de création d'un Foyer d'hébergement pour adultes gravement handicapés de 20 places

Arrêté conjoint (DDASS-CG) du 25 octobre 2000 autorisant le Centre de Harthouse à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux

Décision ARS N°2017-0434 du 3 mai 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée au Centre de Harthouse pour le fonctionnement de l'ESAT de Harthouse (26 places)

Entreprise adaptée

Arrêté préfectoral du 18 juin 2001 portant agrément définitif depuis sa création le 6 mai 1997

EMA 67

Arrêté ARS n°2015/1583 du 24/12/2015 portant autorisation de création d'une équipe mobile médico-sociale de 20 places pour l'accompagnement d'adultes présentant un trouble du spectre autistique, géré par le Centre de Harthouse

1.1.3 Les principes de l'accompagnement inscrits au projet d'établissement

Les principes suivants qui guident les actions d'accompagnement des personnes accueillies au Centre de Harthouse sont issus du PE 2014-2018 :

- la continuité, l'égalité de traitement, l'adaptabilité, la transparence et le respect du cadre réglementaire depuis l'accueil jusqu'à la fin de la prise en charge des personnes accueillies ;
- la garantie de l'utilisation des outils de la loi 2002-2 par les personnels dans l'accompagnement des personnes accueillies ;
- L'impulsion et la mise en place d'une politique de maltraitance associé à une démarche de prévention de la maltraitance.

Tous ces principes entrent dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes notamment par le biais de l'évaluation interne. Ils peuvent ainsi se réaliser grâce à un travail d'équipe pluridisciplinaire qualifiée permettant la coordination des intervenants auprès de chaque personne accompagnée et la formation continue soutenue par l'établissement.

1.1.4 Les principes éthiques et déontologiques de l'établissement

Le principe fondateur de l'accompagnement au Centre de Harthouse est celui d'une **personne accueillie actrice de ses choix de vie** chez qui sont respectés ses droits fondamentaux, sa dignité, ses libertés individuelles, son intimité et dans une organisation construite à cet effet et offrant à tous des passerelles d'évolution et une garantie de leurs droits communs. Cet accompagnement est construit en partenariat défini avec les familles et les représentants légaux au niveau de chaque pôle d'accueil.

1.1.5 Les orientations et les objectifs généraux qui en découlent.

De manière générale, l'accompagnement de chaque personne accueillie se réalise par des professionnels respectueux de ses droits et inscrits dans une évaluation permanente de leurs pratiques.

1.2 Caractérisation de la population et spécification des objectifs

Compte tenu de la diversité de l'offre d'accueil que propose le Centre de Harthouse pour répondre aux politiques publiques et à la population accueillie, chaque pôle propose des objectifs qui se déclinent comme suit :

1.2.1 Le Pôle « Education et formation professionnelle »

1.2.1.1 Caractérisation de la population

Il accueille 3 catégories d'usagers :

- des adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle et/ou présentant des troubles du spectre autistique mais pouvant accéder au travail (ou à une formation professionnelle) ;
- des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiques ou déficients sévères et ou présentant des troubles du spectre autistique incompatibles avec un projet professionnel;
- des adolescents jeunes adultes autistes déficitaires.

1.2.1.2 Spécification des objectifs

Objectifs généraux

- Favoriser l'épanouissement du jeune, la réalisation de toutes ses potentialités intellectuelles et affectives.
- Valoriser les capacités du jeune.
- Accompagner l'insertion sociale et /ou professionnelle des jeunes.

1.2.2 Le Pôle « Lieux de vie »

1.2.2.1 Caractérisation de la population

- adultes aptes au travail bénéficiant d'une reconnaissance de travailleurs handicapés ;
- adultes non aptes au travail ; déficience sévère / moyenne ;
- adultes non aptes au travail ; déficience sévère / profonde ;
- adultes souffrants de troubles psychiques.
- adultes souffrant de troubles du spectre autistique

1.2.2.2 Spécification des objectifs

Objectifs généraux

- La valorisation des capacités de chaque personne accueillie ;
- L'accompagnement de chaque personne dans le développement de toutes ses potentialités intellectuelles et affectives à la recherche de son épanouissement personnel ;
- Accompagner chaque personne dans le développement de sa vie sociale ;
- Accompagner chaque personne dans le maintien des acquis et dans la recherche d'une autonomie maximale.

1.2.3 Le Pôle « Accompagnement du projet de vie à domicile »

1.2.3.1 Caractérisation de la population

2 catégories de publics identifiées :

- adultes déficients intellectuels ;
- adultes souffrants de troubles psychiques.

1.2.3.2 Spécification des objectifs

1.2.3.2.1 Service accueil de jour

Objectifs généraux

- La valorisation des capacités de chaque personne accueillie ;
- L'accompagnement de chaque personne dans le développement de toutes ses potentialités intellectuelles et affectives à la recherche de son épanouissement personnel ;
- Accompagner chaque personne dans le développement de sa vie sociale ;
- Accompagner chaque personne dans le maintien des acquis et dans la recherche d'une autonomie maximale.

1.2.3.2.2 Maison d'accueil temporaire

Objectifs généraux

- Accueillir les adultes pendant l'indisponibilité de la personne qui les accompagne au quotidien ;
- Permettre aux aidants familiaux du répit ;
- Répondre aux besoins d'accueil d'urgence.

1.2.3.2.3 SAMSAH

Objectifs généraux

- Accompagner les personnes dans les gestes de la vie courante (gestion du budget...) et coordonner cet accompagnement ;
- Contribuer à la réalisation du projet de vie à domicile ;
- Assurer une vigilance et/ou un suivi de la santé psychique et somatique des bénéficiaires ;
- Assurer une vigilance quant à la pertinence du maintien à domicile ;
- Rompre l'isolement et la solitude en proposant une ouverture sociale et culturelle ;
- Accompagner, lorsque c'est possible, une démarche d'insertion professionnelle ;
- Soutenir le lien familial le cas échéant.

1.2.4 Le Pôle « Travail adapté »

1.2.4.1 Caractérisation de la population

2 catégories de publics identifiées :

- travailleurs handicapés bénéficiant d'une reconnaissance de travailleurs handicapés et disposant d'une autonomie partielle au travail ;
- travailleurs handicapés bénéficiant d'une reconnaissance de travailleurs handicapés et disposant d'une autonomie quasi-totale au travail.

1.2.4.2 Spécification des objectifs

Objectifs généraux

- Poursuivre le développement des compétences par un encadrement adapté ;
- Favoriser l'insertion sociale des travailleurs handicapés ;
- Assurer la surveillance médicale de l'état de santé des travailleurs handicapés ;
- Favoriser l'épanouissement du travailleur handicapé.

1.2.5 L'Equipe Mobile Autisme

1.2.5.1 Caractérisation de la population

3 catégories de publics identifiées :

- des adultes présentant un T.S.A. diagnostiqué ou en cours de diagnostic ;
- des adultes pris en charge dans les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés du Bas-Rhin sans autorisation spécifique pour les personnes T.S.A. ;
- des adultes vivant à domicile ou pris en charge au sein de leur famille sur le Bas-Rhin.

1.2.5.2 Spécification des objectifs

Objectifs généraux

- Identifier les besoins d'aides ou si besoin, réaliser les évaluations nécessaires ;
- Identifier les actions à mettre en œuvre pour favoriser l'insertion ;
- Soutenir, informer et conseiller les aidants familiaux ;
- Favoriser l'accès aux soins

2 L'engagement dans la démarche d'évaluation interne : éléments de méthode

2.1 L'inscription dans le cadre juridique

Le Code de l'Action sociale et des familles dans son article L312-8 crée l'obligation pour les établissements et services de « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale.

Le rapport d'évaluation interne a été transmis en mars 2013 (a été réalisé en 2012). Le décret 2010-1319 du 3 novembre 2010 prévoit une évaluation interne tous les 5 ans. De plus, cette démarche précède l'écriture du nouveau projet d'établissement 2019-2023.

2.2 Les enjeux de la démarche

- ↗ S'inscrire dans le cadre réglementaire de la Loi 2002-2 ;
- ↗ Prendre en compte des Bonnes pratiques Professionnelles ;
- ↗ Identifier les besoins et attentes de la personne accueillie ;
- ↗ Engager une démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- ↗ Evaluer, valoriser et harmoniser les pratiques des professionnels ;
- ↗ Réaffirmer la promotion de la bientraitance ;

2.3 La démarche retenue par l'établissement

La démarche de l'évaluation interne au Centre de HARTHOUSE a été mise en place avec une forte volonté d'associer les professionnels sur l'ensemble des Pôles de l'établissement.

2.4 Déroulement de l'évaluation interne

2.4.1 La constitution d'un Comité de Pilotage (COPIL)

Un Comité de pilotage (COPIL) de l'évaluation interne a été créé le 27 février 2017 pour suivre la démarche d'évaluation interne, élaborer et valider les différents outils et résultats.

Le COPIL est composé des représentants de l'équipe pluridisciplinaire mentionnés ci-après :

- Le Directeur (E. WETTLING)
- Les deux Directeurs adjoints (P. BOUAT et A. SAINT DIZIER)
- Les cinq chefs de service (C. KUENY, A. STEINMETZ-MATHIS, M. WESTERMEYER et D. MAURER)
- La responsable administrative (S. BURGARD)
- Deux coordinatrices (M. LUDWIG et S. MARMOUSET)
- Une psychologue (P. GUETH)
- La présidente du Conseil de la Vie Sociale (M-F. BASTIAN)
- Deux représentants du personnel (O. WITTMANN et P. VOLB)
- La secrétaire qualité (C. NOCK)

Le principe de base retenu dans la démarche est que chaque participant à l'évaluation interne s'engage dans la durée.

2.4.2 Le choix de l'intervention d'un prestataire externe

L'établissement a choisi de faire appel au Cabinet Eliane Conseil, situé à Paris, pour actualiser le référentiel (document support de l'évaluation interne) basé sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

2.4.3 Mise en place d'une charte

Une charte qualité (**Annexe I**) a été mise en place afin de guider le travail du comité de pilotage dans le cadre de la démarche d'évaluation interne.

Elle pose 5 grands principes dans la démarche :

- une démarche éthique et déontologique au service des usagers ;
- une démarche partagée et transparente ;
- une démarche d'amélioration continue ;
- une démarche garante des valeurs du service public ;
- une démarche accessible.

2.4.4 Les travaux menés par le COPIL

- Actualisation du référentiel d'évaluation interne ;
- Remplissage d'une partie de ce référentiel en groupes de travail ;
- Elaboration des questionnaires ;
- Validation des synthèses des référentiels et des questionnaires ;
- Validation du plan d'action.

2.4.5 Présentation du référentiel

Pour procéder à son auto-évaluation, le Centre s'est basé sur un référentiel, une liste de questions permettant d'identifier les points forts et les points à améliorer.

Ce référentiel a été élaboré par le cabinet Eliane Conseil est basé sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Le référentiel élaboré comporte quatre parties :

A. La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

- A1. Le projet d'établissement
- A2. Les démarches évaluatives
- A3. L'application des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM

B. Les droits des usagers

- B1. Les outils et supports d'information et de contractualisation
- B2. L'expression collective des usagers

C. La gestion des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

- C1. La promotion de la bientraitance
- C2. La prévention de la maltraitance
- C3. La prévention et la gestion des risques

D. Le pilotage, le suivi et le développement du projet

- D1. La gestion des ressources humaines
- D2. Les moyens matériels et financiers
- D3. Le système d'information
- D4. L'inscription de l'établissement dans l'environnement local

Chaque service a disposé de son propre référentiel composé uniquement des items concernant les personnes accueillies.

2.4.6 Méthode d'utilisation du référentiel

Les membres du COPIL ont été répartis en trois groupes de travail pour compléter les différentes parties :

- le groupe de travail n°1 dirigé par M. WETTLING ont rempli les parties A, D1 et D2 ;

- le groupe de travail n°2 dirigé par M. SAINT-DIZIER ont rempli la partie B ;
- le groupe de travail n°3 dirigé par M. BOUAT ont rempli les parties C, D3 et D4.

Chaque service a rempli son référentiel lors des réunions animées par le chef de service en présence du Directeur.

Les points forts, les éléments à améliorer et les axes qui en découlent ont ainsi été mis en avant et présentés aux membres du COPIL.

2.4.7 Les étapes de l'évaluation interne

L'évaluation interne s'est déroulée sur une période d'un an, de fin février 2017 à mars 2018. Le COPIL s'est réuni 13 fois entre février 2017 et mars 2018 à raison d'une fois par mois pour réaliser la démarche d'évaluation interne.

Trois grandes phases de travail ont permis de mener à bien cette démarche :

Première phase (février-mars 2017) : élaboration des outils

Création en COPIL, du référentiel puis des questionnaires.

Deuxième phase (avril 2017 - septembre 2017) : recueil des données

Remplissage du référentiel (COPIL + agents des services), retour des questionnaires, analyse des dossiers individuels.

Troisième phase (octobre 2017 – décembre 2017) : synthèse et analyse des résultats, plan d'action

Synthèse des référentiels, des questionnaires et de l'analyse des dossiers individuels.

Quatrième phase (janvier 2018) : correction et validation du rapport, élaboration du plan d'action

Cinquième phase (mars 2018) : restitution aux professionnels, personnes accueillies, les familles et représentants légaux, aux instances (CA, CVS, CTE) des résultats ou des conclusions.

2.4.8 Difficultés rencontrées

La démarche d'évaluation interne s'est globalement déroulée selon les prévisions.

Toutefois, trois points dans le déroulement peuvent être soulignés :

- Les différents Pôles ont été sollicités entre août et décembre 2017. Le pôle Education et formation a rencontrée certaines difficultés durant cette période pour recueillir les données, période très chargée correspondant à la rentrée scolaire et par conséquent aux admissions ;
- Dans la majorité des Pôles, les réunions se déroulaient lors des réunions de service, ce qui fait que les temps d'échanges sur l'accompagnement des usagers ont été plus limités ;
- Dans les services avec hébergement, d'une réunion à l'autre, des agents différents sont présents du fait du roulement des équipes. Pour pallier à ces absences, la communication sur l'avancée des travaux a été maintenue par l'envoi régulier des référentiels complétés aux équipes de chaque service du Centre et ce, après chaque réunion. Ainsi, les agents absents ont pris connaissance régulièrement de l'avancée des travaux de la démarche d'évaluation interne.

2.5 Une démarche participative de l'évaluation interne (Modalités de l'implication des acteurs dans la démarche)

L'ANESM recommande l'implication de tous les acteurs dans une démarche d'évaluation interne le recueil des données. Des questionnaires ont été élaborés afin de recueillir l'avis des différentes personnes concernées : les personnes accueillies, les familles et représentants légaux (RL), les professionnels et les partenaires.

Les questionnaires relativement synthétiques comprenaient 36 questions au maximum et moins de 20 pour les professionnels et les partenaires

- Questionnaire à destination des partenaires (1 version) ;
- Questionnaire à destination des usagers (3 versions) : usagers hors travail adapté, travailleurs de l'ESAT, travailleurs de l'EA.

L'établissement a choisi ainsi les modalités de participation suivantes hormis le COPIL constitué :

2.5.1 Modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies

Un questionnaire a été adressé aux personnes accueillies afin de les consulter pour connaître leur niveau de satisfaction relatif à l'accompagnement qui leur est proposé au sein de l'établissement. Les informations obtenues ont permis de cibler les axes de travail.

Dans la mesure du possible, les usagers de tous les services ont été interrogés. Cependant, du fait de leur déficience, certains usagers n'ont pas été sollicités, n'étant pas en capacité de comprendre la question et d'y répondre. De plus, et pour parer au grand nombre d'usagers accompagnés dans l'établissement, seule une partie des usagers en capacité de répondre a été sollicitée.

Au final, **69%** des usagers ont pu être ainsi interrogés pour répondre aux questionnaires.

Ceux-ci ont été accompagnés par un agent habilité du Centre, afin de les aider dans la compréhension des questions et/ou dans la rédaction des réponses. L'agent accompagnant était différent du personnel référent afin qu'il n'y ait pas de confusion entre l'accompagnement dans le cadre de cette démarche et son positionnement dans le cadre de sa fonction première.

Cette démarche de remplissage des questionnaires par les usagers s'est déroulée entre avril et juin 2017.

2.5.2 Modalités d'association des familles et des représentants légaux

La sollicitation des familles par l'intermédiaire d'un questionnaire a complété le recueil du niveau de satisfaction des usagers au titre de la démarche d'évaluation interne. Tout comme le référentiel partie B, les questionnaires ont été adaptées et différentes versions ont été élaborées :

Six versions ont été élaborées : une pour le secteur adulte, une pour le SAMSAH, une pour la MAT, une pour l'entreprise adaptée, une pour le secteur jeune, enfin une pour le SAT. Les questionnaires ont été envoyés par courrier aux membres des familles et aux représentants légaux. Les familles et représentants légaux des bénéficiaires de l'accueil temporaire présents au minimum une fois en 2016 ont été destinataires des questionnaires.

Au final, **32%** des familles et représentants légaux ont répondu aux questionnaires. Cette démarche s'est déroulée entre avril et juin 2017.

2.5.3 Modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies

2.5.3.1 Communication autour de la démarche

Une communication interne continue sur la démarche d'évaluation interne a été mise en place par la Direction :

- Les professionnels ont par ailleurs été régulièrement tenus informés de l'avancée de la démarche via une lettre interne « Gazette qualité » (**Annexe II**) diffusée à tous les agents par mail et sur le site intranet de l'établissement.
- Toutes les étapes de la démarche d'évaluation interne ainsi que les principaux documents et notes les plus importantes ont été envoyés à chaque service ; tous les documents sont mis à disposition des personnels sur le site intranet de l'établissement.

2.5.3.2 Participation collective des personnels

Les professionnels des différents services éducatifs ont été sollicités pour remplir leur référentiel.

Les items de ce référentiel ont souvent été remplis lors des réunions de service.

Des réunions dans les 17 services éducatifs (1 à 2 réunions par service) ont été nécessaires pour compléter tout le référentiel qui comprend environ 60 items pour chaque service. De plus, l'ensemble des coordinatrices de chaque service se sont réunies sur 2 temps de réunion pour remplir le référentiel commun des services.

