

iADES

**Foyer
Les Myosotis**

**Rapport
d'évaluation
interne**



17.12.2015

Conception :



Sommaire	
Introduction	3
Méthodologie d'évaluation	4
Objet d'évaluation	4
Modèle d'évaluation	5
Schéma de l'action	6
Instruments de recueil de l'information	7
Critère de qualité	12
Guide d'analyse	13
Critère n°1 – Admission / accueil	13
Critère n°2 – Qualité de vie	14
Critère n°3 – Accompagnement éducatif, thérapeutique.....	15
Critère n°4 – Respect et intimité / bienveillance	17
Critère n°5 – Participation des usagers.....	19
Critère n°6 – Droits des usagers / instruments loi de 2002	22
Critère n°7 – Sécurité des personnes / prévention des risques	24
Critère n°8 – Ouverture sur l'environnement, partenariat, citoyenneté, population	26
Critère n°9 – Ressources humaines	28
Critère n°10 – Soutien des professionnels	30
Critère n°11 - Management.....	31
Critère n°12 - Finances	32
Critère n°13 - Logistique	32
Critère n°14 – PE/PS Présentation générale	33
Critère n°15 – PE/PS Prestation	33
Critère n°16 – PE/PS Organisation	35
Critère n°17 – PE/PS Evaluation interne.....	35
Critère n°18 – PE/PS Mise en forme.....	36
Critère n°19 – PP Formalisation.....	37
Critère n°20 – PP Participation	37
Critère n°21 – PP Suivi	38
Critère n°22 – Méthodologie d'évaluation interne	40
Critère n°23 – Démarche Pacq	41
Critère n°24 – Recommandation Anesm.....	42
Critère n°25 – Articulation évaluation externe	44
Tableau de bord des préconisations	45
Tableau de la planification	46
Conclusion	47

Introduction

Le fondement des activités du foyer d'accueil médicalisé Myosotis

Ce foyer d'accueil médicalisé (FAM) a pour mission d'accueillir des personnes en situation de handicap mental âgées et/ou des troubles envahissant du développement de plus de 20 ans. Le cadre réglementaire est contenu dans les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005. Le FAM fait partie d'un dispositif départemental organisé dans un schéma.

Les valeurs de l'association sont ainsi formulées : notre mission est de promouvoir et mettre en œuvre tout ce qui peut être nécessaire à la personne accueillie pour un meilleur développement physique, intellectuel et moral, en matière d'éducation, de rééducation, d'adaptation, de mise au travail, d'insertion sociale, d'hébergement, d'organisation de loisirs, etc.

Chaque personne accueillie doit participer, autant que faire se peut, à la construction d'un projet personnalisé centré sur ses besoins particuliers et les souhaits qu'elle peut exprimer. Le projet de l'établissement s'y réfère ainsi qu'aux recommandations de pratiques professionnelles validées par l'Anesm, notamment concernant la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance.

Afin d'assurer une prise en charge optimale à la personne accueillie, l'établissement se fixe comme mission de :

- lui assurer une sécurité physique et morale
- l'accueillir et l'insérer dans une structure adaptée à ses possibilités et besoins,
- l'insérer dans la société,
- l'héberger et l'aider de manière à lui donner un maximum d'autonomie,
- l'orienter, la guider, la soutenir et la stimuler, aussi bien dans l'organisation des loisirs que
- dans la vie quotidienne,
- maintenir ses acquis, les développer si possible,
- favoriser son épanouissement, la réalisation de toutes ses potentialités intellectuelles, affectives et corporelles,
- l'accompagner dans la vie courante et dans les soins d'entretien nécessités par son état,
- lui assurer un suivi médical et des soins adaptés,
- lui garantir son intimité et sa vie affective,
- lui garantir l'expression de son statut d'adulte.

Une fois posés, ces objectifs font l'objet dans le cadre de l'évaluation interne d'une déclinaison plus précise en fonction des caractéristiques de la population accompagnée, permettant de définir les résultats attendus (cf. infra, mise en œuvre et effets).

Méthodologie d'évaluation

Dans le premier temps, l'ensemble du personnel a été réuni pour un rappel des obligations légales, et une sensibilisation à l'évaluation des établissements, dans la continuité de l'instauration de la loi du 2 janvier 2002.

L'association IADES a fait appel à l'accompagnement méthodologique de Francis Alföldi, du cabinet Alföldi Evaluation.

Dans le second temps, un comité de pilotage intitulé Copil a été institué par la direction, regroupant des professionnels volontaires et représentatifs des différentes catégories du personnel. Le Copil s'est réuni au cours d'une série de sessions au cours desquels les instruments de recueil d'information ont été constitués et leurs contenus appréciés au moyen des critères constitutifs de l'instrument d'évaluation. La méthodologie évaluative a nécessité la mise en œuvre des outils spécifiques intitulés *modèle d'évaluation* et d'un *guide d'analyse*, qui sont présentés plus loin. Le dispositif mis en œuvre prend appui sur un ensemble de 25 critères organisé en 6 dimensions, dont la sélection et l'organisation ont été réalisées en fonction des exigences légales et en articulation avec les pré-requis du cahier des charges de l'évaluation externe. Les fiches-action constitutives de la démarche Pacq (plan d'amélioration continue de la qualité) ont été réalisées en session et lors des intersessions par les membres du Copil sous la responsabilité de la direction.

Les informations recueillies proviennent de sources diversifiées : certaines issues du Copil, d'autres de sources extérieures, notamment les usagers. Quand les résultats de l'évaluation reposent sur des sources d'information extérieure au Copil, celui-ci a la possibilité de formuler un commentaire sur les résultats ; le guide d'analyse est doté d'emplacements à cet effet.

Dans le troisième temps, le rapport d'évaluation interne a été finalisé par les membres du Copil et les résultats de la démarche ont fait l'objet d'une communication à l'ensemble du personnel lors d'une réunion de restitution.

Avantages de la démarche : La démarche mise en œuvre ne se limite pas seulement à l'accomplissement de l'évaluation interne. Chemin faisant, au-delà de la rédaction du rapport d'évaluation interne, plusieurs chantiers sont réalisés : la préparation de la réécriture du projet d'établissement ou de service, l'examen et l'amélioration du projet personnalisé et des outils afférents, la réalisation effective d'une enquête de participation des usagers ou de leurs représentants légaux en rapport avec les exigences de la loi de 2002, une mobilisation effective du CVS en tant qu'instance consultative, une vérification pratique des éléments de sécurité et du confort de vie, l'opérationnalisation de la démarche qualité avec la réalisation du classeur Pacq, la préparation de la future évaluation externe.

Prise en compte de l'évaluation externe : Les préconisations issues du précédent rapport d'évaluation externe ont été traitées dans la nouvelle évaluation interne. Les modalités précises de cette prise en compte sont retransmises dans le dernier critère n°25 Articulation évaluation externe.

Objet d'évaluation

La définition du concept représentatif de la prestation délivrée par l'institution auprès de ses usagers a été définie par le Copil selon la formulation suivante :

L'évaluation interne de l'accueil et l'accompagnement de l'adulte en situation de handicap dans le respect de ses droits et de sa personne

Modèle d'évaluation

Concept / objet	Dimensions	Critères	Instruments de recueil
Evaluation interne de l'accueil et l'accompagnement de l'adulte en situation de handicap dans le respect de ses droits et de sa personne	D 1 Prestation	Cr.1 Admission/ accueil Cr.2 Qualité de vie Cr.3 Accompagnement thérapeutique - éducatif	Questionnaire d'appréciation de la personne accueillie
	D 2 Droits et environnement	Cr.4 Respect et intimité/bienveillance Cr.5 Participation des usagers Cr.6 Droits des usagers/instruments loi 2002 Cr.7 Sécurité des pers./prévention des risques Cr.8 Ouverture sur l'env./partenariat/citoyenneté	Questionnaire CVS Entretien Copil
	D 3 Organisation	Cr.9 Ressources humaines Cr.10 Soutien des professionnels Cr.11 Management Cr.12 Finances Cr.13 Logistique	Entretien Copil <u>ou</u> direction
	D 4 Projet d'établissement	Cr.14 Présentation générale PE Cr.15 Prestation PE Cr.16 Organisation PE Cr.17 Evaluation interne PE Cr.18 Mise en forme PE	Projet d'établissement
	D 5 Projet personnalisé	Cr.19 Formalisation PP Cr.20 Participation usager au PP Cr.21 Suivi PP	Projet personnalisé
	D 6 Evaluation de la qualité	Cr.22 Méthodologie d'évaluation interne Cr.23 Démarche Pacq Cr.24 Recommandations Anesm Cr.25 Articulation avec évaluation externe	Dispositif d'évaluation interne Rapport d'évaluation externe

Schéma de l'action

SCHEMA DE L'ACTION		
PREMIERE ETAPE	SECONDE ETAPE	TROISIEME ETAPE
<p style="text-align: center; background-color: #c6e0b4; margin: 0;">INTRODUCTION A L'EVALUATION INTERNE</p> <p>Temps requis : 0,5 jour Date :</p> <p>Unité de travail → ensemble de salariés</p> <p>Contenus : → rappel des obligations légales → présentation de la démarche → diffusion du schéma de l'action → présentation de l'instrument</p>	<p style="text-align: center; background-color: #c6e0b4; margin: 0;">PRESTATION, DROITS ET ENVIRONNEMENT</p> <p>Temps requis : 1,5 jour Date :</p> <p>Unité de travail → comité de pilotage</p> <p>Contenus : → préparation planification des outils spécifiques usager et familles → traitements des réponses → finalisation fiches-action dans l'inter-session</p>	<p style="text-align: center; background-color: #c6e0b4; margin: 0;">ORGANISATION, PROJET ETABLISSEMENT, PROJET PERSO.</p> <p>Temps requis : 2 jours Date :</p> <p>Unité de travail → comité de pilotage</p> <p>Contenus : → traitement direct projet d'établissement → traitement direct projet personnalisé → traitement direct organisation → finalisation fiches-action dans l'inter-session</p>
QUATRIEME ETAPE		<p style="text-align: center; background-color: #c6e0b4; margin: 0;">EVALUATION QUALITE, FINALISATION DU RAPPORT</p> <p>Temps requis : 1 jour Date :</p> <p>Unité de travail → comité de pilotage et ensemble des salariés</p> <p>Contenus : → traitement direct des critères spécifiques → rédaction du rapport d'évaluation interne → préparation de la restitution</p>

Instruments de recueil de l'information

Le questionnaire personne accueillie/famille

Le questionnaire personne accueillie/famille renseigne les critères : Cr.1 Admission et accueil, Cr.2 Qualité de vie, Cr.3 Accompagnement éducatif – thérapeutique. Il s'agit d'un questionnaire d'appréciation à dominante qualitative, composé de trois questions semi-ouvertes, une pour chaque critère (ou ensemble de critère). L'outil tient sur une feuille unique (voir page suivante). La passation se fait en relation directe, elle est réalisée de préférence par une personne pas trop proche et pas trop distante des usagers, par exemple un membre du conseil d'administration ou un ancien collègue conviennent à cette tâche. Le traitement qualitatif des réponses nécessite un travail conséquent, le nombre de réponses traités dans l'analyse est donc limité à dix. La sélection des répondants se fait de la façon suivante : 5 personne accueillies du rez-de-chaussée en mesure de répondre à ce type de questionnaire + 5 familles de personne accueillies du premier étage ces derniers n'étant pas en mesure de répondre explicitement à ce type de questionnaire.