2.5.3.3 Participation individuelle des personnels

Un questionnaire individuel a été envoyé à l'ensemble des agents des services éducatifs et non éducatifs concernant d'une part leurs pratiques professionnelles : quatre différentes versions ont été ainsi proposées à destination des différents services : service administratif, services médico-psychologique, service technique et services éducatifs. L'envoi a été effectué avec la fiche de paie. Au final, **46%** du personnel ont répondu aux questionnaires.

2.5.4 Modalités d'association des partenaires

Dans une volonté de réaliser un bilan partagé, l'ensemble des partenaires impliqués dans l'accompagnement des personnes accueillies ou dans le fonctionnement de l'établissement ont été sollicités par l'intermédiaire d'un questionnaire qui leur a été envoyé par courriel. Au final, **50%** des partenaires ont répondu aux questionnaires.

2.6 Les grandes modalités de la remontée des informations

L'évaluation interne a été réalisée à partir des données issues :

- du référentiel (**Annexe III**), complété par le COPIL et les services ;
- des questionnaires (**Annexe IV**), à destination des familles et représentants légaux, des professionnels, des partenaires et des usagers

Une présentation des données recueillies a été effectuée pour l'ensemble du référentiel aux membres du Comité de pilotage lors de 4 réunions.

Les réponses apportées aux référentiels ont été synthétisées par partie (A, B, C, D) et par groupement de services. Les points forts, les éléments à améliorer et les axes qui en découlent ont ainsi été mis en avant et présentés aux membres du COPIL.

Concernant les questionnaires, 648 questionnaires ont été envoyés et 287 ont été retournés et exploités :

- 99/311 aux Familles et RL (taux de retour 32%)
- 75/164 aux professionnels (taux de retour 46%)
- 97/141 aux usagers (taux de retour : 69%)

Ce fort taux de retour pour les usagers s'explique par le fait qu'ils ont été accompagnés par les éducateurs habilités pour le remplissage des questionnaires.

- 16/32 aux partenaires (taux de retour 50%)

Les réponses apportées aux questionnaires ont été synthétisées par type de destinataire. Les points forts, les éléments à améliorer et les axes qui en découlent ont ainsi été mis en avant et présentés aux membres du COPIL.

3 Présentation des résultats

Les différents points du référentiel ont été cotés par les membres du COPIL et l'ensemble des services sous forme de pourcentage allant de 0% à 100%. Les points forts sont les éléments cotés à 75% et 100% et les points faibles sont les éléments cotés à 0%, 25% et 50%.

3.1 Les constats par le COPIL du référentiel

3.1.1 Partie A La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

3.1.1.1 Partie A1 : Le projet d'établissement

Le futur projet d'établissement 2019-2023 sera réactualisé au regard des évolutions déterminées par l'évaluation externe, l'évaluation interne en cours et en adéquation avec les orientations du Projet Régional de Santé SROMS Grand Est et du schéma départemental du Conseil Départemental du Bas-Rhin.

Axes d'amélioration

- Intégrer certains renseignements administratifs
- Fixer des échéances formalisées et désigner des pilotes pour le plan d'actions à 5 ans et intégrer les modalités de suivi de la mise en œuvre
- Réaliser une synthèse du projet d'établissement

3.1.1.2 Partie A2 : Les démarches évaluatives

Les points forts

Une démarche d'évaluation interne est conduite selon le cycle quinquennal.

Les professionnels, usagers et partenaires ont participé à l'évaluation interne et ont été informés des résultats et suites données.

Le plan d'amélioration de la qualité intègre les différentes démarches et un suivi est organisé ainsi qu'un comité de pilotage.

Les processus de travail sont formalisés sous forme de procédure.

Les points faibles

Le rapport d'évaluation interne n'est pas complet au vu des attentes de l'ANESM dans la RBPP.

Les actions d'amélioration identifiées dans le cadre des démarches ne sont pas toujours effectivement mises en œuvre.

Analyse

Le rapport d'évaluation interne est à compléter.

Les actions d'amélioration ne sont pas toutes mises en œuvre.

Axes d'amélioration

- Réaliser un rapport d'évaluation interne complet selon les attentes de l'ANESM dans la RBPP
- Faire des réunions de service dans le cadre pluridisciplinaire, des lieux d'information et d'appropriation des nouveaux protocoles
- Évaluer les actions d'amélioration mises en œuvre tant de l'évolution des pratiques et connaissances des professionnels que de l'accompagnement des usagers

3.1.1.3 Partie A3 : L'application des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM

Les points forts

Les RBPP ont fait référence lors des démarches institutionnelles internes.

Les points faibles

Il n'y a pas suffisamment d'actions mises en place pour favoriser l'appropriation des RBPP par les professionnels.

Les RBPP transversales et spécifiques ne sont pas toutes connues.

Axes d'amélioration

- Réunir le comité d'éthique pour présenter certaines RBPP
- Rendre accessible des synthèses des RBPP transversales et spécifiques en les mettant sur l'intranet du Centre de Harthouse voire pour certaines sur le site de l'établissement

3.1.2 Partie B Le droits des usagers

3.1.2.1 Partie B1 : Les outils et supports d'information et de contractualisation

Les points forts

Le contrat de séjour est élaboré et établi au plus tard 15 jours après l'admission et signé dans le mois. Un avenant est élaboré dans les 6 premiers mois et annuellement.

Les usagers connaissent ces outils.

Les outils sont évalués et réactualisés tous les 5 ans.

Des dispositions sont prises pour que les professionnels connaissent les outils d'information, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte.

Les points faibles

Le livret d'accueil ne comprend pas la liste des personnes qualifiées.

Accessibilité pour les résidents est à améliorer : les plaquettes notamment de l'IMPro, les règles de vie, le PIA, la charte.

La remise du livret d'accueil est à formaliser dans la procédure d'admission.

Il manque une procédure de diffusion des documents.

La procédure d'admission doit être précisée.

Axes d'amélioration

- Rendre le livret d'accueil accessible aux résidents (méthode FALC)
- Rajouter le contact de la personne qualifiée sur le livret d'accueil
- Continuer la mise en place des règles de vie dans l'ensemble des services et adapter selon les niveaux de compréhension
- Repréciser le rôle du référent et rendre accessible le PIA et les documents institutionnels
- Préciser la procédure d'admission
- Créer une procédure de diffusion des documents

3.1.2.2 Partie B2 : L'expression collective des usagers

Les points forts

Le CVS est mis en place conformément au décret.

Il est impliqué dans la démarche d'évaluation interne et externe.

L'instance CVS permet effectivement la participation des usagers au fonctionnement de la structure.

Les élus de l'IMPro sont accompagnés par un éducateur.

Les points faibles

Les usagers ne connaissent pas tous le CVS et les élus.

L'établissement doit renforcer l'efficacité du CVS en travaillant en amont et en aval des réunions la préparation, la participation et le compte-rendu ceci avec les élus.

Les rencontres avec les familles sont à développer sur certaines thématiques.

Axes d'amélioration

- Travailler en amont l'ordre du jour du CVS avec les bénéficiaires du secteur adulte et transmettre au secrétariat
- Présence d'un éducateur accompagnateur au CVS
- Adapter l'ordre des points à la compréhension des usagers et faire la réunion en 2 temps
- Développer et poursuivre les rencontres avec les familles sur certaines thématiques

3.1.3 Partie C La gestion des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

3.1.3.1 Partie C1 : La promotion de la bientraitance

Points forts

La notion de bientraitance est définie au sein de l'établissement.

Les professionnels sont sensibilisés à la promotion de la bientraitance.

Analyse

La notion est définie dans le projet d'établissement : elle doit être présente dans les projets de service.

Axes d'amélioration

- La bientraitance devra être déclinée dans les projets de service lors de leur actualisation
- Inscription de formation sur ce thème sur le calendrier pluriannuel de formation

3.1.3.2 Partie C2 : La prévention de la maltraitance

Les points forts

Un protocole d'alerte en cas de suspicion existe et est connu des professionnels.

Les usagers et les familles sont sensibilisés à la question notamment via le CVS.

Le traitement des actes de maltraitance est organisé en interne et avec les autorités de tutelle.

Un dispositif d'aide est déployé auprès des usagers et des professionnels en cas de maltraitance.

Le thème de la maltraitance fait l'objet de formations pluri-professionnelles.

Les points faibles

Il n'y a pas de démarche d'accueil proposant aux professionnels un moment de communication concernant la maltraitance.

L'utilisateur victime et/ou son représentant légal n'est pas systématiquement informé des suites données à un acte de maltraitance.

Analyse

La notion de maltraitance est à décliner dans les projets de service.

Une procédure d'accueil pour les nouveaux professionnels est à définir.

La trace écrite pour chaque acte de maltraitance est à généraliser à tous les services.

Axes d'amélioration

- Décliner la notion de maltraitance dans les projets de service
- Intégrer la bientraitance et maltraitance dans la procédure d'accueil

3.1.3.3 Partie C3 : La prévention et la gestion des risques

Points forts

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont organisées.

La notion d'évènement indésirable est définie.

L'établissement a formalisé un DUERP qui est actualisé tous les ans.

L'établissement a associé les professionnels à l'élaboration du document ainsi que le CHSCT et le médecin du travail.

Un CHSCT est en place et se réunit 4 fois par an.

L'établissement possède et tient à jour un registre des accidents du travail.

Les différents risques liés à la vulnérabilité des usagers sont identifiés au Gauguin (pas cartographiés).

La consolidation de l'ensemble de ces éléments identifiés donne lieu pour chaque situation à une analyse des causes et des propositions pour éviter la résurgence de ce type de risques.

Points faibles

La procédure n'intègre pas la nouvelle notion de dysfonctionnement ou d'évènements graves (arrêté interministériel du 28 décembre 2016).

La procédure des évènements indésirables n'est pas utilisée dans tous les services.

L'établissement ne met pas à disposition des professionnels les fiches données de sécurité des produits à risques. Ces derniers ne sont pas tous étiquetés.

Les différents risques liés à la vulnérabilité des usagers ne sont pas identifiés ni cartographiés dans tous les services.

Il n'y a pas de plan de prévention global ; il devra être validé en CHSCT.

Analyse

L'analyse des plaintes et réclamations n'est pas réalisée puisqu'il n'y en a pas encore eu.

La généralisation dans l'ensemble des services de l'utilisation des fiches d'évènements indésirables.

L'analyse des évènements indésirables n'a pas encore été réalisée en 2017 et donc n'est pas tracée.

Les professionnels n'ont pas à disposition les fiches « données de sécurité » des produits à risques. Ces derniers ne sont pas tous étiquetés.

Axes d'amélioration

- Généraliser l'utilisation des fiches événements indésirables dans tous les services
- Définir les prochaines réunions du Comité qualité
- Mettre à disposition des professionnels les fiches données de sécurité des produits à risque
- Elaborer puis valider un plan de prévention global en CHSCT

3.1.4 Partie D Le pilotage, le suivi et le développement du projet

3.1.4.1 Partie D1 : La gestion des ressources humaines

Points forts

L'établissement dispose d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel.

Chaque salarié dispose d'une fiche de poste

L'établissement a mis en place les entretiens annuels d'appréciation pour chaque membre du personnel. Chaque salarié se voit fixer des objectifs.

Le rapport d'activité annuel comprend une partie bilan social.

Le logigramme sur le recrutement est réalisé. Il est utilisé lors des entretiens de recrutement. De plus, il existe une fiche support pour les entretiens.

A l'embauche, une copie des documents est demandée avant l'élaboration du contrat première embauche. Il existe une veille sur les faux diplômes organisée par l'ARS.

L'établissement organise la visite médicale mais la loi a évolué. Aujourd'hui, il est prévu une visite pas forcément médicale mais d'information et de prévention non systématiquement réalisée par un médecin.

Un livret d'accueil est remis à chaque nouvel agent.

Les usagers et le personnel sont informés de l'arrivée d'un nouveau salarié.

L'établissement exploite l'ensemble des possibilités de formation.

Les responsables observent les pratiques pour identifier les besoins collectifs et individuels.

Chaque année le directeur de l'établissement présente le plan de formation aux instances représentatives du personnel et aux équipes.

Le plan de formation combine les demandes individuelles des agents, les priorités de l'établissement, l'évolution des départs à la retraite....

L'établissement met en œuvre les instances représentatives du personnel et les dote des moyens de fonctionnement réglementaire.

Le CHSCT et le CTE se réunissent 4 fois par an. Les réunions sont tracées dans le bilan social du rapport annuel.

Les comptes rendus écrits des instances sont établis et affichés.

Les emplacements obligatoires pour l'affichage des renseignements se situent à l'accueil et dans l'administration

Points faibles

Les délégations sont écrites et sont dans les dossiers des agents. Cependant, il n'existe pas de document unique des délégations.

8 agents sur 160 ne sont pas diplômés, certains sont en démarche VAE.

Dans la mesure du possible, les recrutements sont faits selon le tableau des effectifs autorisés.

Aucune procédure d'accueil nouvel agent n'est mise en place.

Pas de visite de l'établissement programmée pour les nouveaux agents.

L'établissement évalue les actions de formation mise en place par le biais des fiches de satisfaction et depuis 2016 un tableau de synthèse retrace les résultats. Cependant l'impact en termes de compétences acquises par les agents formés reste à déterminer.

Axes d'amélioration

- Créer un document unique des délégations
- Mettre en place une procédure d'accueil des nouveaux agents
- Réaliser une demi-journée d'accueil des nouveaux agents
- Déterminer l'impact en termes de compétences acquises par les salariés formés

3.1.4.2 Partie D2 : Les moyens matériels et financiers

Points forts

L'établissement met en œuvre une stratégie budgétaire qui intègre les besoins nouveaux et anticipe les évolutions.

Les outils de pilotage permettent d'assurer le suivi et les réajustements éventuels à périodicité régulière.

Les procédures comptables, administratives et de facturation sont connues et appliquées.

Les locaux répondent aux normes de sécurité incendie même le Dali/Degas après travaux.

L'accessibilité des locaux est en cours de réalisation puisqu'un AdAP existe.

Points faibles

Le Compte administratif présentait un déficit en 2014 et 2015. L'équilibre financier est recherché.

Les locaux ne font pas l'unanimité : les conditions d'accueil, certains matériels et locaux sont vieillissants et nécessiteraient un renouvellement plus régulier.

Les règles d'hygiène pour l'entretien des locaux sont à renforcer.

Le parc informatique de l'établissement est vieillissant et pas toujours aux normes (Windows XP).

Analyse

L'établissement souhaite conclure un CPOM unique avec l'ARS et le CD du Bas-Rhin en 2018.

Axes d'amélioration

- Conclure un CPOM avec l'ARS Grand Est et le Conseil Départemental du Bas-Rhin en 2018
- Renouvellement du parc informatique plus régulièrement
- Installation d'une vidéo protection pour contrôle à l'entrée principale du Centre

3.1.4.3 Partie D3 : La sécurité et la maintenance

Points forts

L'établissement effectue les contrôles de ses équipements et de son matériel annuellement.

Pour les petits entretiens et réparations l'établissement a formalisé une organisation.

Une formation incendie est dispensée à l'ensemble des professionnels.

L'établissement a formalisé les principales procédures d'alerte.

La marche en avant est respectée en cuisine et en lingerie.

Points faibles

Les diagnostics sources électromagnétiques et radon sont à prévoir.

Il manque un local à DASRI.

Axes d'amélioration

- Prévoir un diagnostic source ondes électromagnétiques et radon
- Mettre en place un tableau de suivi de l'entretien et des contrôles des véhicules
- Afficher les plans d'évacuation incendie et consignes de sécurité dans les bâtiments manquants
- Assurer le remplacement du matériel défectueux pour le transport des repas
- Prévoir un local à DASRI adapté à la quantité de déchets infectieux produits

3.1.4.4 Partie D3 : Le système d'information

Points forts

L'établissement a créé des outils de communication interne adaptés.

La communication au sein de l'établissement est fluide et efficace.

Le système d'information donne accès en interne à des indicateurs d'activités définis.

Un rapport d'activité est élaboré chaque année.

Des tableaux de bord sont élaborés pour suivre l'activité en continu.

Points faibles

Le dossier de l'utilisateur n'est pas encore informatisé mais c'est en cours : logiciel Cariatides.

Le suivi est formalisé en version papier.

Le système de sauvegarde et de partage d'information est mis en place mais doit être adapté aux besoins futurs de l'établissement.

Axes d'amélioration

- Informatiser les dossiers patients et son suivi.
- Adapter le système d'information aux besoins futurs de l'établissement

3.1.4.5 Partie D4 : L'inscription de l'établissement dans l'environnement local

Points forts

L'établissement est partie prenante d'instances associatives et institutionnelles.

L'établissement s'inscrit à une logique partenariale opérationnelle dans les domaines sanitaires/médico-social afin de favoriser le parcours des personnes accompagnées.

Les partenariats font l'objet d'une convention.

La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

3.2 Le constat des services

Les données issues des référentiels des différents services ont été synthétisées pour chaque service de chaque pôle afin d'en définir des constats et des propositions identifiables par chaque personnel y travaillant ou personne accueillie ainsi que les familles et les représentants légaux.

3.2.1 Le constat commun des services

Partie 1 La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Points forts

Le projet d'établissement est connu des professionnels et constitue un cadre de référence pour conduire les missions.

Globalement, le projet de service décline le projet d'établissement et permet de connaître le fonctionnement de chaque entité du Centre.

Les agents ont été informés de l'élaboration du projet d'établissement.

Les professionnels sont régulièrement associés à l'amélioration continue des prestations par une participation aux enquêtes et réunions.

Les professionnels comprennent donc les différentes démarches réalisées.

Les principaux process sont formalisés sous forme de procédures.

La gestion documentaire permet aux professionnels d'accéder aux informations.

Points faibles

Certains projets de service ne sont pas encore terminés.

Pas assez de communication sur la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de service.

Les professionnels ne connaissent pas les actions d'améliorations (plan qualité) de l'établissement.

Une connaissance des recommandations de bonnes pratiques mais un manque de compréhension.

Analyse

Certains projets de service doivent encore être terminés et présentés au service concerné.

Une information plus régulièrement de la part des chefs de service sur la mise en œuvre du projet de service.

Il est observé un manque d'information et de compréhension des agents sur la démarche qualité de l'établissement.

Un travail avec les équipes sur les recommandations de bonnes pratiques plus régulière est nécessaire.