Pour plus de précision sur cet outil, voir :

http://www.alfoldiconsultant.com/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=80:le-questionnaire-dappréciation&catid=21:articles&Itemid=25

Le questionnaire Conseil de la vie sociale

Le questionnaire Conseil de la vie sociale est appliqué à l'occasion d'une réunion dédiée programmée pour l'évaluation interne. Il renseigne le critère suivant : Cr.4 Respect et intimité. Il s'agit d'un questionnaire à dominante qualitative, composé d'une question semi-ouverte. L'outil tient sur une feuille unique. La passation se fait lors de la tenue de la réunion, un membre du Copil étant chargé de recueillir et compiler les réponses des participants.

L'entretien Copil / direction

Les entretiens avec le Copil et/ou la direction, selon les choix retenus par le chef d'établissement renseignent les critères suivants : Cr.6 Droit des usagers/instruments de la loi de 2002, Cr.7 Sécurité des personnes, Cr.8 Ouverture sur l'environnement et le partenariat, Cr.9 Ressources humaines, Cr.10 Soutien des professionnels, Cr.11 Management, Cr.12 Finances, Cr.13 Logistique, Cr.24 Recommandations Anesm. Les entretiens sont réalisés lors des sessions, l'un des participants se chargeant d'interroger le Copil et la direction sur les questions évaluatives, sans participer au débat afin de noter les réponses pour chaque critère concerné, dans le guide d'analyse.

Le Projet d'établissement ou de service – PE/PS

Le projet d'établissement ou de service renseigne les critères suivants : Cr.14 Présentation générale PE/PS, Cr.15 Prestation PE/PS, Cr.16 Organisation PE/PS, Cr.17 Evaluation interne PE/PS, Cr.18 Mise en forme PE/PS. Chaque item est exploré en session, au travers d'une recherche collective dans le document en version papier par tous les membres du Copil. Les items manquants ou incomplets sont identifiés et les modifications requises sont mentionnées dans le guide d'analyse. L'exploration du document est facilitée par un instrument d'évaluation spécifiquement adapté au PE/PS.

Pour plus de précision sur cet outil, voir :

http://www.alfoldiconsultant.com/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=40:evaluer-le-projet-detablissement-ou-de-service&catid=21:articles&Itemid=25

Le Projet personnalisé

Le projet personnalisé renseigne les critères suivants : Cr.19 Formalisation PP, Cr.20 Participation de l'usager au PP, Cr.21 Suivi du PP. Le document est examiné en session tant dans sa structure qu'en

ses applications concrète sur situations d'usagers. Les améliorations requises sont inscrites dans le guide d'analyse. L'exploration du document est facilitée par un instrument d'évaluation spécifiquement adapté au PP par la méthodologie Alföldi Evaluation.

Le dispositif d'évaluation interne

Le dispositif d'évaluation interne se constitue de l'instrument ayant permis de réaliser l'évaluation et du rapport d'évaluation interne constituant la production finale. Il renseigne les critères suivants : Cr.22 Méthodologie d'évaluation interne, Cr.23 Démarche Pacq, Cr.25 Articulation avec l'évaluation externe. L'examen du dispositif d'évaluation interne en session, permet au Copil de relever les aspects forts et aussi les points de faiblesse nécessitant des modifications du dispositif pour les suites de la démarche évaluative au sein de l'ESSMS (établissement ou service social ou médico-social).

Questionnaire d'appréciation de la personne accueillie

date de la passation :

Nous devons évaluer la qualité de notre action auprès des personnes accueillies. Pour cela, nous avons besoin de votre avis. S'il vous plait, donnez votre avis en répondant librement, ce questionnaire restera anonyme.

1. Comment ça s'est passé pour vous quand vous êtes arrivé à Myosotis (ressenti de la personne, présentation des personnes, explication sur l'institution, déroulement de l'accueil) ?

2. Que pouvez-vous dire de la vie tous les jours à Myosotis au niveau déplacement et confort à l'intérieur et à l'extérieur ?

3. Que pensez-vous de l'accompagnement de toutes les personnes qui travaillent à Myosotis ?

Questionnaire d'appréciation de la famille de la personne accueillie

date de la passation : ■■■■■■■■

Nous devons évaluer la qualité de notre action auprès des personnes accueillies. Pour cela, nous avons besoin de votre avis. S'il vous plaît, donnez votre avis en répondant librement, ce questionnaire restera anonyme.

1. Comment ça s'est passé pour votre enfant quand il est arrivé à Myosotis (ressenti de la personne, présentation des personnes, explication sur l'institution, déroulement de l'accueil) ?

2. Que pouvez-vous dire de la vie tous les jours à Myosotis au niveau déplacement et confort à l'intérieur et à l'extérieur ?

3. Que pensez-vous de l'accompagnement de votre enfant par toutes les personnes qui travaillent à Myosotis ?

Questionnaire Conseil de la vie sociale

date de la passation :

Nous devons évaluer la qualité de notre action auprès des personnes accueillies et nous avons besoin de l'avis du Conseil de la vie sociale. Autant que possible un avis unanime, éventuellement plusieurs avis si le cas présente.

1. Que pouvez-vous dire sur la manière dont Myosotis garantit le respect et la vie personnelle des personnes accueillies ?

Critère de qualité

Qualité de la prestation

● Définition

Ce critère apprécie la qualité assurée par l'ESSMS (établissement ou service social ou médico-social) auprès des usagers, dans les domaines d'intervention caractéristiques de l'évaluation des établissements et services : prestation, droits des personnes, rapport à l'environnement, organisation, projet d'établissement ou de service, personnalisation, évaluation de la qualité. Chacun des trois niveaux est associé à la préconisation correspondante.

● Niveau 1 : Remédier

Le domaine d'intervention considéré est sévèrement lacunaire. Les manquements et carences constatées nécessitent une ou des actions de remédiation rapide, voire immédiate.

● Niveau 2 : Améliorer

Le domaine d'intervention considéré ne satisfait pas suffisamment aux attentes en matière de qualité de la prestation. Les lacunes observées requièrent une ou des actions d'amélioration, lesquelles peuvent être à brève, moyenne ou longue échéance.

● Niveau 3 : Valoriser

Le domaine d'intervention considéré est conforme aux attentes en matière de qualité de la prestation. Les compétences observées justifient une ou des actions de valorisation avec volonté de pérenniser les pratiques favorables aux personnes : usagers, bénévoles, professionnels.

Guide d'analyse

Domaine 1 : Prestation

Critère n°1 – Admission / accueil

Ce critère apprécie les modalités d'admission et d'accueil de l'ESSMS. Il prend en compte la disposition d'une procédure d'admission formalisée et non discriminante, la traçabilité des décisions, la remise d'un livret d'accueil aux nouveaux arrivants, l'existence le cas échéant de modalités de suivi post-accompagnement.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Elément factuel	Niv
Outil : questionnaire usager/RL Copil du 05.10.2015	
Qre famille n°1 : « Arrivé en 2004. Statut particulier Venant de l'I.M.E Champcueil. Dont les parents étaient à l'origine du projet de Myosotis. A été accueilli en accueil séquentiel ce qui était un bon système d'intégration. Besoin d'une mise en route de l'équipe ».	●
Qre famille n°2 : « Entrée en 2004. Accueil de Julie W. Beaucoup d'appréhension et d'émotion. Sacré changement de vie : gros changement avec l'internat. Se souvient de M Leguerrier. Sont venus en famille. Très bons premiers contacts. Visite des bâtiments en construction donc se sont senti très impliqué dès le départ. En revanche, sentiment d'abandon de leur enfant très fort ».	●
Qre famille n°3 : « Très bien accueilli. Alice était à la maison. Avant son accueil et choix d'internat par défaut. Reçus par Michelle V.D. Accueil ajusté et progressif. Senti une mise en route de l'équipe assez lente mais pas inquiétante. Ont fait confiance à leur fille ».	●
Qre famille n°4 : « Accueilli par Michelle V.D il y a 10 ans. Très bien reçus sur l'externat. Etaient venus visiter avant l'arrivée d'Alexandre. L'équipe leur a été présentée avec un peu d'appréhension ».	●
Qre Résident n°5 : « Je me souviens pas très bien mais je pense que ça c'est bien passé ».	●
Qre Résident n°6 : « Tout le monde était gentil avec moi. Je me suis senti très à l'ais. Il y avait tous les éducateurs venus pour se présenter »	●
Qre Résident n°7 : « J'étais bien, avant j'avais un petit lit mais après j'ai eu un grand et je suis content. Je suis bien accueilli par une éducatrice ». A signaler que le changement de lit remonte à 6 mois, tandis que l'admission date de 2004.	●
Qre Résident n°8 : « Bien, bien ».	●
Qre Résident n°9 : ??? « question pas comprise »	●

Les conditions d'accueil au foyer sont décrites comme très satisfaisantes.
● Au plan positif apparaît l'excellence des premiers contacts, la visite initiale, le caractère progressif, la présentation de l'équipe.

Commentaires des évaluateurs : Il ressort de la passation que 3 résidents sur 5 n'ont pas répondu précisément à la question, l'outil n'est pas adapté. Par rapport au désarroi signalé par les familles lors de l'accueil, nous envisageons de repenser leur accompagnement à l'arrivée. Dans l'ensemble les productions du questionnaire sur cet item paraissent pauvres.

Préco n°1. Accueil des nouvelles familles

● Personne référente pour cette fiche : Pauline Hoffman-Main - Psychologue ▲	
Préconisation datée du 05.10.2015	Suite au constat d'une part du caractère inapproprié de la question sur la qualité de l'accueil, de la pauvreté des résultats, d'autre part de la détresse mentionnée par les familles répondantes à l'évocation de la période d'admission, nous allons envisager un autre outil pour recueillir l'avis des familles.
Qui fait quoi quand ?	A partir de janvier 2016 , pour les trois prochains accueils, 15 jours après l'admission, un entretien sera proposé à la famille avec la psychologue pour aborder leurs difficultés ; dans l'année qui suit, lors de la rencontre avec la famille en amont du premier projet, nous allons recueillir leur avis sur l'admission.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼	

Domaine 1 : Prestation
Critère n°2 – Qualité de vie

Ce critère apprécie le cadre de vie ou les modalités d'accompagnement proposées à l'usager par l'ESSMS. Il prend en compte l'accessibilité, le confort des équipements, l'agrément et la sécurité des locaux à disposition et de l'environnement de proximité.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas

Élément factuel	Niv	Appréciation diag.
Outil : questionnaire usager/RL Copil du 05.10.2015		Le cadre vie apparaît plutôt adapté.
Qre famille n°1: « Salle d'activités un peu petite mais présence d'Arc en Ciel. Locaux ont été récupérés depuis (salon des familles), local de veille. Locaux vraiment adaptés, salle de bain à l'étage. Chambres vastes. Problème de rangement pas assez conséquents ».	●	Au plan positif apparaît le caractère spacieux des chambres, la luminosité, le caractère chaleureux, le confort, la mise à disposition d'une chambre pour les externes.
Qre famille n°2 : « Que peut-on faire de mieux ? Tout est accessible. Il y a de la lumière. Le reste est chaleureux. Convivial, esprit « maison ». Escalier en colimaçon peut être un peu raide. Le palier est trop petit ».	●	Au plan négatif apparaît un manque de rangements, l'exiguïté d'un escalier, le manque d'un jardin, des problèmes dans le maniement des fauteuils.
Qre famille n°3 : « Le confort est bon. Les chambres sont grandes mais les espaces de vies sont un peu trop les uns sur les autres. Concept de base n'est pas une bonne architecture. Pas idéal pour le personnel. Très lumineux. Entre les chambres et salles d'activités, pas d'intermédiaire. Pas de jardin grand regret ».	●	
Qre famille n°4 : « Très bien à l'extérieur et à l'intérieur. Salle d'activité adaptée. A sa chambre personnalisée, y va dans la journée » (résident externe).	●	
Qre Résident n°5 : « Ici je vis bien pour mes déplacements à l'intérieur pas de soucis mais à l'extérieur je me cogne sur les barrières vertes ».	●	
Qre Résident n°6 : « Pour les déplacements je me cogne beaucoup dans l'ascenseur et aussi dans les murs de ma chambre. A l'extérieur ça se passe mieux pour aller au self ».	●	
Qre Résident n°7 : « Oui un peu mais il faut faire attention de ne pas se faire mal (tomber) mais ici c'est grand ».	●	
Qre Résident n°8 : « Les déplacements ça va ».	●	
Qre Résident n°9 : « Ca se passe bien ». (grand sourire)	●	

Commentaires des évaluateurs : Les résidents se plaignant de se cogner notamment parce qu'ils n'utilisent pas efficacement leur fauteuil électrique, ce qui marque à notre sens un manque de formation. Un atelier groupe fauteuil mené par l'ergothérapeute va se mettre en place incessamment. L'amélioration des déplacements extérieurs provient des aménagements faits sur l'accessibilité et la sécurité. Le recueil d'information au niveau des résidents reste pauvre et renseigne peu le critère, cependant il présente encore l'intérêt de solliciter leur avis. Nous pensons néanmoins que s'il y avait une lacune grave à ce niveau ils sauraient le signaler. Il ne faut donc pas attendre des résultats hautement explicites avec ce mode de consultation.

Préco n°2. Tableau de présence des salariés

	Personne référente pour cette fiche : Aurélie Birot	
Préconisation datée du 05.10.2015	Suite au constat de l'inconvénient des changements de personnels signalés par un résident et de la difficulté de repérage des personnes, et vu notre constat de l'existence antérieure d'un tableau à fleur affichant la présence des salariés, nous allons mettre en œuvre un outil de communication ajusté aux résidents.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 31 janvier 2015 , nous allons refaire deux tableaux, un pour chaque étage, adapté à la lecture des résidents avec des photos de taille suffisante : 10 x 15 et qui sera rempli chaque soir pour le lendemain avec les résidents.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 2 : Droits et environnement

Critère n°4 – Respect et intimité / bienveillance

Ce critère apprécie la qualité éthique de l'intervention auprès des usagers. Il prend en compte les modalités concrètes garantissant le respect et l'intimité dans la vie quotidienne et dans les temps d'échanges avec les différents professionnels, dans la perspective de la recommandation Anesm sur la bienveillance.

Élément factuel	Niv	Appréciation diag.
<p>● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas</p> <p>Outil de recueil : questionnaire CVS passé le 23.10.2015 Copil du 20.11.2015</p> <p>Selon nous, Myosotis prend en compte la personne accueillie et lui garantit le respect de sa vie personnelle à travers plusieurs aspects :</p> <p>Tout d'abord d'un point de vue structurel puisque chaque personne accueillie dispose d'une chambre individuelle.</p> <p>Ensuite, en prenant en compte le rythme de chacun lors des différents temps de la journée (levers, déjeuners, activités...)</p> <p>De plus, le projet personnalisé de chaque personne accueillie détermine les activités et prises en charges qui lui sont proposés. On note que le personnel de Myosotis veille à ce que les besoins et envies soient au cœur de l'accompagnement.</p> <p>Enfin, le respect passe aussi par la prise en compte des croyances de chacun le tout dans un environnement qui se veut laïque.</p>	●	<p>Le CVS porte une appréciation de satisfaction majeure sur le respect de l'intimité et la bienveillance.</p> <p>Au plan positif apparaissent l'espace privatif, la prise en compte des rythmes personnels, la personnalisation adaptée aux besoins et envies, le respect des croyances dans un environnement laïque.</p>
<p>Nous nous réjouissons du caractère positif des retours du CVS sur les conditions de respect et de bienveillance, cependant à notre regard il faut poursuivre nos efforts sur le développement d'une personnalisation qui tient effectivement compte de la singularité du projet de chacun ; ce qui implique de réduire la tendance ancienne à privilégier un cadre institutionnel qui uniformise la prise en charge. Par exemple pour les repas la présence à table de tous les résidents ne doit pas être immuable, en fonction de son besoin et de son état personnel, le résident peut ne pas venir manger avec son groupe attiré.</p>		

Préco n°3. Qualité positive du respect envers le résident

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 20.11.15	Suite au constat du caractère satisfaisant des conditions de respect et de bienveillance envers le résident, attestées par les membres du CVS, nous allons valoriser cette compétence et encourager à sa pérennité.	
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 17.12.2015 , la directrice va féliciter l'équipe pour cette compétence active et attirer l'attention de tous sur la vigilance à exercer pour son maintien.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°4. Développer la singularité de l'accompagnement

	Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq – Directeur adjoint	
Préconisation datée du 20.11.15	<p>Suite au constat d'une nécessité de poursuivre les efforts de l'équipe en vue de respecter la singularité du projet de chaque résident, nous allons entreprendre une action de réflexion collective, dans le cadre de la réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles développée au critère n°24 Recommandations Anesm.</p>	
Qui fait quoi quand ?	<p>A partir de janvier 2016 , à l'occasion de la réunion mensuelle du mardi préconisée au critère n°24 Recommandations Anesm, nous allons travailler en priorité sur la recommandation portant sur la bienveillance, en lançant le thème avec l'aide d'un intervenant extérieur, puis nous travaillerons en interne le thème pendant 6 séances, à partir d'exemples cliniques mettant en relief la nécessité de la singularité de l'accompagnement. Entre janvier et juin 2016, à l'occasion de la réécriture du projet d'établissement, nous allons inscrire la perspective de la singularisation de l'accompagnement dans un paragraphe dédié, à travers la création des projets de vie de chaque unité.</p>	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 2 : Droits et environnement

Critère n°5 – Participation des usagers

Ce critère apprécie la politique de l'ESSMS en matière d'expression et de participation des usagers. Il prend en compte les modes de consultation des usagers : constitution et fonctionnement du CVS, traitement des réclamations, prise en compte effective des demandes et des remarques formulées par les usagers. Il intègre également les modalités de travail avec les familles.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Elément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 15.09.15	La participation des usagers est globalement satisfaisante.
Les résidents du premier étage, du fait de leur handicap, ne participent pas directement aux différentes actions dans lesquelles les personnes accueillies au rez-de-chaussée participent effectivement. Deux salariés ont été formés au langage Makaton ; pour que ça fonctionne la démarche doit devenir institutionnelle, ce qui est prévu mais non programmé. Un membre de l'équipe a entrepris un DU sur l'autisme. L'ensemble de l'équipe a eu une formation de 3 jours sur le même sujet. Par contre quatre résidents du rez-de-chaussée ont été élus par les autres résidents : 2 titulaires et 2 suppléants, tous sont présents à chaque fois. Deux familles également élues participent au CVS. Nous travaillons la dimension de la citoyenneté au travers du vote interne pour les résidents qui sont en mesure d'y participer. Les familles représentantes apportent des sujets à traiter lors du CVS. La présidente du CVS est une résidente et le vice-président le père d'un résident. Les questions des résidents sont préparées en amont avec les salariés participant au CVS. Ont été abordés ainsi : les travaux dans Myosotis, les questions de restauration, des questions sur des temps forts et des fêtes, des questions sur les mouvements des salariés. Le compte-rendu est lu par la directrice à la présidente qui le complète et ensuite il est envoyé aux représentants des familles avant diffusion par contre il n'est pas communiqué aux résidents comme cela a été prévu.	● Au plan positif les demandes importantes des résidents ayant accès à la parole sont prises en compte, notamment sur l'organisation du lieu de vie, la vie affective et sexuelle et les suggestions pour le CVS. ● Au plan négatif la réponse effective est parfois tardive et des espaces complémentaires sont à proposer aux familles, la participation des résidents les moins communicants reste lacunaire.
En cas de réclamation, à tout moment les résidents peuvent être reçus par la direction et la psychologue. Ces demandes ont lieu et sont prises en compte. Cela s'est produit pour le changement d'organisation des étages : plusieurs résidents se sont plaint des nuisances du bruit, du manque de correspondance entre les personnes et la spécificité de leur handicap, de la difficulté de circuler librement dans et hors de l'établissement. Ces réclamations des résidents ont servi de point de départ à une réflexion globale de l'accompagnement qui a abouti à la réorganisation des unités suivant les besoins spécifiques de la population accueillie.	●
Plusieurs résidents ont demandé à pouvoir avoir une vie affective et une intimité reconnue au sein de l'établissement. Pour y répondre l'un des résidents à fait l'acquisition d'un lit deux places pour recevoir son amie.	●
Quatre résidents ont demandé à pouvoir verrouiller leur porte : nous avons fait installer des verrous intérieurs que nous pouvons ouvrir avec un passe en cas d'urgence.	●
Sur le même axe, nous avons organisé plusieurs formations pour le personnel cadres et pour l'équipe de terrain sur la vie affective et sexuelle.	●
Une charte sur la vie affective et sexuelle a été écrite par la psychologue et le directeur adjoint ; elle est en réflexion au niveau de la direction de l'association.	●
Des équipements ont été achetés pour satisfaire les besoins sexuels de certains résidents de manière adaptée, en remplacement d'ustensiles non adaptés.	●
Certaines demandes des résidents qui impliquent des changements significatifs comme la vie affective, mettent trop de temps à se mettre en place, pour le résident. L'achat du lit deux places réclamé par un résident a mis un an et demi. Ainsi un résident a demandé à pouvoir passer la nuit avec son amie et la réponse tarde pour lui à arriver. Ce qui est lié aux problèmes organisationnels que cela pose à l'équipe.	●
Plusieurs résidents ont demandé à pouvoir aller régulièrement en séjour dans d'autres établissements avec une convention d'échanges qui permet de résoudre le problème de financement.	●

Préco n°5. Participation effective des usagers

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat du caractère satisfaisant des modalités de participation des résidents dans la vie du foyer, nous allons valoriser cette compétence et encourager sa pérennité.	
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 14.12.2015, la directrice va féliciter l'équipe pour cette compétence active et attirer l'attention de tous sur la vigilance à exercer pour son maintien.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°6. Participation limitée des résidents non communicants