Axes d'amélioration

- Actualiser les projets de service dans chaque service où cela est nécessaire
- Communiquer davantage sur la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de service
- Un point annuel avec les chefs de service sur la démarche qualité de l'établissement afin qu'ils puissent en informer les professionnels
- Informer plus régulièrement les agents des objectifs et suivis entre l'évaluation interne et externe
- Mise en place de réunions d'éthique pour aborder les recommandations des bonnes pratiques

Partie 2 Le respect des droits fondamentaux des usagers

Points forts

Le dossier de l'utilisateur se trouve à l'administration et est géré par la secrétaire référente. Il respecte le droit des usagers.

Les écrits sont respectueux des usagers.

Le contenu du dossier permet une traçabilité de l'accompagnement.

Les usagers peuvent avoir accès à leur dossier, les conditions d'accès sont précisées dans le contrat d'accompagnement.

Les professionnels sont sensibilisés au respect de l'intimité.

La confidentialité des informations relatives aux usagers est assurée.

Les règles concernant le partage d'informations sont définies et connues des professionnels.

Des sanctions sont prévues en cas de non-respect du règlement de fonctionnement.

Les familles ou RL sont informés des procédures de défense ou de recours.

Les règles d'occupation des locaux permettent aux personnes accueillies de circuler librement dans le respect des horaires d'ouverture.

Les usagers sont accompagnés dans l'exercice de leur citoyenneté.

Points faibles

Les professionnels n'ont pas suffisamment d'informations suite aux rendez-vous médicaux.

Les documents institutionnels et d'informations ne sont pas tous adaptés au niveau de compréhension des usagers.

Les locaux ne sont pas toujours adaptés à l'intimité des usagers.

Les professionnels souhaitent davantage de temps d'échange dans des locaux spécifiques et confidentiels.

Peu de réflexion sur la vie affective et la sexualité. De plus, les familles n'y sont pas sensibilisés.

Aucune évaluation n'a été menée quant au tutoiement/vouvoiement.

Analyse

Le dossier de l'utilisateur détient les informations sur l'accompagnement de l'utilisateur, il est néanmoins constaté un manque d'échange d'informations entre les professionnels.

Une adaptation des supports d'informations pour favoriser la compréhension pour les usagers.

Former le personnel à la vie affective et la sexualité.

Réflexion à mener sur le tutoiement/vouvoiement.

Axes d'amélioration

- Mise en place du logiciel Cariatides dans tous les services
- Adapter les supports d'informations pour une meilleure compréhension pour les résidents
- Former le personnel à la vie affective et la sexualité
- Sensibiliser les familles sur ce sujet
- Mener une réflexion sur le tutoiement/vouvoiement

Partie 3 La prévention des risques

Points forts

Les professionnels sont sensibilisés à la promotion de la bientraitance.

Les modalités sont en place pour permettre aux professionnels de prendre du recul et confronter leurs pratiques.

Un protocole sur les conduites à tenir en cas de maltraitance existe.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations est effectué.

Le recueil et le traitement des agressions est suivi et présenté au CHSCT.

Points faibles

Les nouvelles recommandations de bonnes pratiques ne sont pas analysées par les équipes.

Pas de retours systématiques aux professionnels sur les fiches d'événements indésirables.

Le traitement des événements indésirables n'est pas optimale. Aucune analyse, ni traçabilité des fiches.

Analyse

Une analyse plus approfondie des nouvelles recommandations des bonnes pratiques.

Un travail à mener lors du prochain projet d'établissement sur le retour en cas de fiches d'événements indésirables.

Le traitement des fiches d'événements indésirables n'est pas réalisé et doit être étudié lors du prochain projet d'établissement.

Axes d'amélioration

- Mettre en place des groupes de réflexion lorsqu'une nouvelle recommandation des bonnes pratiques est publiée
- Mener un travail lors du prochain projet d'établissement sur le retour aux professionnels en cas de fiches d'événements indésirables
- Mener un travail de traitement des fiches d'événements indésirables lors du prochain projet d'établissement

Partie 4 Admission et accueil des usagers

Points forts

L'établissement rencontre et fait visiter la structure aux personnes qui font une demande d'admission.

Une procédure d'admission existe.

Les admissions ou refus sont toujours justifiées.

La décision d'admission est prise en fonction des catégories de bénéficiaires dont l'établissement est habilité et conventionné ainsi que des critères de priorité énoncés dans le projet d'établissement.

Les familles sont informées du processus.

Une liste d'attente existe et est appliquée.

Les professionnels sont prévenus lors d'une nouvelle arrivée et les conditions sont réunies pour procéder à un bon accueil.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas toujours concertés lors d'une admission.

Aucune procédure d'accueil n'existe

Analyse

L'examen des admissions se fait en réunion pluridisciplinaire mais les professionnels ne sont pas toujours concertés. Une réflexion est à mener à ce sujet.

Axes d'amélioration

- Formaliser une procédure d'accueil en fonction des types d'accompagnement

Partie 5 Le projet personnalisé

Points forts

Une procédure sur l'élaboration des projets personnalisés existe.

Un projet est rédigé dans les 6 mois après l'admission.
 Une trame existe pour chaque phases du projet.
 La fonction du référent est clairement définie.
 Un bilan du projet personnalisé est réalisé pour tous les usagers et est transmis à la famille chaque année.
 Les usagers sont sollicités sur leurs souhaits et besoins et sont retranscrits dans le projet.
 Des supports adaptés sont utilisés pour une meilleure compréhension pour les usagers et famille.
 Le projet personnalisé est élaboré de façon pluridisciplinaire.
 Il porte sur tous les registres de l'accompagnement et fixe des objectifs précis et réalistes.
 L'utilisateur participe à l'élaboration du projet en lien avec ses capacités.
 Le projet personnalisé est évalué a minima chaque année avec la participation des acteurs concernés.
 Une évaluation de mise en œuvre du projet de l'année antérieure est réalisée.
 Pour l'IMPro, des bilans trimestriels sont réalisés.
 Pour l'IMPro, des informations sont communiquées tous les semestres aux familles.

Points faibles

Les partenaires extérieurs ne sont pas assez sollicités lors de la rédaction du projet personnalisé.
 L'utilisateur ou RL n'est pas toujours consulté sur le choix et l'étendue du recueil d'informations utiles auprès de partenaires.
 Les professionnels souhaitent aborder l'élaboration du rapport d'évolution de manière plus officielle lors des réunions de service.
 Des objectifs pas toujours précis.
 Une compréhension pas toujours adaptée aux capacités de l'utilisateur.
 La co-évaluation du projet personnalisé n'est pas optimale.
 Le suivi du projet manque d'organisation.
 Le projet personnalisé est connu du référent de l'utilisateur mais pas toujours des autres professionnels qui l'encadre.

Analyse

Chaque partie du projet est rédigé par les professionnels mais un manque de sollicitation des partenaires extérieurs est constaté.
 Juridiquement, la personne doit être informé de l'étendue du recueil d'informations le concernant utilisé par l'établissement.
 Les projets personnalisés sont élaborés par tous les professionnels accompagnant l'utilisateur.
 Il porte sur tous les registres mais les objectifs sont parfois à retravailler.
 L'utilisateur, en lien avec ses capacités, participe à son élaboration mais le projet doit être retravaillé pour qu'il soit adapté à sa compréhension.
 Le projet est évalué chaque année par les professionnels mais il manque de la communication entre les professionnels concernés pour rendre le suivi organisé.

Axes d'amélioration

- Solliciter davantage les partenaires extérieurs lors de l'élaboration du projet personnalisé
- Mener un travail sur l'information auprès de l'utilisateur ou RL sur son recueil d'information
- Solliciter les professionnels à l'élaboration du rapport d'évolution lors des réunions de service
- Retravailler les objectifs du projet de façon plus précise
- Adapter les projets personnalisés à la compréhension des usagers
- Améliorer l'organisation du suivi des projets personnalisés
- Communiquer davantage entre professionnels pour améliorer le suivi du projet

3.2.2 Les constats par pôle du référentiel

3.2.2.1 Pole Education et formation professionnelle

3.2.2.1.1 *Parcours d'insertion professionnelle*

Partie 1 L'accompagnement au quotidien, les activités éducatives, les liens avec les parents

Points forts

L'apprentissage et l'autonomie sont adaptés en fonction de l'âge des usagers.

Les jeunes ont des emplois du temps personnalisés et le rythme est respecté.

Un temps d'accueil est prévu et structuré le matin.

L'accompagnement à l'autonomie est réalisé dans les différents environnements de vie de l'enfant. Différents types de repères sont mis en place.

L'établissement encourage la prise de responsabilité des usagers. Ils sont accompagnés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Les temps de soirées, repas et déjeuners sont organisés comme des temps éducatifs.

Les projets sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet.

Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant. Des adaptations existent.

Des activités sont réalisées en transversale et à l'extérieur.

Des intervenants extérieurs sont sollicités.

Le parcours au sein de l'IMPro est structuré.

Les transitions entre 2 groupes sont préparées. Une procédure l'encadre.

Points faibles

Les professionnels n'ont pas à leur disposition du matériel adéquat aux besoins des usagers (matériels informatiques de récupération, équipements détériorés, véhicules pas assez nombreux).

La signalétique n'est pas adaptée aux capacités des usagers.

L'offre d'activités n'est pas appuyée sur une collaboration pluridisciplinaire (difficultés relationnelles avec la psychologue et la pédopsychiatre).

Aucun dispositif de soutien n'est mis en place pour les parents, ni pour les fratries.

Axes d'amélioration

- Définir le programme pluriannuel du matériel informatique et du parc automobile
- Réfléchir à une signalétique plus adaptée et commune aux différents services (groupe de travail)
- Repréciser avec les équipes les activités qui n'ont pas été mises en place
- A titre individuel, les familles peuvent être reçues par la psychologue et l'assistante sociale
- Mettre en place le projet « Stammtisch » (à partir de novembre 2017)

Partie 2 La scolarité, accompagnement à l'insertion professionnelle et à l'orientation

Points forts

Une convention-cadre est établie à l'Education nationale. Un projet de l'unité d'enseignement est formalisé.

L'unité a développé des modalités d'intervention spécifiques aux jeunes.

L'intégration scolaire, le maintien du jeune en milieu ordinaire, la continuité du parcours scolaire sont favorisés par l'unité d'enseignement.

Des outils d'évaluation sont mis en place.

Les PPS sont formalisés et actualisés tous les ans.
Le projet scolaire est cohérent avec le projet personnalisé.
Les temps, rythmes, groupes scolaires, fréquences des temps scolaires sont adaptés.
Des activités à caractère professionnel sont organisées. Les ateliers les préparent au monde du travail.
L'accès aux formations qualifiantes est promu.
Les jeunes peuvent réaliser des stages dans différents métiers, à l'extérieur ou dans l'établissement. Un bilan de stage est réalisé.
Les partenaires sont connus et approchés.
Les projets d'orientation sont préparés.

Points faibles

L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de validation des compétences (attestation de compétences).

Axes d'amélioration

- Réfléchir à un dispositif opérationnel pour remplir et valider les compétences individuelles des jeunes.

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

Les soins sont systématiquement tracés.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés à disposition des professionnels.
La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée.
Les ressources partenariales sur les plans préventifs et curatifs sont identifiées.
Des actions de prévention sont conduites.
Des actions éducatives à la santé et l'hygiène sont faites.
Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont faites.
Des accompagnements spécifiques sont possibles et font l'objet d'un bilan régulier.
La préparation des médicaments est réalisée par les personnes qualifiées. Ils sont rangés de manière nominative et l'administration est tracée.
Le contrôle des dates de péremption est fait.
Du matériel de maintenance vitale est disponible.
Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie fait l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.
Les menus sont équilibrés, travaillés, et le goût est préservé.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.
Les sorties de structure sont discutées en réunion pluridisciplinaires, les équipes sont consultées. Les sorties sont préparées avec le jeune et la famille et un suivi de 3 ans est mis en place.
Une procédure de sortie existe.

Points faibles

L'accompagnement médical des usagers n'est pas toujours organisé et suivi. Réfléchir à améliorer le passage de l'infirmerie.
Aucune sensibilisation des professionnels aux protocoles. Rappel à faire lors des réunions.

Axes d'amélioration

- Réfléchir au temps de passage de l'infirmerie et à l'espace d'attente en cas de maladie.
- Identifier des temps d'explication des protocoles par les infirmières.

3.2.2.1.2 Parcours d'insertion médico-sociale

Partie 1 L'accompagnement au quotidien, les activités éducatives, les liens avec les parents

Points forts

L'apprentissage et l'autonomie sont adaptés en fonction de l'âge des usagers.
Les jeunes ont des emplois du temps personnalisés et le rythme est respecté.
Un temps d'accueil est prévu et structuré le matin.
L'accompagnement à l'autonomie est réalisé dans les différents environnements de vie de l'enfant. Différents types de repères sont mis en place.
L'établissement encourage la prise de responsabilité des usagers. Ils sont accompagnés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.
Les temps de soirées, repas et déjeuners sont organisés comme des temps éducatifs.
Les projets sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet.
Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant. Des adaptations existent.
Des activités sont réalisées en transversale et à l'extérieur.
Des intervenants extérieurs sont sollicités.
Le parcours au sein de l'IMPro est structuré.
Les transitions entre 2 groupes sont préparées. Une procédure l'encadre.

Points faibles

Les professionnels n'ont pas à leur disposition du matériel adéquat aux besoins des usagers (matériels informatiques de récupération, équipements détériorés, véhicules pas assez nombreux)
La signalétique n'est pas adaptée aux capacités des usagers.
L'offre d'activités n'est pas toujours appuyée sur une collaboration pluridisciplinaire optimale.
Aucun dispositif de soutien n'est mis en place pour les parents, ni pour les fratries.

Axes d'amélioration

- Définir le programme pluriannuel du matériel informatique et du parc automobile
- Réfléchir à une signalétique plus adaptée et commune aux différents services (groupe de travail)
- Repréciser avec les équipes les activités qui n'ont pas été mises en place
- A titre individuel, les familles peuvent être reçues par la psychologue et l'assistante sociale
- Mettre en place le projet « Stammtisch » (à partir de novembre 2017)

Partie 2 La scolarité, accompagnement à l'insertion professionnelle et à l'orientation

Points forts

Une convention-cadre est établie à l'Education nationale. Un projet de l'unité d'enseignement est formalisé.
L'unité a développé des modalités d'intervention spécifiques aux jeunes.
L'intégration scolaire, le maintien du jeune en milieu ordinaire, la continuité du parcours scolaire sont favorisés par l'unité d'enseignement.
Des outils d'évaluation sont mis en place.
Les PPS sont formalisés et actualisés tous les ans.
Le projet scolaire est cohérent avec le projet personnalisé.
Les temps, rythmes, groupes scolaires, fréquences des temps scolaires sont adaptés.
Des activités à caractère professionnel sont organisées. Les ateliers les préparent au monde du travail.

L'accès aux formations qualifiantes est promu.
Les jeunes peuvent réaliser des stages dans différents métiers, à l'extérieur ou dans l'établissement. Un bilan de stage est réalisé.
Les partenaires sont connus et approchés.
Les projets d'orientation sont préparés.

Points faibles

L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de validation des compétences (attestation de compétences).

Analyse

Mise en place d'un « carnet de réussite » depuis 3 ans.

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.
Les soins sont systématiquement tracés.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés à disposition des professionnels.
La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée.
Les ressources partenariales sur les plans préventif et curatif sont identifiées.
Des actions de prévention sont conduites.
Des actions éducatives à la santé et l'hygiène sont faites.
Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont faites.
Des accompagnements spécifiques sont possibles et font l'objet d'un bilan régulier.
La préparation des médicaments est réalisée par les personnes qualifiantes. Ils sont rangés de manière nominative et l'administration est tracée.
Le contrôle des dates de péremption est fait.
Du matériel de maintenance vitale est disponible.
Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie fait l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.
Les menus sont équilibrés, travaillé, et le goût est préservé.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.
Les sorties de structure sont discutées en réunion pluridisciplinaires, les équipes sont consultées. Les sorties sont préparées avec le jeune et la famille et un suivi de 3 ans est mis en place.
Une procédure de sortie existe.

Points faibles

Les médicaments sont déconditionnés au moment de la préparation.
L'établissement ne met pas à disposition de la vaisselle et des couverts adaptés.

Axes d'amélioration

- Les semainiers sont préparés par l'infirmerie. La taille des semainiers explique que les médicaments sont déconditionnés en amont
- Le budget de fonctionnement prévoit les achats de la vaisselle et des couverts adaptés

3.2.2.1.3 Les internats

Partie 1 L'accompagnement au quotidien, les activités éducatives, les liens avec les parents

Points forts

L'apprentissage et l'autonomie sont adaptés en fonction de l'âge des usagers.
Les jeunes ont des emplois du temps personnalisés et le rythme est respecté.
Un temps d'accueil est prévu et structuré le matin.
La signalétique n'est pas adaptée aux capacités des usagers.
L'accompagnement à l'autonomie est réalisé dans les différents environnements de vie de l'enfant. Différents types de repères sont mis en place.
L'offre d'activités est appuyée sur une collaboration pluridisciplinaire.
L'établissement encourage la prise de responsabilité des usagers. Ils sont accompagnés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.
Les temps de soirées, repas et déjeuners sont organisés comme des temps éducatifs.
Les projets sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet.
Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant. Des adaptations existent.
Des activités sont réalisées en transversale et à l'extérieur.
Des intervenants extérieurs sont sollicités.
Le parcours au sein de l'IMPro est structuré.
Les transitions entre 2 groupes sont préparées. Une procédure l'encadre.
Des dispositifs sont mis en place pour les familles et fratries.

Points faibles

Les professionnels n'ont pas à leur disposition du matériel adéquat aux besoins des usagers (cuisinière, évier trop petit, frigo trop petit, manque d'espace extérieur, locaux trop petits, mitigeur de la douche).

Axes d'amélioration

→ Reprendre les éléments d'amélioration des locaux

Partie 2 La scolarité, accompagnement à l'insertion professionnelle et à l'orientation

Points forts

Une convention-cadre est établie à l'Education nationale. Un projet de l'unité d'enseignement est formalisé.
L'unité a développé des modalités d'intervention spécifiques aux jeunes.
L'intégration scolaire, le maintien du jeune en milieu ordinaire, la continuité du parcours scolaire est favorisée par l'unité d'enseignement.
Des outils d'évaluation sont mis en place.
Les PPS sont formalisés et actualisés tous les ans.
Le projet scolaire est cohérent avec le projet personnalisé.
Les temps, rythmes, groupes scolaires, fréquences des temps scolaires sont adaptés.
Des activités à caractère professionnel sont organisées. Les ateliers les préparent au monde du travail.
L'accès aux formations qualifiantes est promu.
Les jeunes peuvent réaliser des stages dans différents métiers, à l'extérieur ou dans l'établissement. Un bilan de stage est réalisé.
Les partenaires sont connus et approchés.
Les projets d'orientation sont préparés.