	Personne référente pour cette fiche : Eric Mounis	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat de la participation limitée des résidents du premier étage, tandis que ceux du rez-de-chaussée entrent bien dans les moyens de participation proposés, nous allons poursuivre les actions engagées : la formation du référent autisme, l'évaluation des capacités des personnes accueillies, l'éventualité de la formation de l'équipe à la méthode Makaton.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 24 septembre 2015, le référent autisme aura terminé sa formation et soutenu son mémoire. Pour le 30 juin 2016, les 14 évaluations des personnes accueillies seront réalisées et la direction aura déterminé précisément le type de formation qui devra être mis en place.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°7. Prise en compte des souhaits des familles

	Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq – Directeur adjoint	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat de l'évaluation externe indiquant que malgré la qualité de relation entre les familles et le FAM, certains parents souhaitent des moyens qui permettraient d'échanger sur les questions importantes, afin de rompre avec l'isolement, nous allons remettre en vigueur les outils existants favorisant l'échange avec les familles.	
Qui fait quoi quand ?	A partir du mois d'octobre 2015, la Gazette de Myosotis sera envoyée aux familles mensuellement. Entre janvier et décembre 2016, nous allons mettre en place deux rencontres avec les familles sur les temps de convivialité avec un thème de réflexion apporté. A la réunion familles du premier semestre 2016, le logiciel Netsoins portant sur la traçabilité des soins sera présenté aux familles.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 2 : Droits et environnement

Critère n°6 – Droits des usagers / instruments loi de 2002

Ce critère apprécie la formalisation légale des droits des usagers. Il prend en compte la construction et la mise en œuvre des outils de la loi de 2002 : projet d'établissement ou de service, livret d'accueil, contrat de séjour ou DIPC, charte des droits et libertés des personnes accueillies, liste des personnes qualifiées, règlement de fonctionnement, mode de consultation des usagers.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas		
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.	
Outil de recueil : Entretien Copil/direction du 15.09.15	Les outils de la loi de 2002 sont actualisés et remplissent leur fonction sous réserve du règlement de fonctionnement qui n'est pas accessible à tous les résidents.	
Le projet d'établissement est conforme et achevé date 2010 ; il sera actualisé en 2016.		●
Le livret d'accueil est existant, a été remis à jour en 2015, il est remis à chaque nouvel arrivant.		●
Le contrat de séjour est établi et signé à l'arrivée de la personne dans l'établissement.		●
La charte des droits et libertés est affichées dans le tableau d'affichage du foyer.		●
La liste des personnes qualifiée est affichée dans le siège de l'association.		●
Le règlement de fonctionnement est existant, il a été remis à jour en 2015. Dans sa version actuelle il n'est pas accessible à l'ensemble des résidents.		●
Le mode de consultation des usagers consiste dans le CVS qui est fonctionnel avec des membres élus et une périodicité de deux fois par an conforme à la loi.		●
En ce qui concerne la consultation du dossier par les usagers, les dossiers sont répartis entre le secrétariat, le bureau du médecin et le logiciel Netsoins. Les usagers ou leurs représentants peuvent consulter leur dossier sur une demande orale à la direction.		●

Préco n°8. Conformité des outils de la loi de 2002

 Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - directrice 	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat du caractère complet et élaboré de la réalisation des outils de la loi de 2002, nous allons valoriser cette réalisation.
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 17.12.2015, la directrice va féliciter l'équipe pour les travaux réalisés dans le cadre des outils de la loi de 2002.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼	

Préco n°9. Lisibilité du règlement de fonctionnement

	Personne référente pour cette fiche : Joëlle Deschamps t	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat du caractère illisible du règlement de fonctionnement pour les résidents, nous allons, engager une action pour améliorer cet aspect de la communication sur les outils de la loi avec eux.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 05 janvier 2016, Joëlle va engager une prospection des outils réalisés dans le secteur pour résoudre ce problème de communication et présenter les supports recueillis au comité de pilotage.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°10. Caractère optimal des conditions de sécurité

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 21.09.15	Suite au constat du caractère globalement complet et satisfaisant des conditions de sécurité, nous allons valoriser cette compétence de l'institution.	
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 17.12.2015, la directrice va féliciter l'équipe pour les conditions de maintien d'une sécurité de bon niveau dans l'établissement, et appeler l'ensemble du personnel à rester mobilisé sur ce domaine essentiel.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°11. Mise à jour du Document Unique

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 21.09.15	Suite au constat du défaut d'actualisation du DUERP, nous allons améliorer ce dispositif.	
Qui fait quoi quand ?	Pour fin décembre 2015, la directrice va procéder à un examen de de la conformité et de la qualité du document en vigueur, afin de déterminer le chantier à entreprendre.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 2 : Droits et environnement

Critère n°8 – Ouverture sur l'environnement, partenariat, citoyenneté, population

Ce critère apprécie les différentes modalités caractérisant l'ouverture sur l'environnement. Il prend en compte l'identification des ressources disponibles sur le territoire, la formalisation des partenariats (convention, protocoles, mention dans le PE/PS), l'intégration des personnes issues du réseau dans la vie de l'ESSMS, la place laissée au bénévolat, la communication extérieure sur la vie de l'ESSMS. Le critère examine dans quelle mesure l'ouverture sur l'extérieur favorise l'accès à la citoyenneté pour les usagers. Il prend également en compte les études de besoin et l'évolution de la population.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 15.09.15 Nous avons établis les partenariats suivants : <ul style="list-style-type: none"> avec Cechoia, équipe mobile avec médecin de réadaptation, qui se déplace sur demande où avec lequel on va être amené à travailler en téléconférence avec le CDSA, comité départemental des sports adaptés, qui fait venir un intervenant une fois par semaine pour proposer du sport adapté aux résidents avec l'ARSE, association par la rééducation par le sport équestre, où un groupe de résident en fauteuil va une fois par semaine faire de l'équitation adaptée avec Musique Tangeante, association qui met à disposition un musicothérapeute qui vient une fois par semaine dans l'association avec une Maison de Retraite qui reçoit une résidente une fois par semaine pour un temps d'activité. 	● L'ouverture sur l'extérieur est existante et en développement. ● Au plan positif l'ouverture passe des conventions existantes ainsi que de nombreuses activités ponctuelles.
Plusieurs personnes du réseau relationnel des salariés viennent ponctuellement animer des ateliers sportifs : karaté, handball, à titre bénévole.	●
Le site de IADES ouvre à tout public un ensemble d'information sur l'association.	●
Il n'y a pas d'étude globale de l'évolution de la population, elle ne nous paraît pas d'actualité.	●
Le foyer organise de nombreuses activités impliquant les résidents dans l'environnement social de proximité : coiffeur, salon de beauté, sorte boîte de nuit, concert, spectacles, piscine, séjours vacances.	●

Préco n°12. Installation du mur d'escalade

 Personne référente pour cette fiche : Stéphane Le Roux 	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat de la nécessité de disposer d'un outil de rééducation à caractère ludique et d'élargir les relations entre le foyer et le monde extérieur, nous allons poursuivre l'élaboration du projet de construction d'un mur d'escalade adapté dans la cafeteria.
Qui fait quoi quand ?	Pour le 31.12.2015, le prestataire spécialisé Altissimo va venir faire l'étude technique et le chiffrage définitif du mur, le devis sera soumis à la direction de l'établissement. Avant le 31.12.2016, réalisation des travaux sera achevée.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼	

Préco n°13. Partenariat avec le s

Préco n°14. service jeunesse

 Personne référente pour cette fiche : Sonia Dames 	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat de la nécessité d'élargir les relations entre les résidents et les personnes de l'environnement de proximité, nous allons travailler à un partenariat avec le service jeunesse de la commune.
Qui fait quoi quand ?	Pour le 30 octobre 2015 , Sonia va se rendre avec une collègue au service jeunesse pour envisager l'intérêt potentiel du service jeunesse pour ce partenariat et réfléchir à des activités correspondant aux jeunes reçus par le partenaire et les résidents du foyer. Pour le 30 novembre 2015 , si perspective s'avère positive, un projet sera rédigé et transmis à la direction du foyer.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼	

Domaine 3 : Organisation

Critère n°9 – Ressources humaines

Ce critère apprécie la gestion des ressources humaines menée par l'ESSMS. Il prend en compte l'existence et la teneur des fiches de postes, les orientations de la formation et l'accueil des stagiaires, les orientations en matière d'entretiens professionnels.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas

Élément factuel	Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 21.09.15		Le système des ressources humaines est fonctionnel excepté les fiches de poste à actualiser et le caractère lacunaire des entretiens professionnels.
<u>Les fiches de postes</u> Elles sont existantes pour tous les salariés, mais elles ont besoin d'être retravaillées.	●	
<u>La formation</u> Pour 2015, un DU sur l'autisme est en voie de finalisation cette année. L'ergothérapeute a fait une formation sur l'utilisation de l'ipad. Il y a une formation collective sur le logiciel Netsoins. Une prise en charge de VAE pour une AMP a été réalisée. Un salarié fait une formation d'une semaine sur la violence. Trois formations individuelles ont été refusées, mais une remplacée. Une formation collective prévue sur l'agressivité et la violence n'a pas pu se faire pour des contraintes financières.	●	
Myosotis accueille régulièrement des stagiaires infirmières, les psychomotriciens accueillent des stagiaires, à partir d'octobre 2015 des stages ME et ES long sont prévus. Nous avons reçu des BAC pro sur des durées de 6 semaines.	●	
<u>Les entretiens professionnels</u> Un outil existe mais il n'est pas satisfaisant ; il y a un questionnaire dont la trame est redondante et mal adaptée. D'autre part selon la règle actuelle, sa passation ne repose pas sur le principe du N+1. Les entretiens ont eu lieu pour les retours de maternité et pour les séniors.	●	

Préco n°15. Actualisation des fiches de poste

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 21.09.15	Suite au constat du caractère obsolète des fiches de poste actuellement en vigueur, nous allons les actualiser.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 31 mars 2016, la directrice va ré-examiner le contenu de chaque fiche de poste en concertation avec chaque métier concerné ; ensuite elle validera les versions nouvelles.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°16. Entretiens professionnels

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 21.09.15	Suite au constat du caractère insatisfaisant du dispositif actuel d'entretiens professionnels, nous allons engager une réflexion en équipe de direction sur cette question.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 30 juin 2016, la directrice va poursuivre les discussions sur les orientations du dispositif, et modifier l'outil d'entretiens professionnels existant, elle mettra en avant la nécessité d'une formation pour les cadres étant amenés à faire la passation.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 3 : Organisation

Critère n°10 – Soutien des professionnels

Ce critère apprécie dans quelle mesure l'ESSMS met à disposition de son personnel, les moyens visant à traiter les difficultés techniques, le stress et les risques professionnels. Il prend en compte les instances de régulation : réunions techniques, organisationnelles, instances d'aide technique analyse des pratiques, supervision extérieure si besoin, l'existence de documents institutionnels sur les situations génératrices de stress.

● Niv.1 : Remédier	● Niv.2 : Améliorer	● Niv.3 : Valoriser	● X : absence d'info. / ne s'applique pas
Élément factuel		Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 21.09.15			Les modalités de soutien aux professionnels sont diversifiées et opérationnelles.
Lors de la réunion de fonctionnement hebdomadaire nous pouvons aborder selon l'actualité les épisodes de vie quotidienne difficile avec les résidents. De même les réunions d'équipe spécifiques à chaque corps de métier permettent d'aborder les situations de résidents et les difficultés des professionnels.		●	
Nous disposons d'une analyse des pratiques depuis 3 ans avec le même intervenant, elle est opérationnelle d'après ce qu'en dit la majorité des salariés.		●	
La dynamique d'équipe permet à chacun de partager les problèmes avec l'ensemble de l'équipe et ne pas rester isolé. Une partie des professionnels expriment ce ressenti. Le professionnel en difficulté peut faire appel soit aux outils formels : réunions, analyse des pratiques, entretiens de débriefing avec la psychologue, et aussi de manière informelle par les entretiens spontanés au sein de l'établissement.		●	
Il n'y a pas de dispositif de protection des salariés en cas d'événement grave, cependant en cas de nécessité la direction observe une attitude proactive en vue d'aider les personnes dans la gestion de l'événement.		●	
Nous venons de remettre à jour une série de protocole de conduites à tenir en cas d'événement problématique qui représentent une aide dans le traitement des difficultés professionnelles.		●	
Suite aux travaux d'une commission pénibilité interne à l'association, une formation « gestes et posture » a eu lieu en 2014 sur les difficultés techniques sur le plan physique. Il s'en est suivi l'achat d'équipement pour améliorer l'ergonomie des situations de travail, tels des rails de transfert des résidents à l'intérieur de leur chambre.		●	

Préco n°17. Qualité du soutien aux professionnels

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 15.09.15	Suite au constat du caractère globalement satisfaisant des modalités de soutien aux professionnels, nous allons , valoriser cette compétence.	
Qui fait quoi quand ?	Lors de la réunion de restitution du 17.12.2015 , la directrice fera état du caractère satisfaisant du soutien aux professionnels et encouragera l'ensemble de l'équipe à entretenir soigneusement cet aspect de la qualité indispensable à la bonne marche de l'établissement.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 3 : Organisation

Critère n°11 - Management

Ce critère apprécie la pertinence des orientations du management de l'ESSMS. Il prend en compte le pilotage de la communication interne et externe, les modalités du recrutement du personnel, la politique de délégation des responsabilités, les modalités d'appréciation du climat social de l'ESSMS.

	● Niv.1 : Remédier	● Niv.2 : Améliorer	● Niv.3 : Valoriser	● X : absence d'info. / ne s'applique pas
Élément factuel				
<p>Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 03.11.2015</p> <p><u>Communication interne et externe :</u> La communication interne se fait en direction des familles. Tous les mois la direction diffuse la Gazette de Myosotis qui transmet les informations de la vie de l'institution. Les informations quotidiennes sont inscrites sur un tableau à l'accueil du foyer. Il y a un tableau d'affichage pour les informations en direction du personnel. Il n'y a pas de communication externe en dehors du site de l'association.</p> <p><u>Recrutement du personnel</u> Myosotis ne recrute que du personnel qualifié. La sélection se fait sur lettre de motivation. Les candidats sont reçus par la direction lors d'un entretien sur les motivations et sur l'expérience.</p> <p><u>Délégation des responsabilités</u> La directrice a un document unique de délégation. Au-delà du DUD il y a une politique de délégation qui fonctionne à plusieurs niveaux. La coordinatrice est missionnée par la direction pour faire le Qui fait quoi diffusé à l'équipe pour tracer les activités de la journée. La psychologue a la délégation de la réalisation des projets personnalisés.</p> <p><u>Climat social</u> Nous enregistrons moins d'arrêts maladie, leur nombre est en diminution hors temps d'arrêt pour maternité. L'équipe témoigne de la possibilité d'exprimer les mécontentements quand ils surgissent. Une certaine confiance règne dans l'institution entre les professionnels. Les stagiaires témoignent aussi de la qualité du climat de travail à Myosotis. Nous constatons que les projets initiés par les membres de l'équipe tous statuts confondus sont généralement soutenus par la direction.</p>	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	<p>Appréciation diag.</p> <p>Les orientations du management semblent optimales.</p> <p style="color: green;">Au plan positif se distingue la sérénité du climat de travail et l'étendue des délégations.</p>

Préco n°18. Orientation encourageante du management

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du	Suite au constat de la sérénité du climat social, de la bonne relation de confiance au sein de l'équipe, et de la fluidité des modes de délégation interne, nous allons valoriser et pérenniser cette compétence de l'équipe.	
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 14.12.2015 , la directrice va féliciter l'équipe pour cette compétence active et attirer l'attention de tous sur la vigilance à exercer pour son maintien.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 3 : Organisation

Critère n°12 - Finances

Ce critère apprécie la correspondance entre la gestion financière de l'ESSMS et les nécessités inhérentes à la prestation. Il prend en compte le ratio entre le nombre d'usagers pris en charge et le nombre d'ETP, l'anticipation des besoins financiers relatifs aux prestations, le taux d'occupation.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas		
Elément factuel	Niv	Appréciation diag.
<p>Outil de recueil : Entretien Copil/direction Copil du 03.11.2015</p> <p>Les budgets sont à la baisse, mais nous parvenons à maintenir l'activité. Le financeur ne prend pas en compte le GVT glissement/vieillesse technicité, il n'est donc pas possible de remplacer certains postes à temps partiel. La dotation en ETP est suffisante pour l'exercice de la prestation. Le taux d'occupation est de 100 % à l'exception de la place d'accueil temporaire qui fonctionne la moitié de l'année.</p>	●	Les modalités financières sont en adéquation avec l'exercice de la prestation.

Domaine 3 : Organisation

Critère n°13 - Logistique

Ce critère apprécie l'acquisition et la maintenance des équipements matériels requis par la prestation de l'ESSMS. Il porte sur la description et l'entretien du parc informatique, la description et l'entretien du parc automobile, l'équipement et l'entretien des locaux.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas		
Elément factuel	Niv	Appréciation diag.
<p>Entretien Copil/direction Copil du 21.09.15</p> <p><u>Parc automobile</u> Le parc automobile en l'état suffit aux besoins de l'établissement avec un véhicule 5 places, deux 9 places, un véhicule adapté avec rampe d'accès pour 2 fauteuils roulants et 4 places assises, un véhicule adapté pour 4 fauteuils et 6 places assises avec possibilités de modulation interne. L'entretien est assuré comme décrit au critère n°7.</p> <p><u>Parc informatique</u> Le parc d'ordinateurs vient d'être renouvelé, il correspond à présent aux besoins de l'équipe.</p> <p><u>Parc immobilier</u> Les locaux dans l'ensemble sont adaptés au nombre de résidents accueillis. L'équipement mobilier des chambres est adapté. La capacité de la salle télé au rez-de chaussée est insuffisante par rapport à l'encombrement des fauteuils des résidents. De même le réfectoire est exigu. Toutefois ces conditions d'exiguïté ne sont pas réductibles. L'accès aux fauteuils roulant est difficile dans certains espaces. Ce qui est lié à la répartition des résidents dans l'intérêt de tous. L'été la température est trop élevée, il manque une climatisation dans les chambres ou des ventilateurs. Les équipements spécialisés médicaux sont disponibles : lits médicaux, rails de transfert dans les chambres, lits-doubles, chaises percées avec roulette si nécessaire, chaises de douche.</p> <p><u>Ménage</u> L'entretien des locaux est externalisé par une société extérieure, et les chambres sont faites par les trois femmes de service de l'équipe.</p>	● ● ● ● ● ● ●	Les conditions logistiques sont globalement optimales.

Domaine 4 : Projet d'établissement / Projet de service

Critère n°14 – PE/PS Présentation générale

Ce critère apprécie la présentation générale du PE/PS. Il prend en compte le traitement des points suivants : implantation, accès, valeurs associatives, mission et objectifs, textes légaux, code Finess (fichier national des établissements sanitaires et sociaux), paradoxes inhérents, population accueillies, besoins et secteur d'intervention, financement et ratios.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas		
Élément factuel	Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : PE/PS Copil du 05.10.2015		La présentation de l'établissement est moyenne ; elle présente des lacunes à corriger.
<u>Implantation géographique : adresse ; plan et accès ; code Finess :</u> L'adresse est sur la couverture Il y un plan d'accès p.8 mais il est peu lisible : flou et petit ; les coordonnées annoncées p.8 sont absentes. Pas de mention du code Finess	● ● ●	
<u>Association gestionnaire valeurs et projet ; orientations territoriales et textes législatifs ; histoire de l'établissement :</u> Les antécédents propres à l'association sont mentionnés p.4. mais pas les valeurs qui figurent sur le projet associatif Les orientations territoriales sont absentes, elles sont à intégrer p.6 (plan autisme 2012-2017) Les textes législatifs figurent p.6 à l'item « Construire un cadre institutionnel » L'histoire de l'établissement est évoquée de façon succincte p.4	● ● ● ●	
<u>Principes d'intervention et prise en compte des paradoxes inhérents ; bientraitance ; conciliation entre individuel et collectif :</u> Les paradoxes inhérents ne sont pas mentionnés ; pourtant plusieurs apparaissent au Copil : <ul style="list-style-type: none"> Le décalage entre le projet personnalisé et la lourdeur institutionnelle Le décalage entre le statut d'adulte (responsabilité et autonomie) et le statut d'handicapé (protection et soin) La relation avec la famille entre d'une part l'objectif commun de bien-être de la personne et la complexité de travailler ensemble. La philosophie de l'établissement et les principes fondateurs font l'objet d'un item dédié p.15 Il n'y a pas d'item consacré à la bientraitance La conciliation entre individuel et collectif est mentionnée à minima p.15	● ● ● ●	
<u>Mission ; service ; définition juridique ; autorisation ; agrément ; habilitation ; conventions et objectifs opérationnels :</u> L'agrément est retranscrit p.7 La mission avec ses objectifs opérationnels est mentionnée p.6	● ●	
<u>Population accueillie : caractéristiques, besoins ; secteur d'intervention ; évolution du public :</u> La population accueillie est annoncée par un titre et décrite de façon succincte par le rappel de la mission. Le secteur d'intervention est spécifié p.7 L'évolution de la population ne fait pas l'objet d'un item dédié	● ● ●	
<u>Financement, budget et ratios ; adéquation finances/ projet ; contrôle financier :</u> Pas de mention du ratio financier ni d'information sur le contrôle financier	●	
<u>Méthodologie choisie et modèles théoriques de référence ; recommandations Anesm ; participation des professionnels ; des usagers, des partenaires au projet d'établissement ; instance de suivi du projet :</u> La méthodologie qui repose sur une approche intégrative n'est pas présentée. Il n'y a pas d'item dédié aux recommandations Anesm La méthodologie de projet d'établissement qui repose sur un comité de pilotage n'est pas mentionnée, elle aurait sa place dans le chapitre « La méthodologie »	● ● ●	