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.
Les soins sont systématiquement tracés.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés à disposition des professionnels.
La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée.
Les ressources partenariales sur les plans préventif et curatif sont identifiées.
Des actions de prévention sont conduites.
Des actions éducatives à la santé et l'hygiène sont faites.
Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont faites.
Des accompagnements spécifiques sont possibles et font l'objet d'un bilan régulier.
La préparation des médicaments est réalisée par les personnes qualifiées. Ils sont rangés de manière nominative et l'administration est tracée.
Le contrôle des dates de péremption est fait.
Du matériel de maintenance vitale est disponible.
Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie fait l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.
Les menus sont équilibrés, travaillé, et le goût est préservé.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.
Les sorties de structure sont discutées en réunion pluridisciplinaires, les équipes sont consultées. Les sorties sont préparées avec le jeune et la famille et un suivi de 3 ans est mis en place.
Une procédure de sortie existe.

Points faibles

Aucune sensibilisation des protocoles aux professionnels.
Les médicaments sont déconditionnés au moment de la préparation.
Pas de matériels de maintien des fonctions vitales à disposition des professionnels au Mondrian.
Le goût des repas n'est pas toujours préservé (limite de la liaison froide). Revoir pour certaines denrées sèches (riz, pâtes).

Axes d'amélioration

- Identifier des temps d'explication des protocoles par le corps soignant
- Les semainiers sont préparés par l'infirmerie. La taille des semainiers explique que les médicaments sont déconditionnés en amont

3.2.2.1.4 Le service Paul Gauguin (ateliers et internat)

Partie 1 La gestion des comportements problèmes

Points forts

La structure a identifié des ressources expertes externes susceptibles d'être mobilisées pour lui apporter un appui ponctuel.
Le projet de la structure formalise un cadre cohérent et connu de tous.
Les comportements problèmes sont appréhendés et situés dans leur contexte.
Toute prescription de psychotropes suite à des comportements problèmes est exceptionnelle et temporaire.
La structure permet le retrait ou le repli volontaire de la personne par rapport à son groupe.

Points faibles

Le repérage et l'analyse des comportements ne sont pas partagés avec les parents, afin de distinguer les caractéristiques propres aux troubles autistiques et comportement problème.
L'organisation et les procédures mises en place ne permettent pas aux équipes de travailler sur l'anticipation et la prévention des comportements problèmes.

Axes d'amélioration

- Organisation des mercredis matin : temps de réflexion sans prise en charge pour les professionnels depuis le 8 novembre 2017
- Passeport Gauguin simplifié

Partie 2 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est coordonnée avec les parents et les intervenants extérieurs.

L'information régulière du jeune et des proches sur son état de santé est organisée.

Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés à disposition des professionnels.

Les ressources extérieures préventives et curatives sont identifiées.

La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée.

La structure accompagne les proches dans les démarches concernant les actes médicaux.

L'établissement a établi des partenariats.

L'administration des médicaments est tracée et sécurisée.

Une évaluation régulière des capacités et de l'autonomie des usagers est organisée.

Les personnes bénéficient d'un suivi psychologique et d'une rééducation en fonction de leur besoin.

Les interventions dans le domaine de l'émotion/comportements sont menées prioritairement avec les approches éducatives et comportementales.

Les interventions des professionnels psychologues et paramédicaux font l'objet d'un bilan annuel.

Des activités favorisant le bien-être sont proposées.

L'établissement veille à la santé des usagers.

Les professionnels sont formés à la prise en compte de la douleur.

Les menus sont équilibrés.

Les professionnels sont informés des régimes spécifiques. Les régimes font l'objet de prescriptions médicales.

Les habitudes alimentaires, les goûts, ses aversions et allergies sont identifiés dans un document écrit.

La vaisselle et les couverts sont adaptés.

L'établissement veille à l'alimentation des usagers et favorise l'autonomie.

Points faibles

Les outils adaptés ne sont pas mis en place pour que l'utilisateur puisse s'exprimer et se faire comprendre.

Le dossier médical ne permet pas de fournir toutes les informations nécessaires pour une prise en charge en urgence.

Aucune sensibilisation des professionnels sur les protocoles est organisée.

Le médecin de la structure ne veille pas assez à la cohérence des prescriptions somatiques.

La réévaluation des médicaments prescrits n'est pas régulière.

Des accompagnements spécifiques sont mis en place pour préserver les capacités des usagers mais ils restent à développer.

Les particularités sensorielles importantes ne font pas l'objet d'un travail d'atténuation ou de modulation.

La structure ne dispose pas d'outils de mesure de la douleur tenant compte des particularités sensorielles, à retravailler en réunion pluridisciplinaire.

L'établissement ne propose pas de repas alternatif s'il ne convient pas.

Axes d'amélioration

- Suivi sensoriel par la psychologue pour chaque résident
- Mise en place d'une réunion 1x par mois avec l'infirmière et les AS pour retravailler les protocoles de soins
- Réunion hebdomadaire entre le directeur, pédopsychiatre, CSE, coordinatrice et psychologue pour parler et étudier la prise en charge des jeunes

Partie 3 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

L'apprentissage de l'autonomie est favorisé et adapté en fonction des capacités de chacun.

Différents types repères sont utilisés pour favoriser l'autonomie.

L'établissement encourage la prise de responsabilité des usagers dans la vie quotidienne ou activités et facilite leurs initiatives. Ils sont accompagnés dans la réalisation des tâches.

L'établissement met en place des moyens matériels adaptés et sécurisés pour inciter les personnes à profiter des extérieurs.

Les approches jugées non consensuelles ou non recommandées ne sont pas utilisées.

L'offre d'activités s'appuie sur une collaboration pluridisciplinaire.

Les interventions visent à maintenir et développer les acquis scolaires. Elles favorisent les compétences cognitives.

La participation des usagers est évaluée.

Les interventions sont variées et adaptées aux besoins de la personne.

Des dispositifs de soutien sont mis en place pour les parents. La structure les guide au quotidien.

La structure propose aux proches une information sur des TSA.

Les liens avec les proches sont encouragés et facilités.

L'établissement favorise la participation des proches à la vie de l'établissement.

Les proches sont informés des observations faites par les professionnels.

Points faibles

L'agencement de l'établissement ne favorise pas l'autonomie et l'orientation temporelle et spatiale.

L'environnement n'offre pas des moyens matériels permettant de prévoir ou anticiper les événements.

Les interventions ne prévoient pas d'activités de compréhension des règles sociales.

Les interventions ne correspondent pas à des objectifs fonctionnels précis.

Les professionnels n'ont pas recours aux interventions évaluées et recommandées par l'HAS et l'ANESM.

Les projets d'ateliers ne sont pas formalisés ni déployés à l'appui de la méthodologie d'un projet.

Les activités proposées aux personnes autistes ne s'appuient pas sur leurs goûts et centres d'intérêt.

Les ressources extérieures ne sont pas recherchées et utilisées pour compléter les compétences de l'équipe.

Axes d'amélioration

- Retravailler les recommandations de l'ANESM sur les temps de réunion
- Formaliser les projets d'activité des ateliers
- Développer les relations avec les partenaires (CRA)

Partie 4 La sortie de la structure

Points forts

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et les partenaires.
Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés.
Une procédure de sortie du dispositif est établie.

3.2.2.1.5 Le service Paul Gauguin (accueil temporaire)

Partie 1 Les spécificités de l'accueil temporaire

Points forts

Les objectifs du séjour de la personne en hébergement temporaire sont co-construits avec elle et son aidant.
Les séjours sont planifiés à l'avance.

Points faibles

Les objectifs ne sont pas articulés dans les projets personnalisés mis en œuvre par d'autres établissements.
La durée de l'hébergement et les conditions éventuelles de sa reconduction, de sa prolongation ou de son interruption ne sont pas précisées dans le contrat.
Il n'y a pas de protocole d'admission spécifique pour l'accueil d'urgence.
Les groupes ne sont pas constitués de manière homogène.
Le projet d'établissement n'intègre pas un volet sur l'hébergement temporaire d'urgence.

Axes d'amélioration

- Retravailler le contrat d'accompagnement afin de préciser les modalités de durée, reconduction ou interruption de séjour...
- Formaliser un protocole pour les accueils d'urgence

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les professionnels sont formés aux méthodes de communication alternatives et à l'observation de la communication non verbale.
Les moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont utilisés en permanence avec les usagers ayant peu ou pas accès à l'expression verbale et accompagnés de la parole.
Différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie.
Les résidents sont associés à la réalisation des tâches de la vie quotidienne.
Les activités proposées sont variées.
La participation des usagers est évaluée.
Des activités sont réalisées à l'extérieur de l'établissement.
Les usagers ont des plannings personnalisés.
Les familles sont régulièrement informées de l'accompagnement mis en œuvre.
Les ressources extérieures sont recherchées et utilisées.
Des sorties séjours ou transferts sont organisés.
La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

Points faibles

Aucun espace n'est prévu pour proposer un accueil convivial aux familles.
Les espaces collectifs ne permettent pas aux résidents de se rencontrer et d'échanger entre eux.

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est coordonnée.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés et à disposition des professionnels.
La préparation des médicaments et traitements est réalisée par les personnes qualifiées.
L'administration des médicaments est tracée.
La prescription initiale est présente sur le chariot et consultable pour contrôle.
Le visuel des plats est travaillé et les goûts sont préservés.
L'établissement met à disposition de la vaisselle et des couverts adaptés.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

Points faibles

Aucune sensibilisation des professionnels sur les protocoles.
La conduite à tenir en cas d'urgence n'est pas connue des nouveaux professionnels.
Peu d'activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont proposées.
Les menus ne sont pas équilibrés.
Les résidents ne donnent pas leur avis sur la restauration.
Le service de restauration ne tient pas en compte les retours des résidents.

Axes d'amélioration

- Fiche d'émargement pour chaque nouveau protocole
- Revoir les protocoles en réunion d'équipe

3.2.2.2 Pôle lieux de vie

3.2.2.2.1 Le FAM

3.2.2.2.1.1 Service PAUL CEZANNE

Partie 1 Droits spécifiques et personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'utilisateur soit soignée.
Lorsque des chambres sont doubles, les espaces sont différenciés pour le respect de l'intimité.
La liberté d'aller et venir est assurée.
Les personnes sont libres de participer aux activités.
La vie spirituelle des usagers est respectée ou accompagnée.
Il peut choisir sa tenue vestimentaire.
Le rythme et habitudes de vie de l'utilisateur sont respectés.

Points faibles

Les souhaits de pratiques religieuses du résident ne sont pas identifiés dès son entrée.
Les usagers n'ont pas de plannings personnalisés.

Axes d'amélioration

- Rajouter sur les feuilles d'admission une ligne spécifique sur les pratiques religieuses du résident

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.
Des moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont à développer.
Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont associés à la réalisation des tâches.
Les différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.
Les projets d'activité sont formalisés, variés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet, évalués et évoluent.
Les interventions sont variées et adaptées aux besoins.
Le recueil de satisfaction des familles et des usagers est réalisé et la participation est évaluée.
Des temps d'information et festifs sont organisés.
Les familles sont informées de l'accompagnement mis en œuvre.
Des espaces sont prévus pour les visites. Les horaires sont définis et l'accès à la structure est facilité.
Les sorties dans la famille sont encouragées et suivies.
Des sorties et des séjours sont organisées.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.
Les familles sont informées de la stratégie de communication lors de la synthèse mais ne sont pas formées.

Axes d'amélioration

→ Former le personnel à la communication concrète

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.
Les soins et les transmissions sont tracés et écrits.
Le dossier médical de l'utilisateur permet de fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge d'urgence.
Des protocoles sont formalisés.
Des actions sont conduites pour que les usagers connaissent le fonctionnement de leur corps et de ses transformations.
Des actions d'éducation à la santé, à l'hygiène corporelle et alimentaire sont organisées.
Des activités de bien-être et d'estime de soi sont organisées.
Les professionnels sont formés aux outils de repérage de la souffrance.
La gestion des crises fait l'objet d'un protocole.
La préparation des médicaments et traitements se font par des personnes qualifiées. Les médicaments sont rangés de façon nominative. L'administration est tracée.
Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie font l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.
Les repas sont équilibrés. Le visuel est travaillé et les goûts sont toujours préservés.
Des couverts et vaisselle adaptés à l'autonomie.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

Points faibles

Les modalités d'information sur l'état de santé du résident entre l'établissement et le médecin traitant ne sont pas définies.

Les proches et l'utilisateur ne sont pas toujours informés de l'état de santé.

Les professionnels ne sont pas sensibilisés aux protocoles.

Il n'existe pas de DARI.

Les professionnels ne sont pas formés aux addictions et aucun accompagnement n'est organisé.

Les médicaments sont déconditionnés au moment de la préparation des piluliers.

Les ordonnances ne sont pas consultables sur le chariot pour contrôle.

L'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner peut dépasser 12h car des collations sont disponibles tard le soir et tôt le matin.

Le service de restauration ne tient pas en compte des retours des résidents.

Axes d'amélioration

- Essai de l'impression des ordonnances avec plan de soin pour un service au 1^{er} trimestre 2018
- Mettre en place une fiche de traçabilité des frigos dans la salle de soin
- Mettre en place le DARI
- Mettre en place des actions concernant les transformations du corps des résidents avec les IDE

Partie 4 La fin de l'accompagnement

Points forts

Les sorties sont discutées en équipe lors des réunions pluridisciplinaires.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et les partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés.

Des formations sur ce thème sont dispensées.

Il existe des dispositifs de soutien pour les familles et les professionnels. Il n'y a pas d'outils spécifiques.

Il y a des partenariats avec des intervenants spécialisés dans l'accompagnement de fin de vie.

Une procédure décès existe et est mise en œuvre si nécessaire.

Points faibles

Une procédure de sortie du dispositif n'est pas établie.

Une procédure sur l'accompagnement de fin de vie n'existe pas et n'est pas mise en œuvre.

Le recueil des directives anticipées n'est pas réalisé.

Axes d'amélioration

- Mettre en place une procédure de sortie

3.2.2.2.1.2 Service GUSTAVE KLIMT

Partie 1 Droits spécifiques et personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'utilisateur soit soignée.

Lorsque des chambres sont doubles, les espaces sont différenciés pour le respect de l'intimité.

La liberté d'aller et venir est assurée.

Les personnes sont libres de participer aux activités.

La vie spirituelle des usagers est respectée ou accompagnée.

Il peut choisir sa tenue vestimentaire.

Le rythme et habitudes de vie de l'utilisateur sont respectés.

Un planning personnalisé est mis en place pour chaque usager selon leur capacité.

Points faibles

Les souhaits de pratiques religieuses du résident ne sont pas identifiés dès son entrée.

Le rythme et les habitudes de vie de l'utilisateur ne peuvent pas toujours être respectés.

Axes d'amélioration

- Rajouter sur les feuilles d'admission une ligne spécifique sur les pratiques religieuses du résident

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Des moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont à développer.

Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont associés à la réalisation des tâches.

Les différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les projets d'activité sont formalisés, variés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet, évalués et évoluent.

Les interventions sont variées et adaptées aux besoins.

Le recueil de satisfaction des familles et des usagers est réalisé et la participation est évaluée.

Des temps d'information et festifs sont organisés.

Les familles sont informées de la stratégie de communication lors de la synthèse.

Les familles sont informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Des espaces sont prévus pour les visites. Les horaires sont définis et l'accès à la structure est facilité.

Les sorties dans la famille sont encouragées et suivies.

Des sorties et des séjours sont organisés.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

La situation géographique des locaux n'est pas cohérente avec les objectifs d'accompagnement.

Axes d'amélioration

- Former le personnel à la communication concrète

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.

Les soins et les transmissions sont tracés et écrits.

Les modalités d'information sur l'état de santé du résident entre l'établissement et le médecin traitant sont définies.

Les proches et l'usager sont informés de l'état de santé.

Le dossier médical de l'usager permet de fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge d'urgence.

Des protocoles sont formalisés.

Des actions sont conduites pour que les usagers connaissent le fonctionnement de leur corps et de ses transformations.

Des actions d'éducation à la santé, à l'hygiène corporelle et alimentaire sont organisées.

Des activités de bien-être et d'estime de soi sont organisées.

Les professionnels sont formés aux outils de repérage de la souffrance.

La gestion des crises fait l'objet d'un protocole.

La préparation des médicaments et traitements se font par des personnes qualifiées. Les médicaments sont rangés de façon nominative. L'administration est tracée.

Les médicaments sont déconditionnés au moment de la préparation des piluliers.

Les ordonnances sont consultables sur le chariot pour contrôle.

Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie font l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.

Les repas sont équilibrés. Le visuel est travaillé et les goûts sont toujours préservés.

Des couverts et vaisselle adaptés à l'autonomie.

Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

Points faibles

Il n'existe pas de DARI.

Les ordonnances ne sont pas consultables sur le chariot pour contrôle.

L'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner est de 14h.

Axes d'amélioration

- Essai de l'impression des ordonnances avec plan de soin pour un service au 1^{er} trimestre 2018
- Mettre en place une fiche de traçabilité des frigos dans la salle de soin
- Mettre en place le DARI
- Mettre en place des actions concernant les transformations du corps des résidents avec les IDE
- Amplitude horaire à retravailler

Partie 4 La fin de l'accompagnement

Points forts

Les sorties sont discutées en équipe lors des réunions pluridisciplinaires.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'usager et les partenaires.

Des temps d'échange avec l'usager, sa famille et les partenaires sont organisés.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

Une procédure sur l'accompagnement de fin de vie existe et est mise en œuvre.

Des formations sur ce thème sont dispensées.

Il existe des dispositifs de soutien pour les familles et les professionnels. Il n'y a pas d'outils spécifiques.

Il y a des partenariats avec des intervenants spécialisés dans l'accompagnement de fin de vie.

Une procédure décès existe et est mise en œuvre si nécessaire.