Domaine 4 : Projet d'établissement / Projet de service

Critère n°15 – PE/PS Prestation

Ce critère apprécie la présentation de la prestation dans le PE/PS. Il prend en compte le traitement des points suivants : description de chaque prestation, modalités de personnalisation, participation de l'usager, travail avec les familles et l'entourage, modalités d'évaluation des situations, travail d'équipe, instances de régulation interne, travail partenarial.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas		
Élément factuel	Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : PE/PS Copil du 05.10.2015		La présentation de la prestation est existante tout en demandant à être complétée et organisée.
<u>Description de chaque prestation / offre de service : éducative, d'aide sociale, sanitaire, psychologique, pédagogique, juridique, d'accueil et d'hébergement, suivi post-accompagnement :</u> Il n'y a pas de chapitre sur la prestation et ses différentes modalités, des éléments significatifs figurent dans le développement sur l'équipe éducative, médicale et para-médicale p.39 et 32 l'accompagnement socio-éducatif p.18-22 ; il est envisagé d'ouvrir un chapitre sur la prestation avant celui sur la méthodologie	●	
<u>Personnalisation des prestations / projet personnalisé : mise en œuvre et suivi, bilan des évaluations ; participation de l'usager à son projet :</u> Il y a un item dédié à la personnalisation p.17-18, par contre le bilan avec la personne n'est pas évoqué, la participation de l'usager est décrite, on trouve aussi mention du travail avec les familles p.25	●	

<p>Travail avec les familles et responsables légaux ; l'entourage : Le travail avec les familles est mentionné dans le cadre du travail sur le projet personnalisé p.18 dans l'item « Le projet individuel, le résident et sa famille ». Par contre la teneur du travail avec les familles n'est pas traitée dans un item dédié.</p>	●	
<p>Evaluation des situations : travail d'équipe et pluridisciplinarité ; méthode de référence et participation des usagers : L'évaluation des situations faite en réunion de synthèse et dans la pluridisciplinarité est développée dans l'item « Le cadre du projet » p.17 Il n'y a pas mention de la méthode de référence prenant appui sur un document de préparation rempli par les différents professionnels en amont, il y a aussi une rencontre en amont avec la famille qui marque la participation des usagers. Ce qui ressort de l'entretien sert de point de départ à la synthèse. La psychologue prend des notes pendant la réunion et rédige l'écrit final.</p>	● ●	
<p>Instances de régulation interne et de soutien technique : Un item intitulé « Les instances de réflexion, de concertation et d'élaboration » figure p.34</p>	●	
<p>Travail avec le réseau partenarial ; mutualisation des moyens (Cepom, Gcsms) ; ouverture sur l'environnement ; communication externe : Le partenariat est développé dans un item dédié p.9 à 11 Il n'y a pas d'item sur la mutualisation des moyens. Il n'y a pas d'item sur la communication externe Il y a un item consacré à la socialisation, il devrait être développé.</p>	● ● ● ●	

Domaine 4 : Projet d'établissement / Projet de service

Critère n°16 – PE/PS Organisation

Ce critère apprécie la présentation de l'organisation de l'ESSMS dans le PE/PS. Il prend en compte le traitement des points suivants : fonctions et qualifications du personnel, organigramme, fiches de postes, modalités de formation, accueil et admission, horaires d'ouverture et organisation quotidienne, droits de usagers et instruments de la loi de 2002, organisation de la sécurité des personnes et prévention des violences institutionnelles.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : PE/PS Copil du 05.10.2015	● L'organisation de l'établissement est présentée de façon partielle.
<u>Personnels : organigramme, fonctions, qualifications, compétences, formation, accueil des stagiaires ; place des bénévoles ; recrutement et politique d'emploi ; management et délégation ; climat social :</u> L'organigramme de l'association est présent p.5, et celui du service avec les qualifications p.28, leur aspect est quelque peu terne La description des fonctions du personnel est présente p.29-30 ; les modalités d'intérim sont mentionnées p.37 Pas d'item dédié à l'accueil des stagiaires alors que le service en reçoit couramment Les modalités de la formation sont indiquées p.35 dans un item dédié La place des bénévoles ne fait pas l'objet d'un item Les modalités de recrutement et de politique d'emploi ne sont pas précisées : qualification exigée à l'entrée et formation complémentaire sur des projets spécifiques Il n'y a pas de précision sur les modalités de délégation Il n'est pas parlé du climat social	● ● ● ● ● ● ●
<u>Admission et accueil :</u> Les modalités d'admission sont décrites p.7 ; à supprimer la période de pré-admission	●
<u>Horaires d'ouverture et organisation quotidienne :</u> Un item traite de la « Journée type » p.38	●
<u>Équipement matériel : locaux et véhicules :</u> Les locaux sont décrits dans un item dédié p.12 à 14 Le parc véhicules est présenté p.41 Il manque un item sur le parc informatique	● ● ●
<u>Droits des usagers [projet d'établissement ou de service, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrat de séjour ou Dipc, liste des personnes qualifiée, mode de consultation des usagers (CVS, questionnaire d'appréciation), charte des usagers], circulation des informations et confidentialité, gestion des dossiers : information et sécurisation des données ; gestion des plaintes et réclamations :</u> Il y a un item intitulé : « Les droits et les devoirs des personnes accueillies » on y trouve mention de la confidentialité et de l'accès aux dossiers, ainsi que les recours de la famille en cas de problème. Parmi les outils de la loi de 2002 : le CVS est présenté p.16 par contre il n'y a pas de rubrique mentionnant la charte, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, la liste des personnes qualifiées, le livret d'accueil	● ●
<u>Sécurité des personnes : sécurité physique ; sécurité morale ; organisation des soins et prévention des violences institutionnelles ; prise en compte risques professionnels ; protocoles et procédures :</u> La sécurité fait l'objet d'un développement dans un item dédié p.40 Il n'y a pas de mention de la prévention des violences institutionnelles alors qu'un document existe	●

Domaine 4 : Projet d'établissement / Projet de service

Critère n°17 – PE/PS Evaluation interne

Ce critère apprécie la présentation de la démarche d'évaluation interne dans le PE/PS. Il prend en compte le traitement des points suivants : instrument d'évaluation interne, dispositif d'entretiens professionnels, démarche Pacq avec ses fiches action.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : PE/PS Copil du	● Les modalités d'évaluation interne sont globalement satisfaisantes.
<u>Instrument d'évaluation interne : options méthodologiques ; critères et recueil d'informations ; intégration des conclusions ; planification évaluation interne et externe :</u> L'instrument d'évaluation interne est présenté p.23 à 27 de façon complète avec intégration des conclusions La planification des évaluations externes et internes ne figure pas	● ●
<u>Entretiens professionnels : dispositif d'évaluation des compétences professionnelles :</u> Les modalités d'entretiens professionnels sont précisées p.36	●
<u>Démarche qualité : remédiations aux défaillances et valorisation des aspects positifs ; mise en œuvre de fiches-action ; comité de pilotage et suivi du Pacq :</u> Le tableau p.25-27 précise les préconisations de la démarche qualité, mais il ne comporte d'outil concret avec comité de travail.	●
<u>Perspectives d'avenir : développements institutionnels et chantiers requis par la démarche qualité :</u> Les perspectives d'avenir sont traitées p.40	●

Domaine 4 : Projet d'établissement / Projet de service

Critère n°18 – PE/PS Mise en forme

Ce critère apprécie la mise en forme du PE/PS. Il prend en compte le traitement des points suivants : orthographe, frappe, pagination, sommaire et plan, syntaxe, cohérence sémantique, présentation (soin, polices de caractères, justification du texte, illustrations graphiques ou photographiques), agrément de la couverture.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : questionnaire CVS Copil du 05.10.2015	La présentation du document est correcte
<u>Orthographe, frappe, pagination, sommaire et plan, syntaxe, cohérence sémantique, présentation (soin, polices de caractères, justification du texte, illustrations graphiques ou photographiques), agrément de la couvert :</u>	
Pas de problème de frappe, orthographe, pagination.	●
Le sommaire est présent, clair et paginé	●
Le texte est bien présenté	●
Il y a des illustrations sur les moyens techniques du service.	●
Attention il y a un risque de confusion due à l'imprécision et au manque de stabilité du terme <i>projet personnalisé</i> , appelé tantôt « projet individuel » ou « projet individualisé » p.17-18, mis à part ce trait, la cohérence dans l'ensemble est respectée.	●
La couverture est illustrative mais de façon limitée à l'architecture, le document n'est pas relié dans ses versions actuellement diffusées.	●

Préco n°19. Actualisation du projet d'établissement

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 05.10.15	Suite aux travaux de l'évaluation interne sur le projet d'établissement de 2010, faisant état des points forts et points faibles du document, nous allons engager le chantier de réécriture.	
Qui fait quoi quand ?	Entre janvier et juin 2016 , nous allons constituer une équipe de réécriture qui réalisera les modifications en tenant compte notamment des indications de l'évaluation interne aux critères n°14-15-16-17-18 de la dimension du projet d'établissement, ainsi que de la préconisation « Développer la singularité de l'accompagnement » réalisée au critère n°4 Respect de l'intimité/bienveillance ».	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 5 : Projet personnalisé Critère n°19 – PP Formalisation

Ce critère apprécie la formalisation de la personnalisation dans le projet personnalisé. Il prend en compte l'existence d'un document daté et signé, distinguant le temps T1 de la contractualisation avec l'usager et sa famille et le temps T2 de l'évaluation du suivi du projet à une échéance déterminée. Le critère considère également l'intégration du projet personnalisé dans le fonctionnement institutionnel.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas			
Elément factuel	Niv	Appréciation diag.	
Outil de recueil : projet d'accueil personnalisé Copil du 03.11.2015		La formalisation du projet est globalement opérationnelle et efficace. Il manque cependant une planification plus claire de certains objectifs ainsi que l'état de leur réalisation, ainsi qu'une clarification de l'articulation entre le PP et le contrat de séjour.	
<u>Formalisation des trois volets correspondant aux trois étapes clef : construction, mise en œuvre, évaluation :</u> La phase de construction du projet se fait par l'utilisation du Livret de préparation par l'équipe éducative ; cet instrument regroupe les items significatifs de l'accompagnement ; puis il y a une rencontre entre la famille, le résident, la rédactrice du projet personnalisé et les référents internat et équipe de jour ; puis il y a une réunion pluridisciplinaire où tous les éléments de l'accompagnement sont abordés et les objectifs de travail des 18 prochains mois sont abordés, puis le projet personnalisé est rédigé puis présenté à la famille pour commentaires et signature puis présentation à l'équipe. Ce protocole est appliqué à tous les résidents.	●		
La phase de mise en œuvre se fait lors des réunions bimensuelles lors desquelles le suivi des projets personnalisés est utilisé comme outils de référence, par contre il n'y a pas de nouvelle écriture pendant cette phase sur le projet. Les projets personnalisés sont aussi utilisés pour bâtir le planning d'activités de chaque résident.	●		
La phase d'évaluation se fait au terme des 18 mois de la durée du projet en réactivant la phase de construction précédemment décrite. Il manque cependant un point formel écrit sur ce qui a été réalisé et ce qui ne l'est pas ainsi que l'analyse des causes.	●		
<u>Mention des parties prenantes : usager, représentant légal, coordinateur, chef d'établissement, partenaires spécifiques :</u> Les parties prenantes : l'usager, la famille, les référents éducatifs, l'équipe médicale et paramédicale, la direction sont mentionnés à la première page du PP	●		
<u>Mention des objectifs d'actions avec les moyens requis par leur réalisation :</u> Les objectifs et moyens sont signifiés dans le PP	●		
<u>Planification des actions envisagées :</u> Les actions ne sont pas planifiées.	●		
<u>Concision du document : entre 1 et 3 p. / entre 4 et 10 p. / au-delà de 10 p. :</u> Le PP moyen fait 8 pages ; le contenu est utile et nécessaire à l'utilisation de l'outil.	●		
<u>Mention des références réglementaires : loi de 2002 / recommandation Anesm de déc. 2008 :</u> Pas de mentions des références réglementaires	●		
<u>Positionnement par rapport aux autres documents de projet : contrat de séjour / Dipc / projet pour l'enfant / contrat de soutien et d'aide par le travail :</u> Pas de positionnement explicite par rapport au contrat de séjour	●		
<u>Efficacité des outils de recueil d'information :</u> Les éléments d'informations sont présents et accessibles à l'équipe professionnelle, par contre leur présentation manque de fluidité pour les parents.	●		
<u>Date et signatures par les parties prenantes :</u> Les parties prenantes : l'usager, la famille, les référents éducatifs, la direction sont signataires à la dernière page du PP	●		
<u>Orthographe, frappe, pagination, sommaire et plan, syntaxe, cohérence sémantique, présentation (soin, polices de caractères, justification du texte, illustrations graphiques ou photographiques), agrément de la couverture :</u> La mise en forme du document ne comporte pas de lacunes, sa formalisation d'aspect sérieux convient à l'usage qui en est fait.	●		

Domaine 5 : Projet personnalisé Critère n°20 – PP Participation

Ce critère apprécie la participation effective de l'usager à l'élaboration du PP. Il prend en compte l'intégration dans la structure du document projet d'une ou plusieurs rubriques dédiées au recueil de l'avis et des demandes de l'usager, la mise en œuvre effective des rubriques dédiées à la participation de l'usager dans les PP dûment complétés.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas			
Elément factuel	Niv	Appréciation diag.	
Outil de recueil : projet d'accompagnement personnalisé Copil du 03.11.2015	●	La participation de l'usager est en place par contre la traçabilité de son avis manque dans le document finalisé.	
<u>Mention de l'avis de la personne dans les attentes, dans le suivi du projet personnalisé et dans son évaluation :</u> L'avis de la famille sur le nouveau projet est mentionné à la dernière page avant la signature. Il peut aussi être fait mention d'un compte-rendu de la rencontre préparatoire avec la famille.	●		

L'avis de l'utilisateur est pris en compte dans le Livret de préparation et son contenu est intégré à la synthèse de tous les éléments dans le PP,	
Compatibilité du document formalisé avec les difficultés spécifiques de la personne accueillie/accompagnée : Il n'y a pas de retranscription des contenus de PP accessible aux résidents. Cependant le résident est intégré au quotidien dans la réalisation de son projet ; la formalisation écrite n'existe pas mais la participation à son projet se fait au jour le jour.	●
Prise en compte de la parole de la personne accueillie/accompagnée (et/ou son représentant légal) tout au long des phases d'élaboration du projet personnalisé : La prise en compte de la parole et des demandes du résident quand il est mesuré d'en faire, est mentionnée dans le développement du PP sans faire l'objet d'un paragraphe dédié.	●

Domaine 5 : Projet personnalisé

Critère n°21 – PP Suivi

Ce critère apprécie la vérification de la réalisation effective des objectifs déterminés lors de la contractualisation du PP. Il prend en compte la mise en œuvre effective du volet complété au temps T2, la réalisation d'une évaluation de la période écoulée depuis la contractualisation au temps T1, la détermination de nouveaux objectifs pour le temps T3.

● Niv.1 : Remédier	● Niv.2 : Améliorer	● Niv.3 : Valoriser	● X : absence d'info. / ne s'applique pas
Élément factuel		Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : projet d'accueil personnalisé Copil du 03.11.2015		●	Le suivi du projet prend en compte l'évolution de la situation de l'utilisateur mais n'intègre pas la synthèse diagnostique le concernant.
Mention de l'évolution de la situation de la personne accueillie/accompagnée : Elle est traitée point par point tout au long du PP avec un paragraphe synthétique en début de document.		●	
Elaboration d'une synthèse diagnostique des avis formulés par les parties prenantes dans le volet évaluation : La synthèse diagnostique n'est pas formalisée de façon globale en fin de PP.		●	

Préco n°26. Avancée conséquente de l'outil projet personnalisé

	Personne référente pour cette fiche : Ingrid Laudren - Directrice	
Préconisation datée du 03.11.2015	Suite au constat de l'efficacité opérationnelle du projet personnalisé appliqué à tous les résidents, nous allons valoriser et pérenniser cette compétence de l'équipe.	
Qui fait quoi quand ?	Pour la réunion de restitution du 14.12.2015 , la directrice va féliciter l'équipe pour cette compétence active et attirer l'attention de tous sur la vigilance à exercer pour son maintien.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Préco n°21. Amélioration de l'outil projet personnalisé

	Personne référente pour cette fiche : Pauline Hoffman - Psychologue	
Préconisation datée du 03.11.2015	Suite au constat des améliorations à apporter à l'outil existant, nous allons mettre en œuvre les ajustements requis.	
Qui fait quoi quand ?	Pour le 31.12.2016, la psychologue va procéder aux modifications identifiées par l'évaluation interne dans les critères 19-20-21 en concertation avec l'équipe et la direction, puis l'outil réajusté sera mis en application pour les projets qui suivront à partir de début 2017.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 6 : Evaluation de la qualité
Critère n°22 – Méthodologie d'évaluation interne

Ce critère apprécie la cohérence et la pertinence de la démarche d'évaluation interne. Il prend en compte la mise en œuvre d'une méthodologie formalisée avec recueil d'information, critères d'évaluation et construction du jugement d'évaluation, la centration de l'évaluation sur l'objet de l'évaluation interne, la production de préconisations d'amélioration et de valorisation.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : rapport d'évaluation interne Copil du 03.11.2015	● La méthodologie d'évaluation interne est opérationnelle.
Une méthodologie a été mise en place avec critères d'évaluation, recueil d'information, jugement d'évaluation ; l'évaluation est bien centrée sur la qualité de la prestation et elle produit des préconisations d'amélioration et de valorisation.	● Au plan positif apparaît la rapidité et la clarté du nouveau modèle, l'intérêt de préparer la réécriture du projet d'établissement.
La démarche d'évaluation a été plutôt courte, ce qui l'a rendue pas trop fastidieuse, cependant l'inconvénient est de ne pas avoir pu réaliser l'évaluation du climat social comme précédemment, d'une manière la nouvelle mouture est plus rapide mais moins approfondie. Il est notoire que les points importants apparaissent rapidement, notamment ceux qui concernent la réécriture du projet d'établissement, qui devrait être facilitée.	● Au plan négatif un regret est exprimé du fait de la disparition de l'évaluation du climat social, de même la présence de certains collègues a manqué pour certains critères.
Le classeur Pacq va permettre de mieux assurer le suivi des préconisations par rapport à la précédente évaluation interne.	●
Pour certains sujets spécifiques, il aurait été valable d'inviter les collègues plus en charge du domaine concerné.	●

Préco n°22. Affinement de l'outil d'évaluation interne

 Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq – Directeur adjoint 	
Préconisation datée du 03.11.2015	Suite au constat des points d'amélioration à apporter à l'outil d'évaluation interne, nous allons procéder aux modifications requises.
Qui fait quoi quand ?	Pour 2020, la direction va faire les modifications sur le dispositifs d'évaluation interne : prévoir d'inviter les collègues concernés par les critères travaillés et remettre en place le questionnaire aux salariés pour apprécier le climat social en faisant de cette variable la part essentielle du critère sur le management.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)

Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼

Domaine 6 : Evaluation de la qualité

Critère n°23 – Démarche Pacq

Ce critère apprécie la mise en œuvre effective de la démarche Pacq dans le fonctionnement de l'ESSMS. Il prend en compte la production de fiches action structurées déterminant des axes d'amélioration et de valorisation, leur organisation dans un classeur ergonomique facilitant le pilotage de la démarche, le traitement effectif des préconisations par un comité de suivi opérationnel dédié à cette tâche.

● Niv.1 : Remédier	● Niv.2 : Améliorer	● Niv.3 : Valoriser	● X : absence d'info. / ne s'applique pas
Élément factuel		Niv	Appréciation diag.
Outil de recueil : rapport d'évaluation interne Copil du 03.11.2015			La démarche Pacq est opérationnelle.
L'évaluation interne aboutit à la construction d'une démarche Pacq, avec un classeur regroupant toutes les préconisations d'amélioration et de valorisation qui ont été élaborées. Le suivi de la démarche Pacq fait l'objet de l'instauration d'un comité de suivi dédié à cette tâche et objet d'une préconisation dans ce critère.		●	

Préco n°23. Création du Comité de suivi pour le Pacq

	Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq – Directeur adjoint	
Préconisation datée du 03.11.2015	Suite au constat de la nécessité de créer un instrument pour assurer le suivi des préconisations de l'évaluation interne, nous allons mettre en place l'instance adéquate.	
Qui fait quoi quand ?	Le 20.11.2015, la direction a mis en place un Comité de suivi de la démarche Pacq, qui se réunira chaque année 1 fois en avril et 1 fois en novembre pour examiner l'état d'avancée des préconisations construites et en ajouter d'autres selon les nécessités. Le Comité de suivi sera constitué des membres du Copil de l'évaluation interne et de toute personne de l'équipe voulant y participer. Le premier Comité de suivi aura lieu le 26.04.2016 à 9h45.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 6 : Evaluation de la qualité
Critère n°24 – Recommandation Anesm

Ce critère apprécie la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, dans la gestion et les pratiques de l'ESSMS. Il porte sur la mise à disposition et la circulation effective des recommandations en rapport avec l'offre de service, la tenue de séquence de travail sur les recommandations, la prise en compte des recommandations dans l'évaluation interne, l'engagement d'amélioration dans la vie quotidienne en lien avec les recommandations.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : entretien Copil/direction Copil du 03.11.2015	Les recommandations Anesm sont en voie de mise en œuvre.
<u>Circulation des RBPP :</u> Il n'y a pas de circulation des RBPP dans l'établissement.	● Au plan positif elles ont contribué à la réorganisation des étages.
<u>Séquences de travail sur les RBPP :</u> Il n'y a pas actuellement.	● Au plan négatif elles ne circulent pas dans l'institution et ne font pas l'objet de séquences de travail.
<u>Prise en compte des RBPP dans l'évaluation interne :</u> L'outil d'évaluation interne a été forgé en fonction de la recommandation Anesm sur l'évaluation interne ; la dimension du projet d'établissement prend largement appui sur la recommandation Anesm sur le projet d'établissement ou de service ; la dimension sur le projet personnalisé prend largement appui sur la recommandation Anesm sur le projet personnalisé.	●
<u>Amélioration concrètes en lien avec les RBPP :</u> Nous nous sommes appuyés sur la RBPP Autisme et Troubles du spectre autistique pour ré-organier la répartition des résidents dans les étages.	●

Préco n°24. Circulation des RBPP

 Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq 	
Préconisation datée du 03.11.2015	Suite au constat d'une absence de mise en œuvre des RBPP au quotidien dans l'équipe, nous allons envisager la modalité adaptée à la circulation de ces documents.
Qui fait quoi quand ?	Pour 31.12.2015 , la direction va faire réaliser un tirage papier avec reliure et couverture rigide des RBPP selon la sélection suivante : - la bienveillance - qualité de vie en MAS / FAM - l'autisme et autres troubles envahissant du développement - le projet d'établissement ou de service - le projet personnalisé. Ces RBPP seront stockées dans la salle de Trans du RC sur une étagère dédiée.
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼	

Préco n°25. Réflexion sur les bonnes pratiques

	Personne référente pour cette fiche : Sylvain Tanazacq – Directeur adjoint	
Préconisation datée du	Suite au constat d'une absence d'utilisation des RBPP, et de la nécessité de maintenir l'équipe en réflexion collective, nous allons instaurer une instance spécifique.	
Qui fait quoi quand ?	A partir de janvier 2016 , la direction va instaurer une réunion d'un mardi par mois, qui portera sur une thématique en lien avec l'une des RBPP retenues par l'équipe.	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Point Comité Pacq du datée du	Nous avons (point sur situation)	
Qui fait quoi quand ?	Pour le , X va (action concrète)	
Remédier ● Améliorer ● Valoriser ● En veille ● Pas fait ▲ En cours ▲ Fait ▲ Supprimé ▼		

Domaine 6 : Evaluation de la qualité
Critère n°25 – Articulation évaluation externe

Ce critère apprécie l'adéquation de la production finale de l'évaluation interne avec la logique de l'évaluation externe. Il prend en compte la correspondance entre les contenus du rapport d'évaluation interne avec les documents de l'Anesm, notamment le Modèle d'abrégié du rapport d'évaluation externe.