Points faibles

Le recueil des directives anticipées existe mais n'est pas mis en place

Axes d'amélioration

→ Mettre en place une procédure de sortie

3.2.2.2.2 Le FAS

3.2.2.2.2.1 Service DALI

Partie 1 Droits spécifiques et personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Les points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'usager soit soignée.

La liberté d'aller et venir est assurée.

Les personnes sont libres de participer aux activités.

La vie spirituelle des usagers est respectée ou accompagnée.

L'usager dispose d'un espace individuel et peut le personnaliser.

Il peut choisir sa tenue vestimentaire.

Les usagers disposent d'un planning personnalisé.

Les points faibles

Les souhaits de pratiques religieuses du résident ne sont pas identifiés dès son entrée.

Le nom de la personne est inscrit sur la porte mais il n'est pas à hauteur du fauteuil.

Axes d'amélioration

→ Rajouter sur les feuilles d'admission une ligne spécifique sur les pratiques religieuses du résident

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Les points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont associés à la réalisation des tâches.

Les différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les projets d'activité sont formalisés, variés, déployés à l'appui de la méthodologie du projet, évalués et évoluent.

Les interventions sont variées et adaptées aux besoins.

Le recueil de satisfaction des usagers est réalisé et la participation est évaluée.

Des temps d'information et festifs sont organisés.

Les familles sont informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Des espaces sont prévus pour les visites. Les horaires sont définis et l'accès à la structure est facilité.

Les sorties dans la famille sont encouragées et suivies.

Des sorties et des séjours sont organisées.

Les points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communication alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

Les proches ne sont pas associés à l'élaboration de stratégies de communication.

Le recueil de satisfaction des familles ne sont pas mises en œuvre.

Axes d'amélioration

→ Former le personnel à la communication concrète

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Les points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.

Les modalités d'information sur l'état de santé du résident entre l'établissement et le médecin traitant sont définies.

Les proches et l'utilisateur sont informés de l'état de santé.

Les soins sont tracés et les transmissions sont écrites.

Des protocoles sont formalisés.

Des actions d'éducation à la santé, à l'hygiène corporelle et alimentaire sont organisées.

Des activités de bien-être et d'estime de soi sont organisées.

La préparation des médicaments et traitements se font par des personnes qualifiées. Les médicaments sont rangés de façon nominative. L'administration est tracée.

Les repas sont équilibrés. Le visuel est travaillé. Les goûts sont préservés. Des couverts et vaisselle adaptés à l'autonomie.

Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

L'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner ne dépasse pas 12h.

Les points faibles

Le dossier médical de l'utilisateur ne permet pas de fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge d'urgence.

Aucune sensibilisation aux protocoles n'est organisée pour les professionnels.

Les ressources partenariales sur les plans préventifs et curatifs ne sont pas identifiées.

Il n'existe pas de DARI.

Aucune action n'est conduite pour que les personnes connaissent leur corps et ses transformations.

Les professionnels ne sont pas formés aux outils de repérage de la souffrance.

La gestion des crises ne fait pas l'objet d'un protocole.

Les ordonnances ne sont pas consultables sur le chariot pour contrôle.

Pas de matériel de fonction vitale à disposition (présentation du défibrillateur en formation SST).

Axes d'amélioration

→ Mettre en place le DARI

→ Mettre en place des actions concernant les transformations du corps des résidents avec les IDE

Partie 4 La fin de l'accompagnement

Les points forts

Une procédure de décès existe et est mise en œuvre.

Les points faibles

Le recueil des directives anticipées n'est pas réalisé de manière systématique.

Axes d'amélioration

→ Mettre en place une procédure de sortie

3.2.2.2.2 Service CHAGALL

Partie 1 Droits spécifiques et personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'usager soit soignée.

La liberté d'aller et venir est assurée.

Les personnes sont libres de participer aux activités.

La vie spirituelle des usagers est respectée ou accompagnée.

Le nom du résident est inscrit sur les portes à hauteur du fauteuil.

Il peut choisir sa tenue vestimentaire.

Points faibles

Lorsque des chambres sont doubles, les espaces ne sont pas différenciés pour le respect de l'intimité.

Les souhaits de pratiques religieuses du résident ne sont pas identifiés dès son entrée.

Le résident ne dispose pas d'espace individuel.

Les usagers n'ont pas de plannings personnalisés.

Axes d'amélioration

→ Rajouter sur les feuilles d'admission une ligne spécifique sur les pratiques religieuses du résident

→ Prévoir d'afficher le planning des activités chaque jour

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont associés à la réalisation des tâches.

Les différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les projets d'activité sont formalisés, variés, déployés à l'appui de la méthodologie du projet, évalués et évoluent.

Les interventions sont variées et adaptées aux besoins.

Le recueil de satisfaction des usagers est réalisé et la participation est évaluée.

Des temps d'information et festifs sont organisés.

Les familles sont informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Des espaces sont prévus pour les visites. Les horaires sont définis et l'accès à la structure est facilité.

Les sorties dans la famille sont encouragées et suivies.

Des sorties et des séjours sont organisées.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

Des moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont à développer.

Les résidents ne sont pas associés aux tâches de la vie courante.

Les proches ne sont pas associés à l'élaboration de stratégies de communication.

Le recueil de satisfaction des familles sont mises en œuvre à l'oral mais sont à formaliser.
Les ressources extérieures ne sont pas recherchées et utilisées mais à développer.

Axes d'amélioration

→ Développer la participation des résidents aux tâches de la quotidienne

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.
Les modalités d'information sur l'état de santé du résident entre l'établissement et le médecin traitant sont définis.
Les proches et l'utilisateur sont informés de l'état de santé.
Les transmissions sont écrites.
Le dossier médical de l'utilisateur permet de fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge d'urgence.
Des protocoles sont formalisés.
Des actions d'éducation à la santé, à l'hygiène corporelle et alimentaire sont organisées.
Des activités de bien-être et d'estime de soi sont organisées.
La gestion des crises ne fait pas l'objet d'un protocole.
La préparation des médicaments et traitements se font par des personnes qualifiées. Les médicaments sont rangés de façon nominative. L'administration est tracée.
Les ordonnances sont consultables sur le chariot pour contrôle.
Les repas sont équilibrés. Des couverts et vaisselle adaptés à l'autonomie.
Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.
L'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner ne dépasse pas 12h.

Points faibles

Les soins ne sont pas systématiquement tracés, mais c'est en cours d'amélioration.
Il n'existe pas de DARI.
Les professionnels ne sont pas formés aux outils de repérage de la souffrance, à la prévention et à la gestion des crises.
Les professionnels ne font pas émerger de demande de soins liées aux addictions. Aucun accompagnement spécifique dans ce domaine n'est organisé.
Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie ne font pas l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.
Le visuel est travaillé mais n'est pas suffisant. Les goûts ne sont pas toujours préservés.

Axes d'amélioration

→ Mettre en place une fiche de traçabilité des frigos dans la salle de soin
→ Mettre en place le DARI

Partie 4 La fin de l'accompagnement

Points forts

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et les partenaires.
Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés.

Points faibles

Une procédure de sortie du dispositif n'est pas établie.
Une procédure sur l'accompagnement de fin de vie n'existe pas et n'est pas mise en œuvre.

Des formations sur ce thème ne sont pas dispensées.

Il n'existe pas de dispositif de soutien des familles, ni des professionnels. Il n'y a pas d'outil spécifique.

Il n'y a pas de partenariat avec des intervenants spécialisés dans l'accompagnement de fin de vie.

Le recueil des directives anticipées n'est pas réalisé.

<u>Axes d'amélioration</u>

→ Mettre en place une procédure de sortie

3.2.2.2.3 Service MICHEL ANGE

Partie 1 Droits spécifiques et personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'utilisateur soit soignée.

La liberté d'aller et venir est assurée.

Les personnes sont libres de participer aux activités.

La vie spirituelle des usagers est respectée ou accompagnée.

Les souhaits de pratiques religieuses du résident sont identifiés dès son entrée.

Il peut choisir sa tenue vestimentaire.

Le rythme et habitudes de vie de l'utilisateur sont respectés.

Les usagers ont des plannings personnalisés.

Points faibles

Lorsque des chambres sont doubles, les espaces ne sont pas différenciés pour le respect de l'intimité.

Il n'y a pas de contention.

Le résident ne dispose pas d'espace individuel (4 résidents ont une chambre individuelle).

Le nom du résident n'est pas inscrit sur les portes à hauteur du fauteuil.

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les professionnels sont formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Des moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont à développer.

Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont associés à la réalisation des tâches.

Les différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les projets d'activité sont variés, évalués et évoluent.

Les interventions sont variées et adaptées aux besoins.

Le recueil de satisfaction des familles et des usagers est réalisé et la participation est évaluée.

Des temps d'information et festifs sont organisés.

Les familles sont informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Des espaces sont prévus pour les visites. Les horaires sont définis et l'accès à la structure est facilité.

Les sorties dans la famille sont encouragées et suivies.

Des sorties et des séjours sont organisées.

Points faibles

Les proches sont associés à l'élaboration de stratégies de communication au moment des synthèses mais les échanges sont à développer.

Manque de repères pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les projets d'activité ne sont pas formalisés et pas déployés à l'appui de la méthodologie de projet, ils sont à améliorer par le référent.

Les week-ends ne sont pas toujours investis.

Axes d'amélioration

→ Anticiper l'organisation des activités et sorties lors des week-ends

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.

Les modalités d'information sur l'état de santé du résident entre l'établissement et le médecin traitant sont définies.

Les proches et l'utilisateur sont informés de l'état de santé.

Les soins et les transmissions sont tracés et écrits.

Le dossier médical de l'utilisateur permet de fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge d'urgence.

Des protocoles sont formalisés.

Des actions d'éducation à la santé, à l'hygiène corporelle et alimentaire sont organisées.

Des activités de bien-être et d'estime de soi sont organisées.

La préparation des médicaments et traitements se font par des personnes qualifiées. Les médicaments sont rangés de façon nominative. L'administration est tracée.

Les repas sont équilibrés. Le visuel est travaillé et les goûts sont toujours préservés.

Des couverts et vaisselle adaptés à l'autonomie.

Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

L'amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner ne dépasse pas 12h.

Points faibles

Il n'existe pas de DARI.

Aucune action n'est conduite pour que les usagers connaissent le fonctionnement de leur corps et de ses transformations.

Les professionnels ne sont pas formés aux outils de repérage de la souffrance.

Les professionnels ne sont pas formés aux addictions et aucun accompagnement n'est organisé.

La gestion des crises ne fait pas l'objet d'un protocole.

Les ordonnances ne sont pas consultables sur le chariot pour contrôle.

Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmerie ne font pas l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.

Axes d'amélioration

→ Mettre en place une fiche de traçabilité des frigos dans la salle de soin

→ Mettre en place le DARI

Partie 4 La fin de l'accompagnement

Points forts

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et les partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

Points faibles

Une procédure sur l'accompagnement de fin de vie n'existe pas et n'est pas mise en œuvre.
Des formations sur ce thème ne sont pas dispensées.

Il n'existe pas de dispositif de soutien des familles, ni des professionnels. Il n'y a pas d'outil spécifique.

Il n'y a pas de partenariat avec des intervenants spécialisés dans l'accompagnement de fin de vie.

Le recueil des directives anticipées n'est pas réalisé.

Une procédure décès existe mais n'a jamais été mise en œuvre.

Axes d'amélioration

→ Mettre en place une procédure de sortie

3.2.2.3 Le pôle accompagnement du projet de vie à domicile APVD

3.2.2.3.1 Le service accueil de jour

Partie 1 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Les points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Une attention particulière est portée au temps d'accueil des personnes le matin et le soir.

Les résidents sont associés à la réalisation des tâches de la vie courante.

Les projets d'activité sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet, évalués et peuvent évoluer.

Les activités sont variées et adaptées aux besoins de la personne.

Un recueil de satisfaction des personnes est réalisé.

Les projets d'activité sont articulés avec le recueil des informations réalisé dans le cadre des projets personnalisés.

Des activités sont réalisées à l'extérieur de l'établissement.

Les usagers ont des plannings personnalisés.

Les familles sont régulièrement informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Des intervenants extérieurs sont mobilisés dans le programme d'activité. Les ressources extérieures sont recherchées et utilisées.

Des sorties et séjours sont organisés.

Les points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

Les moyens de communication alternatifs ou augmentatifs ne sont pas utilisés en permanence avec les usagers.

Les proches ne sont pas associés à l'élaboration de stratégies de communication et ne sont pas formés aux méthodes de communication.

Seuls les repères visuels sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

D'autres repères sont à mettre en place.

La salle d'eau n'est pas adaptée et la salle de repos n'est pas suffisante.

La durée de transport n'est pas précisée dans le projet personnalisé.

Pas de transmission d'informations susceptibles de faciliter l'accompagnement de la personne pendant le trajet n'est organisée.

La situation géographique des locaux n'est pas cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

Axes d'amélioration

- Former à la communication concrète
- Formaliser l'utilisation des repères visuels
- Adapter davantage la salle d'eau
- Préciser la durée de transport dans le projet personnalisé

Partie 2 Le bien-être et la santé des usagers

Les points forts

La prise en charge médicale des usagers est coordonnée.

La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée par les professionnels autorisés.

Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés et à disposition des professionnels.

Des actions d'éducation à la santé et à l'hygiène sont organisées.

Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont proposées aux usagers.

La préparation des médicaments et traitements est réalisée par les personnes qualifiées.

L'administration des médicaments est tracée.

La prescription initiale est présente sur le chariot et consultable pour contrôle.

Les menus sont équilibrés et travaillés.

L'établissement met en place de la vaisselle et des couverts adaptés.

L'information des professionnels concernant les régimes des résidents est organisée.

Le service de restauration tient compte des retours réalisés par les résidents.

Les points faibles

Aucune sensibilisation des professionnels sur les protocoles n'est organisée.

Les goûts des repas ne sont pas toujours préservés selon les régimes et texture.

Les résidents ne donnent pas régulièrement leur avis sur la restauration, leurs goûts ne sont pas pris en compte (peu de résidents sont en capacité).

Axes d'amélioration

- Sensibiliser les professionnels aux protocoles

Partie 3 La sortie de la structure

Les points forts

Le directeur de l'établissement consulte l'équipe ou l'éducateur référent préalablement à la décision de fin de prise en charge.

La décision de fin de prise en charge est prise par la direction après l'examen de la situation de manière pluridisciplinaire.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et des partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés pour envisager la suite du parcours de la personne.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

3.2.2.3.2 La Maison d'accueil Temporaire E.DEGAS

Partie 1 Les spécificités de l'accueil temporaire

Les points forts

Les objectifs du séjour de la personne en hébergement temporaire sont co-construits avec elle et son aidant.

Des objectifs sont articulés avec les projets personnalisés mis en œuvre par d'autres établissements.

La durée de l'hébergement et les conditions éventuelles de sa reconduction, de sa prolongation ou de son interruption sont précisées dans le contrat.

Les séjours sont planifiés à l'avance.

Le projet d'établissement intègre un volet sur l'hébergement temporaire et sur l'hébergement d'urgence. Ce projet inclut les objectifs de l'accompagnement et les modalités de mise en œuvre.

Partie 2 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Les points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.

Les proches sont associés à l'élaboration de stratégies de communication.

Différents types de repères sont mis en place pour favoriser l'autonomie des résidents.

Les résidents sont associés à la réalisation des tâches de la vie courante.

Les projets d'activité sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet, évalués et peuvent évoluer.

Les activités proposées sont variées et adaptées aux besoins de la personne.

Un recueil de satisfaction des usagers est réalisé.

La participation des usagers est évaluée.

Les usagers ont un planning personnalisé.

Les familles sont régulièrement informées de l'accompagnement mis en œuvre.

Les horaires de visite des familles sont définis et l'accès à la structure est facilité.

Les espaces collectifs permettent aux résidents de se rencontrer et d'échanger entre eux.

Des intervenants extérieurs sont mobilisés dans le programme d'activité.

Des sorties sont organisées.

Les points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communications alternatives et à l'observation de la communication non verbale.

Les moyens de communication alternatifs et augmentatifs en sont pas utilisés en permanence avec les usagers.

Aucun espace n'est prévu pour proposer un accueil convivial aux familles.

La situation géographique des locaux n'est pas cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

Axes d'amélioration

- Intervention du CCC pour former les professionnels aux méthodes de communication alternatives.
- Rapprochement géographique du centre-ville

Partie 3 Le bien-être et la santé des usagers

Les points forts

La prise en charge médicale des usagers est coordonnée.

Une sensibilisation des professionnels sur les protocoles est organisée régulièrement.
La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée par les professionnels autorisés.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés et à disposition des professionnels.
Des actions d'éducation à la santé et à l'hygiène sont organisées.
Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont proposées aux usagers.
La préparation des médicaments et traitements est réalisée par les personnes qualifiées.
L'administration des médicaments est tracée.
La prescription initiale est présente sur le chariot et consultable à tout moment pour contrôle.
Le visuel des plats est travaillé et le goût est préservé.
L'information des professionnels concernant les régimes des résidents est organisée.

Les points faibles

Les menus ne sont pas équilibrés.
L'établissement ne met pas en place de la vaisselle et des couverts adaptés.
Les résidents donnent leur avis mais leurs goûts ne sont pas pris en compte.
Le service restauration ne tient pas toujours compte des retours réalisés par les résidents.

3.2.2.3.3 Le SAMSAH

Partie 1 La promotion de l'autonomie

Points forts

Le consentement ou de l'assentiment de la personne est recueilli au début de l'accompagnement.
L'organisation de l'accompagnement s'ajuste aux contraintes et au rythme de vie de l'usager.
L'accompagnement est modulable en fonction des évolutions de la situation des usagers.
Les usagers connaissent les horaires d'intervention des professionnels. L'équipe respecte les rendez-vous fixés. Les lieux d'intervention sont choisis en concertation avec l'usager.
La fréquence et les horaires sont définis dans le projet personnalisé et sont respectés.
Le service accompagne et favorise l'autonomie de l'usager dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.
Des actions sont mises en place pour restaurer, améliorer, développer ou maintenir les savoir-faire des usagers.
L'organisation du travail s'ajuste aux rythmes de vie des usagers et aux besoins et attentes.
La réalisation des interventions par le personnel est évaluée en fonction de la qualification, par nature, par bénéficiaire, par lieu d'intervention, par rapport à ce qui est prévu dans le contrat.
La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.
L'usager est accompagné de manière adaptée sur différents champs.
Les risques au domicile de l'usager sont évalués. Des actions de sensibilisation des usagers sont réalisées.
Des stratégies de prévention et de prise en charge de l'isolement des personnes sont mises en place.
Les projets d'activité sont déployés à l'appui de la méthodologie de projet. Les usagers sont incités à y participer.
La pertinence de ces activités est évaluée en lien avec les objectifs des projets personnalisés.
Le service facilite l'accès aux ressources locales.
Le service s'inscrit à la médiation entre l'usager et les dispositifs de droits communs.
Des moyens sont mis en place par le service pour communiquer et se faire connaître des autres structures sur le territoire.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas formés ou sensibilisés aux actions permettant de restaurer, développer ou maintenir les savoir-faire des usagers. Aucune formation sur la relation d'aide.