● Niv.1 : Remédier ● Niv.2 : Améliorer ● Niv.3 : Valoriser ● X : absence d'info. / ne s'applique pas	
Élément factuel	Niv / Appréciation diag.
Outil de recueil : rapport d'évaluation interne et rapport d'évaluation externe du 17.07.2012 Copil du 17.11.2015	L'articulation entre l'évaluation interne et l'évaluation externe est cohérente.
La trame du rapport d'évaluation interne et la trame du classeur Pacq, sont étroitement ajustées aux recommandations de l'Anesm sur la rédaction du rapport d'évaluation externe.	●
<u>Traitement de la préconisation d'évaluation externe du 17.07.2012 : L'exercice de la citoyenneté, un droit à rendre effectif.</u> Cette préconisation est traitée au critère n°5 Droits des usagers sur la mise en place du CVS avec le vote.	●
<u>Traitement de la préconisation d'évaluation externe du 17.07.2012 : La bientraitance, une exigence à faire progresser.</u> Cette préconisation est traitée au critère n°4 Respect et Intimité / Bientraitance où elle fait l'objet de deux Préconisation intitulées : « Qualité positive du respect envers le résident » et « Développer la singularité de l'accompagnement » ; et au critère n°24 Recommandations Anesm où elle intègre deux préconisations intitulées : « Circulation des RBPP » et « Réflexion sur les bonnes pratiques ».	●
<u>Traitement de la préconisation d'évaluation externe du 17.07.2012 : Accompagner les familles à trouver leur place.</u> Cette préconisation est traitée au critère n°5 Participation des usager avec une préconisation intitulée : « Prise en compte des souhaits des familles »	●
<u>Traitement de la préconisation d'évaluation externe du 17.07.2012 : L'organisation et le management.</u> Cette préconisation est traitée au critères n°9 Ressources humaines avec des préconisations intitulées : « Actualisation des fiches de poste », « Entretiens professionnels », n°10 Soutien des professionnels avec une préconisation intitulée « Qualité du soutien aux professionnels », n°11 Management avec une préconisation : « Orientations encourageantes du management ».	●
<u>Traitement de la préconisation d'évaluation externe du 17.07.2012 : L'ouverture du foyer sur l'environnement.</u> Cette préconisation est traitée au critère n°8 Ouverture sur l'environnement avec deux préconisations : « Installation du mur d'escalade », « Partenariat avec le service jeunesse ».	●

Tableau de bord des préconisations

Tableau récapitulatif de l'avancée de la réalisation des préconisations en date du 17.12.2015		
Remédier : ● Améliorer : ● Valoriser : ● En veille : ●		
Pr n°1. – Accueil des nouvelles familles	Cr.1	●
Pr n°2. – Tableau de présence des salariés	Cr.3	●
Pr n°3. – Qualité positive du respect envers les résidents	Cr.4	●
Pr n°4. – Développer la singularité de l'accompagnement	Cr.4	●
Pr n°5. – Participation effective des usagers	Cr.5	●
Pr n°6. – Participation limitée des résidents non communicants	Cr.5	●
Pr n°7. – Prise en compte des souhaits des familles	Cr.5	●
Pr n°8. – Conformité des outils de la loi de 2002	Cr.6	●
Pr n°9. – Lisibilité du règlement de fonctionnement pour tous	Cr.6	●
Pr n°10. – Caractère optimal des conditions de sécurité	Cr.7	●
Pr n°11. – Mise à jour du document unique	Cr.7	●
Pr n°12. – Réalisation du mur d'escalade	Cr.8	●
Pr n°13. – Partenariat avec le service jeunesse	Cr.8	●
Pr n°14. – Actualisation des fiches de poste	Cr.9	●
Pr n°15. – Entretiens professionnels	Cr.9	●
Pr n°16. – Qualité du soutien aux professionnels	Cr.10	●
Pr n°17. – Orientation encourageante du management	Cr.11	●
Pr n°18. – Actualisation du projet d'établissement	Cr.14/17	●
Pr n°19. – Avancée conséquente de l'outil projet personnalisé	Cr.19/21	●
Pr n°20. – Amélioration de l'outil projet personnalisé	Cr.19/21	●
Pr n°21. – Affinement de l'outil d'évaluation interne	Cr.22	●
Pr n°22. – Création du Comité de suivi Pacq	Cr.23	●
Pr n°23. – Circulation des RBPP	Cr.24	●
Pr n°24. – Réflexion sur les bonnes pratiques	Cr.24	●

Tableau de la planification

TABLEAU DE PLANIFICATION											
OBJECTIFS	2015	2016		2017		2018		2019		2020	
	2 ^{ème} sem	1 ^{er} sem	2 ^{ème} sem								
remédiations											
Pr.15 Entretien professionnels		●	→								
Pr.23 Circulation des RBPP		●	→								
Pr.24 Réflexion sur les bonnes pratiques		●	→	→	→	→	→	→	→	→	→
améliorations											
Pr.1 Accueil des nouvelles familles		●	→								
Pr.2 Tableau de présence des salariés		●	→								
Pr.4 Tableau de présence des salariés		●	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Pr.6 Participation limitée des résidents		●	→								
Pr.7 Prise en compte souhaits des familles		●	→								
Pr.9 Lisibilité du règlement de fonct.		●	→								
Pr.11 Mise à jour document unique		●	→								
Pr.12 Installation mur d'escalade		●	→								
Pr.13 Partenariat service jeunesse		●	→								
Pr.14 Actualisation fiches de poste		●	→								
Pr.18 Actualisation projet d'établissement		●	→								
Pr.20 Amélioration projet personnalisé		●	→								
Pr.21 Affinement outil d'évaluation interne		●	→	→	→	→	→	→	→	→	→
valorisations											
Pr.3 Qualité positive du respect au résident		●	→								
Pr.5 Participation effective des usagers		●	→								
Pr.8 Conformité des outils de la loi de 2002		●	→								
Pr.10 Optimisation conditions sécurité		●	→								
Pr.16 Qualité soutien aux professionnels		●	→								
Pr.17 Orientation du management		●	→								
Pr.19 Avancée du projet personnalisé		●	→								
Pr.22 Création comité de suivi Pacq		●	→								

Conclusion

La loi de 2002 amène tous les établissements du secteur médico-social à se soumettre à la démarche de l'évaluation. Après une première évaluation interne effectuée en 2010, suivie d'une première évaluation externe menée par le cabinet ITACA en juillet 2012, l'IADES a de nouveau fait appel au cabinet de Francis Alföldi pour mettre en œuvre le second volet de l'évaluation interne.

Assez nouvelle dans le secteur médico-social, la démarche d'évaluation constitue pour les établissements l'occasion de faire le point sur leur fonctionnement. Il s'agit d'une opportunité pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes accueillies. C'est donc avec une réelle motivation que les professionnels de Myosotis se sont livrés une nouvelle fois à l'exercice.

Cette seconde évaluation interne a porté sur 5 grands domaines, chacun d'eux a été évalué en fonction des critères déterminés par la méthode Alföldi.

- la prestation générale de l'établissement (conditions d'accueil, qualité de vie, accompagnement éducatif et thérapeutique).
- le respect des droits et de l'environnement (respect de l'intimité/bienveillance, participation des usagers, droits des usagers, instruments de la loi de 2002).
- l'organisation de l'établissement (ressources humaines, soutien des professionnels, management, finances, logistique).
- le projet d'établissement/projet de services (présentation du document, informations concernant la prestation, l'organisation et l'évaluation interne, mise en forme).
- les projets personnalisés (formalisation du document, participation de l'utilisateur, suivi).
- L'évaluation de la qualité (méthodologie de l'évaluation interne, démarche PACQ, recommandations de l'ANESM, évaluation externe).

Les données émergentes à l'issue de cette évaluation sont cohérentes avec les conclusions de l'évaluation externe : elles montrent que Myosotis est un établissement où les droits des personnes sont respectés, et où les conditions d'accueil sont de bonne qualité.

Bien entendu, il y a également des points à améliorer...

Concernant la prestation :

Il a été pointé que les changements de personnel récurrents constituaient un élément négatif. Sans pouvoir supprimer cet aspect inhérent au fonctionnement, la mise en place d'un outil permettant de les anticiper est prévue.

Concernant les droits et l'environnement :

Comme l'indiquait le rapport de l'évaluation externe, il conviendra de faire davantage référence aux recommandations de l'ANESM et d'organiser une réflexion sur le thème de la bienveillance par le biais d'un intervenant extérieur.

Il conviendra également de continuer à organiser des rencontres avec les familles et à favoriser les échanges avec elles.

Malgré une tentative à l'issue de la première évaluation interne, le règlement de fonctionnement n'a toujours pas été transcrit dans une version accessible aux résidents.

Enfin, des projets comme le « mur d'escalade », le partenariat avec le service jeunesse de la ville de Dourdan... permettront d'ouvrir d'avantage la structure sur l'extérieur ; ces projets pourront concourir à la nécessité de faire changer le regard de la société sur les personnes en situation de handicap.

Enfin, concernant le projet d'établissement :

Sa réécriture, prévue en juin 2016, permettra d'ajouter un complément d'informations sur la prestation, mais également de faire apparaître les projets d'unités, projets qui ont permis d'améliorer la personnalisation de l'accompagnement.

Pour terminer :

Aussi exhaustive soit-elle, une évaluation ne peut pas rendre compte de tous les aspects du fonctionnement d'un établissement. Ainsi, dans 5 ans, viendra le temps de la prochaine évaluation interne. Comme à chaque fois, celle-ci nous permettra d'interroger nos pratiques et de les affiner au plus près des besoins des résidents. Elle permettra également d'aborder certains aspects méritant d'être encore approfondis. Toujours soucieux d'entendre le plus possible la voix des résidents et des salariés, nous aimerions pouvoir leur donner une place encore plus importante dans le procédé d'évaluation, et revenir à l'emploi de questionnaires adaptés, comme cela s'était fait lors de la première évaluation interne.