Axes d'amélioration

→ Coordonner la relation d'aide entre les professionnels

Partie 2 Le soutien à la parentalité et l'insertion professionnelle

Points forts

Le service favorise ou facilite les liens des usagers avec leurs proches.

Les attentes des proches sont recueillies.

Le service accompagne la personne dans le parcours d'insertion professionnelle.

Quand une activité professionnelle n'est pas envisageable, de façon provisoire ou durable, le service préserve et développe le sentiment d'utilité sociale de l'utilisateur par des moyens adaptés.

Points faibles

Le service ne met pas en place d'appui au maintien dans l'emploi.

Axes d'amélioration

→ Développer des partenariats dans le maintien de l'emploi selon les besoins

Partie 3 L'accompagnement de l'utilisateur à la santé

Points forts

Le service coordonne l'accompagnement de la personne au plan de la santé et du suivi médical.

L'établissement veille à la santé des usagers.

Les personnes sont orientées vers les bilans de santé gratuits mis en œuvre par les CPAM et vers les consultations périodiques de manière à prévenir l'apparition des pathologies.

Des dispositions sont mises en place pour faciliter la coopération des professionnels de filières différentes.

La prise en charge médicale des usagers est coordonnée avec les intervenants extérieurs.

Les professionnels sont formés au repérage, à la prévention et à la gestion des crises. Elle fait l'objet d'un protocole en lien avec des partenaires.

L'entrée et sortie d'hospitalisation sont suivies et coordonnées.

Les professionnels observent les signes potentiellement révélateurs d'un arrêt des traitements.

Les professionnels repèrent la souffrance des usagers. Ils sont formés à ce sujet.

Les usagers bénéficient d'un suivi psychologique en fonction de leurs besoins.

Des accompagnements en lien avec les addictions sont organisés.

Les besoins des usagers en matière d'éducation à la santé sont identifiés en équipe. Des actions sont organisées.

Des accompagnements spécifiques sont mis en place à l'extérieur pour préserver les capacités des usagers et entretenir leur mobilité physique.

La fréquence des interventions est adaptée aux besoins des usagers.

Analyse

Les actions sont conduites pour que les personnes connaissent le fonctionnement de leur corps et ses transformations.

L'accès aux programmes d'éducation à la santé existants est favorisé.

Partie 4 La sortie de la structure

Points forts

Le directeur de l'établissement consulte l'équipe ou l'éducateur référent préalablement à la décision de fin de prise en charge.

La décision de fin de prise en charge est prise par la direction après l'examen de la situation de manière pluridisciplinaire.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et des partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés pour envisager la suite du parcours.

Une réflexion sur la durée d'accompagnement et la poursuite des interventions est mise en place de manière régulière pour chaque utilisateur.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

3.2.2.4 Le Pôle travail adapté

3.2.2.4.1 Le foyer d'hébergement

Partie 1 Les droits spécifiques

Points forts

Les professionnels veillent à ce que l'apparence de l'utilisateur soit soignée.

La liberté d'aller et venir est assurée dans un cadre sécurisé.

Les personnes sont libres de participer ou non aux activités et aux moments collectifs de convivialité.

La vie spirituelle des utilisateurs est respectée et accompagnée.

Points faibles

Aucune information sur les souhaits de pratiques religieuses du résident n'est identifiée.

Axes d'amélioration

→ S'assurer d'une mention sur les pratiques religieuses dans le projet d'établissement

Partie 2 La personnalisation de l'accompagnement au quotidien

Points forts

L'utilisateur dispose d'un espace individuel qu'il peut personnaliser.

Le nom de la personne est inscrit sur la porte.

L'utilisateur peut choisir sa tenue vestimentaire.

Le rythme et les habitudes de vie de l'utilisateur sont respectés.

Les utilisateurs ont des plannings personnalisés.

Axes d'amélioration

→ Personnaliser les portes des chambres

Partie 3 La promotion de l'autonomie et de la socialisation

Points forts

Les stratégies de communication sont formalisées dans les projets personnalisés.
Des moyens de communication alternatifs ou augmentatifs sont utilisés avec les usagers.
Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne.
Différents types de repère sont mis en place pour favoriser l'autonomie du résident.
Les projets d'activités sont formalisés, déployés à l'appui de la méthodologie de projet, évalués et peuvent évoluer. Les activités sont variées et adaptées aux besoins.
Un recueil de satisfaction des usagers est réalisé.
La participation des usagers est évaluée.
Les temps de week-end sont investis.
Les modalités de recueil de satisfaction des familles sont mises en œuvre.
Des temps d'information sur le fonctionnement de l'établissement ou temps festifs sont organisés.
Les familles sont régulièrement informées (au moins une fois par an) de l'accompagnement mis en œuvre.
Les usagers ont la possibilité d'inviter leurs proches. Les horaires de visite sont définis.
Les sorties dans la famille sont encouragées. Des dispositifs sont mis en place pour que les usagers puissent communiquer avec leurs familles.
Les espaces collectifs permettent aux usagers de se rencontrer et d'échanger entre eux.
Des intervenants extérieurs sont mobilisés.
Des sorties et séjours sont organisés.
La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas formés aux méthodes de communication alternatives et à l'observation de la communication non verbale.
Les proches sont associés à l'élaboration de stratégies de communication mais ne sont pas formés aux méthodes.
Aucun espace n'est prévu pour proposer un accueil convivial aux familles.

Axes d'amélioration

- Former les agents et les proches aux méthodes de communication alternatives
- Définir dans le projet de service les modalités d'accueil des familles

Partie 4 Le bien-être et la santé des usagers

Points forts

La prise en charge médicale des usagers est organisée et suivie.
Les modalités d'information du résident sur son état de santé entre l'établissement et le médecin traitant sont définies.
Le résident et les proches sont informés de son état de santé.
Les soins sont systématiquement tracés et les transmissions écrites.
Le dossier médical de l'usager permet de fournir toutes les informations nécessaires pour une prise en charge en urgence.
Des protocoles encadrant les pratiques sont formalisés. Une sensibilisation des professionnels est organisée.
Les décisions d'hospitalisation sont anticipées. Les liens avec les lieux d'hospitalisation sont organisés.
La conduite à tenir en cas d'urgence est connue, cadrée et appliquée par les professionnels.
Les ressources partenariales sur les plans préventifs et curatifs sont identifiées.
Des actions de prévention sont conduites.

Des activités favorisant le bien-être et l'estime de soi sont proposées. Des actions sont conduites pour que les usagers connaissent leur corps et ses transformations.
Les modalités de collaboration avec le médecin psychiatrique sont définies.
Des accompagnements spécifiques sont mis en place pour préserver les capacités des usagers.
La préparation des médicaments et traitements est réalisée par les personnes qualifiées.
Les médicaments des résidents sont rangés de manière nominative.
Les médicaments ne sont jamais déconditionnés.
L'administration des médicaments est tracée.
Le contrôle des dates de péremption est réalisé.
La prescription initiale est consultable pour contrôle.
Les menus sont équilibrés, travaillé et les goûts sont préservés. Les professionnels sont informés des régimes spécifiques.

Points faibles

Il n'existe pas de DARI.

Les professionnels ne sont pas formés à la prise en compte de la douleur, aux outils de repérage de la souffrance psychique, ni au repérage de la prévention et de la gestion des crises.

Le nettoyage des armoires et réfrigérateurs de l'infirmier ne font pas l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.

Analyse

Les décisions des soins ne sont pas organisées : Les décisions sont prises par les professionnels de santé (hors FH).

Les professionnels ne font pas émerger une demande de soins liés aux addictions. Les soins spécifiques aux addictions ne sont pas organisés.

La gestion des crises ne fait pas l'objet d'un protocole.

Aucun matériel de maintien des fonctions vitales n'est à disposition des professionnels.

Axes d'amélioration

- Rédiger les DARI
- Mettre en place une politique de prévention des addictions (tabac, sucre)
- Mettre en place un défibrillateur au FH (ou identifier le plus proche déjà installé)

Partie 5 La fin de l'accompagnement

Points forts

Le directeur de l'établissement consulte l'équipe ou l'éducateur référent préalablement à la décision de fin d'accompagnement.

La décision de fin d'accompagnement est prise par la direction après l'examen de la situation de manière pluridisciplinaire.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et des partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés pour envisager la suite du parcours.

Une réflexion sur la durée d'accompagnement et la poursuite des interventions est mise en place de manière régulière pour chaque usager.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

Points faibles

Le recueil des directives anticipées est en cours de réalisation.

Une procédure de décès existe mais n'est pas mise en œuvre.

Axes d'amélioration

→ Redéfinir dans le projet d'établissement le dispositif des directives anticipées

3.2.2.4.2 L'ESAT

Partie 1 Droits spécifiques

Points forts

Le livret d'accueil informe les usagers des modalités d'échange entre partenaires des informations les concernant et de son obligation de recueillir son consentement pour tout échange.

D'autres modalités d'expression des usagers sont en place.

Points faibles

Les politiques développées dans l'ESAT sont abordées en GETA mais pas de manière assez systématique.

Axes d'amélioration

→ Organiser systématiquement les points règlementaires à aborder au GETA (en complément des points apportés par les travailleurs)

Partie 2 L'insertion professionnelle et le travail adapté

Points forts

L'évaluation des compétences est réalisée à partir de critères objectifs. Un bilan est réalisé régulièrement.

Le rythme et techniques d'apprentissage sont aménagés en fonction de chaque travailleur.

Chaque espace de travail convient aux travailleurs et respecte les rythmes, les potentialités professionnelles et relationnelles de chacun.

La polyvalence est développée dans une logique d'acquisition de nouvelles compétences et lissage de charge de travail.

Les postes de travail sont aménagés au regard des capacités, besoins et sécurité des travailleurs.

Une politique de rémunération des travailleurs est définie.

L'établissement organise des visites en médecine du travail.

L'établissement recherche et développe les réseaux et partenariats.

Les travailleurs sont informés des conditions de travail, de la rémunération et des droits sociaux.

Points faibles

L'ESAT ne travaille pas en partenariat avec les entreprises locales mise à part pour les mises à disposition et les formations.

Analyse

Concurrence avec les entreprises locales.

Prestations de service qui ne nécessitent pas de partenariat local.

Partie 3 Le soutien de la vie professionnelle

Points forts

La politique de formation des travailleurs est élaborée, suivie et mise en place.

Des actions de formation professionnelle et de validation des acquis d'expérience sont développées.

Des activités de soutien sont prévues et organisées de manière régulière. Les moniteurs sont impliqués.

Les moniteurs et l'équipe aménagent les postes, créés des supports pédagogiques et techniques pour rendre accessible le poste de travail et favoriser l'autonomie.

Les professionnels et travailleurs ont à disposition du matériel adéquat.

Les modalités d'intervention de l'équipe pour améliorer l'intégration en ESAT des personnes atteintes de troubles psychiques sont définies.

Les situations et activités favorisant la vie avec les autres sont identifiées et mises en œuvre.

Les activités réalisées à l'extérieur sont coordonnées et suivies. Un lien est mis en place avec le lieu d'hébergement et de suivi de la personne le cas échéant.

L'établissement connaît les ressources de son environnement en matière d'accompagnement.

Points faibles

Les dispositifs et organismes de formation ne sont pas connus et utilisés par les travailleurs.

Les effets de formation dispensées ne sont pas mesurés pour chaque usager.

Les modalités de reconnaissance du travail des travailleurs ne sont pas mises en œuvre et connus des travailleurs.

Axes d'amélioration

→ Proposer davantage les catalogues de formation aux travailleurs en amont de la réunion du PPI

Partie 4 La sortie de la structure

Points forts

Le directeur de l'établissement consulte l'équipe ou l'éducateur référent préalablement à la décision de fin de prise en charge.

La décision de fin de prise en charge est prise par la direction après l'examen de la situation de manière pluridisciplinaire.

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'usager et des partenaires.

Des temps d'échange avec l'usager, sa famille et les partenaires sont organisés pour envisager la suite du parcours.

Une réflexion sur la durée d'accompagnement et la poursuite des interventions est mise en place de manière régulière pour chaque usager.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

Un accompagnement à l'insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire ou milieu adapté est mis en place en fonction des demandes et capacités.

L'ESAT construit avec les TH volontaires la possibilité de découvrir l'entreprise en milieu ordinaire.

Partie 5 Le développement de l'activité

Points forts

L'établissement communique sur les services offerts aux personnes en situation de handicap et sur les activités professionnelles déployées au sein de l'ESAT.

L'établissement s'inscrit dans une logique partenariale opérationnelle dans les domaines sanitaire/social/médico-social.

L'ESAT a créé des relations privilégiées avec les entreprises du territoire.

Les partenariats font l'objet d'une convention.

La direction associe les différentes parties prenantes à la définition des orientations.

La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

L'ESAT est ouvert aux personnes handicapées intéressées par cette orientation.

Les TH sont impliqués dans la présentation de leur ESAT à l'extérieur.

3.2.2.5 L'Equipe Mobile Autisme

Partie 1 La promotion de l'autonomie

Points forts

Le consentement ou l'assentiment de la personne est recueilli au début de l'accompagnement.

L'organisation de l'accompagnement s'ajuste aux contraintes et au rythme de vie de l'utilisateur.

L'accompagnement est modulable en fonction des évolutions de la situation des usagers.

Les usagers connaissent les horaires d'intervention des professionnels. L'équipe respecte les rendez-vous fixés. Les lieux d'intervention sont choisis en concertation avec l'utilisateur.

La fréquence et les horaires sont définis dans le projet personnalisé et sont respectés.

Le service accompagne et favorise l'autonomie de l'utilisateur dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Des actions sont mises en place pour restaurer, améliorer, développer ou maintenir les savoir-faire des usagers.

L'organisation du travail s'ajuste aux rythmes de vie des usagers et aux besoins et attentes.

La réalisation des interventions par le personnel est évaluée en fonction de la qualification, par nature, par bénéficiaire, par lieu d'intervention, par rapport à ce qui est prévu dans le contrat.

La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement.

L'utilisateur est accompagné de manière adaptée sur différents champs.

Les risques au domicile de l'utilisateur sont évalués. Des actions de sensibilisation des usagers sont réalisées.

Des stratégies de prévention et de prise en charge de l'isolement des personnes sont mises en place.

Les projets d'activité sont déployés à l'appui de la méthodologie de projet. Les usagers sont incités à y participer.

La pertinence de ces activités est évaluée en lien avec les objectifs des projets personnalisés.

Le service facilite l'accès aux ressources locales.

Le service s'inscrit à la médiation entre l'utilisateur et les dispositifs de droits communs.

Des moyens sont mis en place par le service pour communiquer et se faire connaître des autres structures sur le territoire.

Points faibles

Pas de formation en lien avec l'addiction des personnes accompagnées.

Partie 2 Le soutien à la parentalité et l'insertion professionnelle

Points forts

Le service favorise ou facilite les liens des usagers avec leurs proches (familles, amis).

Les attentes des proches sont recueillies.

Le service accompagne la personne dans le parcours d'insertion professionnelle.

Le service met en place un appui au maintien dans l'emploi.
Quand une activité professionnelle n'est pas envisageable, le service préserve et développe le sentiment d'utilité sociale de l'utilisateur.

Partie 3 L'accompagnement de l'utilisateur à la santé

Points forts

Le service coordonne l'accompagnement de la personne au plan de la santé et du suivi médical.

L'établissement veille à la santé des utilisateurs.

Les personnes sont orientées vers les bilans de santé gratuits mis en œuvre par les CPAM et vers les consultations périodiques de manière à prévenir l'apparition des pathologies.

Des dispositions sont mises en place pour faciliter la coopération des professionnels de filières différentes.

La prise en charge médicale des utilisateurs est coordonnée avec les intervenants extérieurs.

Les professionnels sont formés au repérage, à la prévention et à la gestion des crises. Elle fait l'objet d'un protocole en lien avec des partenaires.

L'entrée et sortie d'hospitalisation sont suivies et coordonnées.

Les professionnels observent les signes potentiellement révélateurs d'un arrêt des traitements.

Les professionnels repèrent la souffrance des utilisateurs. Ils sont formés à ce sujet.

Les utilisateurs bénéficient d'un suivi psychologique en fonction de leurs besoins.

Les besoins des utilisateurs en matière d'éducation à la santé sont identifiés en équipe. Des actions sont organisées.

Des accompagnements spécifiques sont mis en place à l'extérieur pour préserver les capacités des utilisateurs et entretenir leur mobilité physique.

La fréquence des interventions est adaptée aux besoins des utilisateurs.

Points faibles

Les professionnels ne font pas émerger une demande de soins liés aux addictions pour les personnes n'en formulant pas.

En fonction des attentes et d'une co-évaluation des besoins, il n'y a pas d'accompagnement vers les soins spécialisés dans le domaine de l'addiction qui est organisé.

Partie 4 La sortie de la structure

Points forts

Les projets de sortie ou de réorientation sont préparés avec l'utilisateur et des partenaires.

Des temps d'échange avec l'utilisateur, sa famille et les partenaires sont organisés pour envisager la suite du parcours.

Une réflexion sur la durée d'accompagnement et la poursuite des interventions sont mises en place de manière régulière pour chaque utilisateur.

Une procédure de sortie du dispositif est établie.

3.3 Moyens mobilisés ou à mobiliser

3.3.1 Les moyens humains et les compétences ;

Le Centre emploie plus de 160 agents au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée :

- d'un directeur et de 2 directeurs adjoints ;
- de 5 chefs de services et d'une attachée d'administration ;
- de 10 agents administratifs ;
- de 4 psychologues, d'1 assistante sociale et de 4 infirmières ;
- de 3 médecins, d'1 diététicienne et d'1 psychomotricienne ;
- de 3 agents du service technique dont 1 responsable ;
- d'1 responsable de l'écurie et d'1 responsable du sport ;
- de coordinateurs, de 2 instituteurs, de personnels éducatifs, d'animateurs et d'encadrants.

3.3.2 L'organisation et le management ;

Le Centre de Harthouse est organisé en 4 pôles (Education et formation Professionnelle, lieux de vie, accompagnement du projet de vie à domicile et travail adapté), chacun comprenant plusieurs services. A ces pôles se rattachent des services transversaux comme l'administration, le service technique et le service infirmier, l'Equipe Mobile Autisme. Trois types de réunions permettent la transmission d'informations aux différents niveaux de l'organigramme : les réunions de direction, de pôle et de service.

3.3.3 Les moyens matériels et financiers ;

L'établissement a fait appel au Cabinet Eliane Conseil pour l'actualisation du référentiel (document support de l'évaluation interne), cette démarche a coûté à l'établissement la somme de 1 000 €.

3.3.4 L'information et la communication ;

Les résultats de l'évaluation interne ont été communiqués aux instances de participation des usagers (CVS le 15 mars 2018 et CTE le 03 avril 2018) et au Conseil d'administration le 05 avril 2018. Les familles et RL sont destinataires des comptes rendus des CVS. Une information a également été faite aux partenaires.

3.3.5 Les annexes

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Charte qualité de l'évaluation interne.....	59
Annexe II : Gazette qualité	60
Annexe III : Référentiel	62
Annexe IV : Questionnaires.....	70

CHARTE QUALITE DE L'EVALUATION INTERNE

Cette « charte qualité » a pour objet de définir les principes qui guident la mise en œuvre de l'évaluation interne au Centre de Harthouse. Elle s'inscrit dans le cadre des bonnes pratiques édictées par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux).

ART.I : Une démarche éthique et déontologique au service des usagers

L'évaluation interne repose sur le respect des valeurs éthique et déontologique, sur le sens de notre accompagnement au service de l'utilisateur et centré sur la prise en compte des besoins, demandes et attentes de la personne, dans l'intérêt de l'utilisateur.

L'évaluation interne vise à évaluer la prise en compte et la satisfaction des attentes et besoins des usagers. Elle n'est en aucun cas une évaluation des capacités ou des comportements des personnes accueillies, ni une évaluation des compétences des professionnels. Il s'agit de mesurer l'écart entre la qualité des services attendus par les personnes accueillies et la qualité des services proposés au Centre de Harthouse et d'élaborer un plan d'actions visant à réduire ces écarts.

ART. II : Une démarche partagée et transparente

La démarche d'évaluation est réalisée en association avec l'ensemble des professionnels de l'établissement afin d'aboutir à un constat partagé.

La démarche se doit d'être objective, ouverte au dialogue et à l'analyse, c'est une construction humaine. Elle n'est en aucun cas une norme qui s'appuierait sur un jugement arbitraire et unilatéral.

Une information régulière et interactive à l'ensemble des services et personnels sera diffusée. Cette démarche participative garantit une réflexion permanente sur le sens de notre action et sur l'adéquation des services proposés à l'utilisateur.

La démarche qualité traduit l'engagement et la volonté de chacun d'améliorer le service rendu à l'utilisateur. La démarche qualité est l'implication de chacun au bien-être de tous.

ART. III : Une démarche d'amélioration continue

L'évaluation interne participe d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement.

Elle permet d'intégrer les nouveaux besoins et attentes aux services existants ou de créer de nouvelles perspectives d'organisation et de modes d'accompagnement.

ART.IV : Une démarche garante des valeurs du service public

L'ensemble du personnel et des personnes réalisant un accompagnement s'engagent à respecter les valeurs du service public : égalité de traitement pour tous, accessibilité de service, neutralité, continuité du service, non-discrimination, discrétion ou secret professionnel.

ART. V : Une démarche accessible

Les outils pour mesurer la satisfaction des usagers devront être réalisés en tenant compte des différents degrés de compréhension de la personne. L'information doit être claire, compréhensible, reposant sur des supports d'expression adaptés.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible, il peut être exercé par son représentant légal et/ou sa famille auprès de l'établissement.

Les référentiels et questionnaires créés en vue d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires garantissent l'anonymat des réponses qui seront données.



GAZETTE QUALITE N°01

27 février 2017

Comité de pilotage :

- E. WETTLING
- P. BOUAT
- A. SAINT DIZIER
- S. BURGARD
- C. KUENY
- A. STEINMETZ-MATHIS
- M. WESTERMEYER
- D. MAURER
- N. FRITSCH
- S. MARMOUSET
- P. GUETH
- P. VOLB
- O. WITTMANN
- M-F. BASTIAN

LANCEMENT DE L'EVALUATION INTERNE

Principes

La démarche d'évaluation interne est issue de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette évaluation a pour objectif de créer les outils permettant d'apprécier l'effectivité du projet d'établissement 2014-2018, afin d'évaluer les écarts entre les besoins des usagers et les prestations effectivement fournies.

Comité de pilotage

Le Comité de pilotage s'est réuni pour la première fois, le 27 février 2017, afin de définir la démarche à suivre pour débiter l'évaluation interne de l'établissement.

Le Comité de pilotage est chargé de conduire le projet d'évaluation interne :

- Valider la charte qualité garantissant l'éthique et la déontologie de la démarche d'évaluation interne au Centre ;
- Définir les axes et critères d'évaluation des prestations ;
- Elaborer les outils d'évaluation : référentiels partagés et questionnaires ;
- Elaborer le plan d'actions issu de l'évaluation interne.

Charte qualité de l'évaluation interne

Les principes qui guident la mise en œuvre de l'évaluation interne sont les suivants :

- Une démarche éthique et déontologique au service des usagers ;
- Une démarche partagée et transparente ;
- Une démarche d'amélioration continue ;
- Une démarche garante des valeurs du service public ;
- Une démarche accessible.

Calendrier prévisionnel

La réalisation de l'évaluation interne va permettre l'identification des points d'améliorations. Ils serviront de base à l'élaboration des objectifs du nouveau projet d'établissement 2018-2022.

PLANNING PREVISIONNEL DE L'EVALUATION INTERNE									
OBJECTIFS	2017								
	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre
Validation du référentiel par le COPIL									
Elaboration des questionnaires									
Envoi des questionnaires aux représentants légaux, familles et usagers									
Parties A et C remplies par le COPIL									
Partie B remplie par les services									
Retour de l'ensemble des questionnaires									
Traitement des données issues des référentiels et questionnaires									
Elaboration et validation par le COPIL du plan d'action									
Présentation aux instances									

GAZETTE QUALITE N°01

27 février 2017

Comité de pilotage :

- E. WETTLING
- P. BOUAT
- A. SAINT DIZIER
- S. BURGARD
- C. KUENY
- A. STEINMETZ-MATHIS
- M. WESTERMEYER
- D. MAURER
- N. FRITSCH
- S. MARMOUSET
- P. GUETH
- P. VOLB
- O. WITTMANN
- M-F. BASTIAN

Dates de réunion du Comité de pilotage :

- Lundi 20 mars 2017
- Lundi 24 avril 2017
- Lundi 22 mai 2017
- Lundi 26 juin 2017

Référentiel

Le référentiel se décline en différentes parties :

A. Les fondements du projet

- A1. Le projet d'établissement
- A2. La garantie des droits et libertés des usagers
- A3. La prévention de la maltraitance / promotion de la bientraitance

B. L'accompagnement des usagers

- B1. La promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale
- B2. La personnalisation de l'accompagnement
- B3. Garantie des droits et participation des usagers
- B4. La protection et la prévention des risques inhérents à la situation des usagers

C. Les moyens, l'organisation au service du projet

- C1. Les ressources humaines
- C2. La formation
- C3. L'organisation et la politique qualité
- C4. Le cadre de vie
- C5. Organisation des soins
- C6. Communication et système d'information

Groupes de travail

Les membres du Comité de pilotage, en charge de la rédaction des parties A et C du référentiel, se sont répartis en groupes de travail de la manière suivante :

A1 + C1 + C2 :

- E. WETTLING
- S. BURGARD
- N. FRITSCH
- O. WITTMANN

A2 + C3 + C4 :

- A. SAINT-DIZIER
- D. MAURER
- M. WESTERMEYER
- S. MARMOUSET
- P. GUETH
- M-F. BASTIAN

A3 + C5 + C6 :

- P. BOUAT
- C. KUENY
- A. STEINMETZ-MATHIS
- P. VOLB

La secrétaire qualité participera à l'ensemble des groupes de travail.

Rédactrice : Cindy NOCK

Annexe III : Référentiel

- **COPIL** :

0%	Cotation	Etat des réalisations et analyse (quelles actions, quels outils, quelle appropriation, l'écart entre ce qui est formalisé / prévu et ce qui est appliqué...Comment explique-t-on les écarts?) et évolution éventuelle depuis les <u>dernières évaluations interne et externe</u>	Proposition d'amélioration
La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations	0%		
Le projet d'établissement	0%		
Le projet d'établissement est en cours de validité. Il est actualisé tous les 5 ans	0%		
La démarche de projet a associé les professionnels, les usagers et les partenaires	0%		
Son contenu répond aux exigences légales et aux recommandations : - Renseignements administratifs : nom usuel, type d'établissement selon code FINESS, adresse usuelle,...)? - Missions légales de l'établissement - Histoire et projet organisme gestionnaire - Référence aux lois du secteur - Référence aux schémas départemental, régional - Principes d'intervention, droits des usagers, gestion des paradoxes, bientraitance - La démarche de projet personnalisé et le parcours de l'utilisateur - Nature de l'offre de service (les prestations) - Organisation et fonctionnement de la structure - Stratégie partenariale - Professionnels et compétences mobilisées	0%	0%	
Le projet d'établissement intègre une dimension prospective. Un plan d'action à 5 ans a été élaboré. Il décline les actions à mettre en place, ainsi que les échéances et les pilotes	0%		
Le projet d'établissement mentionne les modalités de suivi de sa mise en œuvre	0%		
Les objectifs d'amélioration décrits dans le projet d'établissement sont inscrits dans le Plan d'Actions Qualité.	0%		
Sa mise en œuvre est effectivement suivie et les actions prévues sont mises en place	0%		
Le projet d'établissement est diffusé à l'ensemble des professionnels ainsi qu'à chaque nouveau salarié	0%		
Une synthèse du projet d'établissement a été réalisée et sert d'outil de communication	0%		
Une présentation générale de la démarche de projet d'établissement et de la méthode a été faite aux personnels et aux représentants des usagers	0%		
Le projet d'établissement a été validé par le Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, le CVS et les instances représentatives du personnel	0%		

Les démarches évaluatives	0%		
Une démarche d'évaluation interne est conduite selon le cycle quinquennal	0%		
Un rapport d'évaluation interne est formalisé : il est complet selon les attentes de l'Anesm dans la RBPP EI (<i>présentation de la structure, du public, spécification des objectifs liés aux missions, méthodologie d'évaluation, résultats et analyse, améliorations</i>)	0%		
Les professionnels, usagers et partenaires ont participé à l'évaluation interne	0%		
L'ensemble des acteurs concernés a été informés des résultats et des suites données à l'évaluation interne	0%		
Le plan d'amélioration de la qualité intègre les actions repérées par les différentes démarches (Evaluation interne, évaluation externe, gestion des risques, enquêtes, plaintes et réclamations ...)	0%		
Le plan d'amélioration permet d'identifier les échéances, les acteurs, le contenu de l'action	0%		
Le suivi du plan d'action est effectif. Il est retracé dans le rapport d'activité annuel	0%		
L'établissement a mis en place un comité de pilotage de la qualité qui se réunit à échéance régulière pour formaliser le suivi des actions, élaborer les fiches actions, piloter la mise en œuvre des actions	0%		
L'établissement utilise les outils nécessaires au suivi de la démarche qualité: plan d'action qualité (PAQ), comptes-rendus formalisés, fiches action...	0%		
Les principaux process de travail et d'accompagnement sont formalisés sous forme de procédures	0%		
La gestion documentaire permet aux professionnels d'accéder aux informations professionnelles les concernant	0%		
Les professionnels comprennent l'articulation des différentes démarches, sont régulièrement informés et associés aux actions d'amélioration en cours	0%		
Les actions d'amélioration identifiées dans le cadre des différentes démarches sont effectivement mises en œuvre	0%		
Des effets des actions d'amélioration mises en œuvre sont évalués, repérables tant du point de vue de l'évolution des pratiques et des connaissances des professionnels que de l'accompagnement des usagers	0%		
L'application des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'Anesm	0%		
Les RBPP ont fait référence lors des démarches institutionnelles internes : EI, PE,...	0%		
Des actions sont mises en place pour favoriser l'appropriation des recommandations par les professionnels	0%		
Les professionnels connaissent les recommandations de bonnes pratiques	0%		
Les RBPP transversales sont connues (BT, PP, PE, ouverture, EI, éthique)	0%		
Les RBPP spécifique au secteur d'intervention des différentes structures sont connues	0%		

Les droits des usagers	0%		
<i>Les outils et supports d'information et de contractualisation</i>	0%		
Le livret d'accueil est élaboré (contenu, forme, accessibilité, ...) et diffusé en conformité et en cohérence avec les textes	0%		
Le livret d'accueil comprend la liste des personnes qualifiées	0%		
Le règlement de fonctionnement est élaboré (forme, accessibilité, cible...) et diffusé en conformité et en cohérence avec les textes	0%		
Les modes de communication et les supports d'information sont adaptés aux capacités des usagers accueillis. L'établissement s'assure que l'utilisateur / son RL le cas échéant, a bien compris l'information transmise	0%		
La charte des droits et libertés est élaborée (contenu, forme, accessibilité, ...) et diffusée en conformité et en cohérence avec les textes	0%		
Le contrat de séjour ou le DIPC est élaboré (contenu, forme, accessibilité, ...), établi au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission et signé dans le mois qui suit l'admission-	0%		
Un avenant est élaboré dans les six mois qui suivent l'admission et annuellement	0%		
Les usagers / Le cas échéant les familles/RL, connaissent ces outils	0%		
Les outils sont évalués et actualisés tous les 5 ans	0%		
Une procédure existe pour la diffusion des documents précités. Les rôles de chaque intervenant sont définis	0%		
Des dispositions sont prises pour que les professionnels connaissent et s'approprient les outils d'information, livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte	0%		
<i>L'expression collective des usagers</i>	0%		
Un CVS ou une autre forme de participation est mis en place conformément au décret	0%		
Le CVS est impliqué dans la démarche d'évaluation interne et externe (participation du président dans des COPIL).	0%		
L'établissement renforce l'efficacité du CVS en travaillant en amont et en aval des réunions sur la préparation, la participation et les comptes-rendus, ceci avec les élus.	0%		
Toutes les personnes élues au CVS sont formées au rôle du CVS en utilisant les compétences internes (expression en public, respect des règles de confidentialité, initiation au fonctionnement budgétaire, écoute et analyse objective...).	0%		
L'instance CVS permet effectivement la participation des usagers au fonctionnement de la structure	0%		
Les usagers connaissent le CVS et les élus	0%		
D'autres formes de participation collectives sont développées avec la participation des professionnels, des usagers et de leurs proches : débats thématiques, commissions, journée annuelle, enquêtes etc.	0%		
La gestion des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers	0%		

La promotion de la bientraitance	0%		
La notion de bientraitance est définie au sein de l'établissement	0%		
Les professionnels sont sensibilisés à la promotion de la bientraitance	0%		
La prévention de la maltraitance	0%		
La notion est définie au sein de l'établissement	0%		
Un protocole d'alerte sur la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance existe et définit les étapes, acteurs, outils, délais et correspond à la pratique	0%		
La démarche d'accueil des professionnels ou des stagiaires comporte un moment de communication consacré à la question de la maltraitance	0%		
Le protocole est connu des professionnels	0%		
Les usagers et les familles sont sensibilisés à cette question et informés de la procédure de traitement des actes et situations de maltraitance, notamment via le CVS	0%		
Le traitement des actes de maltraitance est organisé en interne et avec les autorités de tutelle	0%		
Il existe une trace écrite pour chaque fait de maltraitance incluant l'analyse des causes et le traitement réalisé	0%		
L'utilisateur victime et/ou son représentant légal est systématiquement informé des suites données à un acte de maltraitance	0%		
Un dispositif d'aide est déployé auprès des usagers et des professionnels en cas de maltraitance	0%		
Un protocole spécifique est élaboré pour l'élaboration d'une information préoccupante	0%		
Le thème de la maltraitance fait l'objet de formations pluri-professionnelles (et non pas uniquement de l'équipe éducative)	0%		
La prévention et la gestion des risques	0%		
Les événements indésirables	0%		
Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont organisés	0%		
L'analyse des plaintes et réclamations est réalisée	0%		
La notion d'événement indésirable est définie	0%		
Le recueil et le traitement des événements indésirables sont organisés	0%		
Cette procédure intègre la nouvelle notion de dysfonctionnement ou d'événements graves cf. arrêté interministériel du 28 décembre 2016	0%		
Les professionnels utilisent les fiches d'événements indésirables	0%		
L'analyse des événements indésirables est réalisée annuellement et est tracée	0%		
Les risques professionnels	0%		
L'établissement a formalisé le <i>document unique des risques professionnels (DUERP)</i> qui recense et hiérarchise l'ensemble des risques potentiellement encourus par les professionnels et par les sociétés extérieures intervenant sur la structure	0%		

Le DUERP est actualisé chaque année	0%		
L'établissement a associé les professionnels à l'élaboration du document unique des risques professionnels. L'établissement (si > 50 salariés) a associé le CHSCT et le médecin du travail à l'élaboration du document unique des risques professionnels	0%		
Si l'établissement a un effectif > 50 salariés, un CHSCT est en place et se réunit suivant les fréquences définies par la loi (au moins 1 fois par trimestre)	0%		
Si l'établissement a un effectif < 50 salariés, les délégués du personnel traitent des questions relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Ils participent à l'élaboration du document unique des risques professionnels	0%		
L'établissement met à disposition des professionnels les fiches données de sécurité des produits à risques. Ces derniers sont étiquetés	0%		
L'établissement possède et tient à jour un registre des accidents du travail	0%		
Le dispositif de gestion des risques	0%		
Les différents risques liés à la vulnérabilité des usagers sont identifiés/cartographiés	0%		
La consolidation de l'ensemble de ces éléments identifiés (risques professionnels, plaintes et réclamation, événements indésirables, risques liés à la vulnérabilité) donne lieu à l'identification de mesures de prévention	0%		
Les actions d'amélioration identifiées sont suivies	0%		
Le pilotage, le suivi et le développement du projet	0%		
La gestion des ressources humaines	0%		
L'administration du personnel	0%		
L'établissement dispose d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel	0%		
Chaque salarié dispose d'une fiche de poste actualisée en cohérence avec les référentiels métier établis par le siège	0%		
Des règles de délégation sont définies, connues des professionnels et permettent d'assurer continuité et sécurité de l'accompagnement	0%		
La gestion des dossiers du personnel est organisée et la sécurité des données nominatives est assurée, leur accès est limité aux personnels compétents et identifiés	0%		
L'établissement a mis en place les entretiens annuels d'appréciation pour chaque membre du personnel et/ou des entretiens professionnels	0%		
Au cours des entretiens, chaque salarié se voit fixer des objectifs à atteindre pour l'année suivante	0%		
Un bilan social est réalisé annuellement à l'appui d'indicateurs suivi en routine par la structure (ex: turn over, ancienneté...)	0%		
La structure dispose des moyens humains en adéquation avec les besoins du public en termes d'effectifs (ratios d'encadrement dans les moyennes), de qualification et de formation initiale	0%		
Les équipes sont conformes en théorie et en pratique au cadre légal et à la décision d'autorisation	0%		

Le recrutement	0%		
Une procédure de recrutement est identifiée et formalisée	0%		
L'établissement a mis en place une vérification des conditions d'exercice des professionnels. Elle porte sur les titres, diplômes, certificats de travail et documents officiels	0%		
L'établissement organise la visite médicale d'embauche de tout nouveau salarié	0%		
Un processus d'accompagnement à la prise de fonction est mis en place	0%		
L'établissement remet à chaque nouveau salarié les documents réglementaires (règlement intérieur, ...) et la documentation de la structure (projet d'établissement, livret d'accueil...)	0%		
Une visite d'établissement est réalisée avec chaque nouveau salarié et stagiaire	0%		
Les usagers et personnels sont informés de l'arrivée d'un nouveau salarié	0%		
La formation	0%		
L'établissement exploite l'ensemble des possibilités de formation (Budget interne, PAUF, Compte Inter établissement, fonds mutualisés, APR, CIF, DIF, VAE, ...)	0%		
Les responsables observent les pratiques pour identifier les besoins collectifs et individuels	0%		
Chaque année, le directeur réalise un plan de formation basé sur les souhaits des professionnels, leurs besoins, les objectifs à atteindre et les priorités de l'établissement, l'évolution des départs en retraite et l'évolution de l'environnement. Ce plan de formation respecte les orientations stratégiques définies préalablement par la direction générale	0%		
Chaque année, le directeur de l'établissement présente le plan de formation aux instances représentatives du personnel et aux équipes	0%		
L'établissement évalue les actions de formations mises en place : organisation et contenu de la formation et impacts en terme de compétences acquises par les salariés formés	0%		
Le dialogue social	0%		
L'établissement met en œuvre les instances représentatives du personnel conformément aux textes en vigueur et les dote des moyens de fonctionnement réglementaires	0%		
L'instance représentative du personnel se réunit selon une fréquence conforme aux obligations réglementaires	0%		
Les réunions de l'instance représentative du personnel donnent lieu à des comptes-rendus écrits qui sont portés à la connaissance du personnel par voie d'affichage	0%		
Il existe, au sein de l'établissement des emplacements obligatoires pour l'affichage des renseignements destinés au personnel	0%		
Le nombre de réunions des instances représentatives du personnel est respecté et fait l'objet d'un indicateur suivi et transmis dans le cadre de la réalisation du bilan social	0%		
Les moyens matériels et financiers	0%		
La gestion financière	0%		
L'établissement met en œuvre une stratégie budgétaire qui intègre les besoins nouveaux et anticipe les évolutions de	0%		

l'établissement			
Les outils de pilotage permettent d'assurer le suivi et les réajustements éventuels à périodicité régulière	0%		
Les procédures comptables, administratives et de facturation sont connues et appliquées	0%		
Le budget est à l'équilibre sur les cinq dernières années	0%		
Le locaux et moyens matériels	0%		
Les espaces de travail pour les professionnels sont suffisants	0%		
Les professionnels ont à disposition le matériel nécessaire à l'accompagnement des usagers	0%		
Les locaux sont aménagés de manière conviviale	0%		
Les locaux d'hébergement mis à disposition répondent aux normes d'hygiène et de sécurité en vigueur	0%		
Les espaces extérieurs sont aménagés, sécurisés et accessibles	0%		
L'entretien des locaux est réalisé dans les règles d'hygiène attendues	0%		
L'établissement dispose d'un nombre de postes informatiques suffisant, et permet aux professionnels d'accéder efficacement aux informations utiles	0%		
La sécurité et la maintenance	0%		
L'établissement effectue les contrôles de ses équipements et de son matériel selon un programme synthétique mis à jour annuellement (contrôles internes et externes)	0%		
L'établissement s'assure que le planning défini avec les prestataires de maintenance est respecté (ascenseur, chaufferie, sécurité, incendie, eau, bâtiments, fluides, électricité, véhicules, ...), possède les rapports d'intervention des prestataires et met en place les actions permettant de lever les éventuelles réserves	0%		
L'établissement tient à disposition des intervenants extérieurs les documents obligatoires (Dossier technique Amiant-DTA, Dossier d'intervention ultérieur sur ouvrage-DIUO, radon, amiante, gaz, ...)	0%		
Les dysfonctionnements ou pannes d'un gros équipement sont tracés dans le registre de sécurité	0%		
Pour les petits entretiens et réparations, l'établissement a formalisé une organisation (bons d'intervention, cahiers, ...)	0%		
Une liste des numéros d'urgence est affichée dans l'établissement (samu, pompiers, ascenseur, chaufferie, prestataire sécurité incendie, hot line,...)	0%		
Les consignes de sécurité et les plans d'évacuation incendie sont affichées dans les couloirs	0%		
Une formation incendie annuelle est dispensée à l'ensemble des professionnels	0%		
L'établissement a formalisé les principales procédures d'alertes (incendie, plan blanc, plan bleu, vigilances)	0%		
L'établissement a défini une organisation pour le traitement du linge (linge plat, linge des résidents) satisfaisant les acteurs	0%		
L'établissement possède un local dédié au stockage du linge et veille à la séparation linge propre/sale/ contaminé	0%		

La circulation au sein de l'établissement et dans le parc est sécurisée	0%		
La marche en avant est respectée à la lingerie	0%		
La marche en avant est respectée dans la cuisine	0%		
Les personnes entrant au sein de la cuisine sont systématiquement équipées	0%		
Le mode de transport des repas vers les unités de vie ou même vers les chambres respecte les normes en matière de maintien des températures et de préservation des aliments (couverts ou filmés)	0%		
Le local DASRI est identifié comme à risque et respecte les conditions d'hygiène et de sécurité (sol lavable, ventilation, affichage,...) - en fonction de la quantité de déchets infectieux engrangée	0%		
Le système d'information	0%		
Le dossier de l'usager est informatisé et permet le suivi formalisé des usagers	0%		
L'établissement a créé des outils de communication interne adaptés	0%		
La communication au sein de l'établissement est fluide et efficace	0%		
Le système d'information donne accès en interne à des indicateurs d'activités définis	0%		
Un système de sauvegarde et de partage d'information des données au niveau informatique est mis en place	0%		
Un rapport d'activité est élaboré chaque année. Il contient des informations permettant de rendre lisible les actions conduites au sein de l'établissement (plan financier, activité, caractéristiques des usagers, animations etc.) et un suivi de la de la qualité des prestations article D 312-203 du CASF	0%		
Des tableaux de bords sont élaborés pour suivre l'activité en continu	0%		
L'inscription de l'établissement dans l'environnement local	0%		
L'établissement est partie prenante d'instances associatives et institutionnelles, d'élaboration de planification et d'évaluation des politiques locales	0%		
L'établissement s'inscrit dans une logique partenariale opérationnelle dans les domaines sanitaire/social/médico-social afin de favoriser le parcours des personnes accompagnées, la pluridisciplinarité autour de l'usager et la connaissance de l'établissement sur le territoire	0%		
Les partenariats font l'objet de conventions	0%		
La situation géographique des locaux est cohérente avec les objectifs de l'accompagnement	0%		

Annexe IV : Questionnaires

- Professionnels éducatifs :



QUESTIONNAIRE SERVICES EDUCATIFS

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, le Centre de Harthouse souhaite vous consulter. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire qui contribuera à l'évaluation de nos prestations et à améliorer la qualité des prises en charge que nous proposons.

Connaissez-vous les grandes orientations de l'établissement ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous les principaux documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil du personnel) ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Vous les a-t-on expliqués ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous le projet et le règlement du service dans lequel vous travaillez ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous le protocole d'urgence médicale ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Pensez-vous que la confidentialité des informations est respectée ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Connaissez-vous les conditions d'accès aux dossiers des usagers ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous satisfait de la communication interne de l'établissement ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Pensez-vous que votre parole est prise en compte ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de la personnalisation de la prise en charge de l'utilisateur définie lors de la réunion de synthèse ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

La réunion d'admission et de synthèse permet-elle un échange pluridisciplinaire satisfaisant ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de l'aménagement extérieur (ornementation) du Centre ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait du cadre de vie proposé aux usagers de l'établissement ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

La liberté d'aller et venir des usagers vous semble-t-elle respectée ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

L'identification par les usagers de vos missions de référence éducative vous semble-t-elle satisfaisante ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Selon vous, les interventions techniques dans les lieux de vie des usagers respectent-elles leur droit à l'intimité ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Avez-vous reçu une information concernant la maltraitance et/ou la bientraitance ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Savez-vous quoi faire si vous êtes témoin d'actes de maltraitance à l'égard d'un usager ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration, remarques :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

|| Veuillez le déposer dans la bannette de la secrétaire qualité (Cindy NOCK) pour le 12 mai 2017 au plus tard.

Une communication sur les résultats sera faite en octobre 2017.

- **Usagers** :



QUESTIONNAIRE

USAGERS

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, le Centre de Harthouse souhaite recueillir votre avis. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire qui contribuera à l'évaluation de nos prestations et à améliorer la qualité des prises en charge que nous proposons.

Merci d'indiquer une seule réponse par question.

Si vous n'êtes pas concerné par une question, cochez "Non concerné".

Service(s) :

Admission

Lors de votre arrivée dans le service, avez-vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous informé lorsqu'une nouvelle personne est admise ou quitte le service ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des propositions d'amélioration relatives à l'admission au Centre ?

Cadre de vie

Etes-vous satisfait de votre chambre ?

☐ Satisfait  ☐ Pas satisfait  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait des repas qui vous sont proposés ?

☐ Satisfait  ☐ Pas satisfait  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait de la propreté des locaux ?

☐ Satisfait  ☐ Pas satisfait  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait de l'état et du nombre des équipements sanitaires ?

☐ Satisfait  ☐ Pas satisfait  ☐ Non concerné

Trouvez-vous l'établissement joli ?

☐ Satisfait  ☐ Pas satisfait  ☐ Non concerné

Avez-vous des idées d'amélioration liées au cadre de vie proposé par l'établissement ?

Accompagnement

Etes-vous informé de l'arrivée ou du départ d'un membre du personnel ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous satisfait du contenu des activités proposées ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Savez-vous à qui parler si vous avez des problèmes ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Votre intimité est-elle respectée ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

L'établissement prend-il en compte votre vie sentimentale et amoureuse ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous satisfait du transport ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas ☐ Non concerné

Vous sentez-vous en sécurité au sein de l'établissement ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous satisfait de vos relations avec les professionnels ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Vous sentez-vous bien dans l'établissement ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des propositions pour améliorer l'accompagnement réalisé par l'établissement ?

Documents légaux

Connaissez-vous votre projet individuel d'accompagnement ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous pu exprimer votre avis lors de vos réunions de synthèse ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous les règles de vie du service ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous le Conseil de Vie Sociale (CVS) ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des suggestions d'amélioration de la qualité de l'information transmise par le Centre ?

Divers

Savez-vous ce qu'est la maltraitance ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Savez-vous quoi faire si vous êtes victime ou témoin de maltraitance ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des commentaires à apporter pour compléter vos réponses ?

Avez-vous des propositions à faire ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Une communication sur les résultats sera faite en octobre 2017.

- **Familles et représentants légaux secteur adulte** :



QUESTIONNAIRE

FAMILLES, ASSISTANTS FAMILIAUX ET REPRESENTANTS LEGAUX

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, le Centre de Harthouse souhaite recueillir l'avis des familles et représentants légaux des usagers que nous accueillons. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire qui contribuera à l'évaluation de nos prestations et à améliorer la qualité des prises en charge que nous proposons.

Merci d'indiquer une seule réponse par question.

Si vous n'êtes pas concerné par une question, cochez "Non concerné".

Merci du temps que vous consacrerez pour remplir ce questionnaire.

LA PERSONNE ACCOMPAGNEE AU CENTRE DE HARTHOUSE

Service(s) :

Avez-vous un lien de parenté avec l'utilisateur ?

☐ OUI

☐ NON

Exercez-vous une mesure de protection juridique ?

☐ OUI

☐ NON

Admission

Vous a-t-on proposé de visiter le service avant l'admission de l'utilisateur ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avant l'admission, avez-vous pu rencontrer les professionnels du service ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des propositions d'améliorations relatives à l'admission au Centre ?

Fonctionnement institutionnel

Lors de l'admission, avez-vous reçu un livret d'accueil ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Si oui, les informations contenues dans le livret d'accueil sont-elles compréhensibles ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Lors de l'admission, avez-vous reçu le règlement de fonctionnement/intérieur du service ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Si oui, les informations contenues dans le règlement de fonctionnement/intérieur sont-elles compréhensibles ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Vous a-t-on présenté le projet de service ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Lors de l'admission avez-vous reçu le contrat d'accueil ou contrat de séjour ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Si oui, les informations contenues dans le contrat d'accueil ou contrat de séjour sont-elles compréhensibles ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait du contenu des réunions de synthèse ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Votre avis a-t-il été pris en compte lors de la réunion de synthèse ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous reçu le projet individuel d'accompagnement ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Si oui, les informations contenues dans le projet individuel/projet professionnel sont-elles compréhensibles ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Connaissez-vous le rôle du Conseil de la Vie Sociale (CVS)/Groupe d'Expression du Travail Adapté (GETA) ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Connaissez-vous les personnes qui siègent au CVS/GETA ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous informé des sujets abordés lors des CVS/GETA ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous destinataire des comptes rendus des CVS/GETA ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Lisez-vous les comptes rendus des CVS/GETA dans les Echos du Centre ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Avez-vous des suggestions d'amélioration de la qualité de l'information transmise par le Centre ?

Accompagnement dans l'établissement

Etes-vous satisfait de l'accompagnement proposé par le service ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de l'évaluation des besoins d'accompagnement de l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de la construction et de l'accompagnement proposé à l'évolution du projet de vie de l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait de votre collaboration avec le Centre de Harthouse ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de la qualité des échanges que vous avez avec l'équipe éducative ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de l'accompagnement de l'établissement pour les démarches administratives ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de votre accueil et des possibilités de visites dans l'établissement ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait du suivi de la santé de l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de la prise en compte des besoins de vie affective de l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Connaissez-vous la Maison Picasso et son projet de développer la créativité artistique des usagers ?

☐ OUI  ☐ NON  ☐ Ne sais pas

Etes-vous satisfait des activités (culturelles et sportives) proposées par l'établissement ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Avez-vous des propositions pour améliorer l'accompagnement proposé par l'établissement ?

Prestation hôtelière

Etes-vous satisfait des repas proposés à l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait de la propreté des locaux ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Etes-vous satisfait de la chambre dont dispose l'utilisateur ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait du traitement du linge par le service de la blanchisserie ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout  ☐ Non concerné

Etes-vous satisfait de l'aménagement extérieur (ornementation) du Centre ?

☐ Très  ☐ Plutôt  ☐ Pas assez  ☐ Pas du tout 

Avez-vous des propositions pour améliorer la prestation hôtelière fournie par l'établissement ?

Avez-vous des propositions à faire ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Veillez le renvoyer pour le 12 mai 2017 au plus tard à l'adresse suivante :

CENTRE DE HARHOUSE

Allée des Peintres

67500 HAGUENAU

Une communication sur les résultats sera faite en octobre 2017.

- **Partenaires** :



QUESTIONNAIRE

PARTENAIRES EXTERIEURS

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, le Centre de Harthouse souhaite consulter ses partenaires. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire qui contribuera à l'évaluation de nos prestations et à améliorer la qualité des prises en charge que nous proposons.

Merci du temps que vous consacrerez pour remplir ce questionnaire.

Structure :

Fonction :

Connaissez-vous les principales missions et les différents services de l'établissement ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Partiellement

Vos interlocuteurs dans l'établissement sont-ils clairement définis ?

☐ OUI ☐ NON

Etes-vous satisfait de la disponibilité de vos interlocuteurs dans l'établissement ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Etes-vous satisfait des locaux qui sont mis à votre disposition ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout ☐ Non concerné

Quel est votre avis sur vos modalités d'intervention dans l'établissement

Etes-vous satisfait des informations ou renseignements transmis par le Centre de Harthouse ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Etes-vous informé des projets en cours au sein de l'établissement ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Depuis quand votre structure travaille-t-elle avec le Centre de Harthouse ?

Etes-vous satisfait de l'évolution de votre partenariat avec le Centre de Harthouse ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Etes-vous satisfait des modalités pratiques de travail mises en place avec le Centre de Harthouse ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Etes-vous satisfait de votre collaboration avec le Centre de Harthouse ?

☐ Très ☐ Plutôt ☐ Pas assez ☐ Pas du tout

Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration, remarques :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

|| Veuillez le renvoyer pour le 12 mai 2017 au plus tard à l'adresse suivante :

CENTRE DE HARTHOUSE

Allée des Peintres

67500 HAGUENAU

Une communication sur les résultats sera faite en octobre 2017.