



RAPPORT EVALUATION EXTERNE
Association
APPARTEMENT DE COORDINATION
THERAPEUTIQUE (A.C.T.) PAGE

10 Rue Leverre 65600 SEMEAC

Tel: 05 62 93 16 94

Email: page65@orange.fr



Chef de projet et évaluatrice : Madame Françoise L'HOTE

Février 2017

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ - Siège Social: 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse - Tel 06 74 36 78 82 - mail: lhote.francoise@orange.fr – SIRET 809 170 897 00015 - RCS Toulouse - APE 8559A –TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 – N° d'organisme de formation 73310773931 Préfecture Région Midi-Pyrénées-
2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION: LE PROCESSUS D’EVALUATION EXTERNE.....	3
1. L’EXIGENCE D’EVALUATION EXTERNE.....	3
2. L’ORGANISME HABILITE : 2A ACCOMPAGNER AUTREMENT	4
CHAPITRE 1 :ELEMENTS DE CADRAGE	6
CHAPITRE 2 : DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D’EVALUATION EXTERNE	14
1. L’EVALUATRICE	15
2. LES ETAPES DE L’EVALUATION EXTERNE.....	15
3. DETAIL DU PLAN D’EVALUATION SUR SITE.....	16
4. LA METHODE ET LES OUTILS DEPOSES PAR L’EVALUATRICE	18
1. LA PRE VISITE	18
2. LA VISITE D’EVALUATION EXTERNE	19
3. LE PRE-RAPPORT ET LE RAPPORT D’EVALUATION EXTERNE :.....	19
CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA DOCUMENTATION DE L’ETABLISSEMENT	20
CHAPITRE 4 : DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS ET RESULTATS DE L’ANALYSE DETAILLEE	32
1. APPRECIATION GLOBALE	32
2. EXAMEN DES SUITES RESERVEES AUX RESULTATS ISSUS DE L’EVALUATION INTERNE.....	40
3. EXAMENS DE CERTAINES THEMATIQUES ET DE REGISTRES SPECIFIQUES	48
<i>Objectifs propres à l’évaluation.....</i>	<i>48</i>
<i>Prise en compte des particularités de l’établissement</i>	<i>54</i>
CHAPITRE 5 : SYNTHESE.....	79
CHAPITRE 6 : PROPOSITIONS ET PRECONISATIONS.....	89
1. ABREGE SELON LE MODELE D’ABREGE DE L’ANESM	89
2. PRECONISATIONS STRATEGIQUES.....	100
3. PRECONISATIONS OPERATIONNELLES.....	101
4. COMMENTAIRES DE L’ETABLISSEMENT SUR L’EVALUATION EXTERNE	103
ANNEXES	103

Introduction: Le processus d'évaluation externe

1. L'exigence d'évaluation externe

L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : territorialisation de l'action sociale, affirmation de la place de l'utilisateur et évaluation de la qualité des activités.

Portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.3121 du Code de l'Action Sociale et des Familles(CASF),

L'évaluation externe régit par le décret n° 2007-975 du 15 Mai 2007 et la circulaire d'application n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 Octobre 2011, porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part :

- Des missions imparties,
- Et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies.

Le décret n° 2007-975 du 15 Mai 2007 et la circulaire d'application n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 Octobre 2011 fixent :

- «les principes déontologiques, les objectifs, l'organisation et la mise en œuvre de l'évaluation effectuée par des organismes habilités»
- Ainsi que la présentation et le contenu des résultats qui en sont issus.

Les champs des évaluations externes et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Pour réaliser leur évaluation externe, les établissements et services sociaux et médico-sociaux(ESSMS) doivent choisir des organismes habilités possédant des qualifications et compétences déterminées par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

2. L'organisme habilité : 2A Accompagner Autrement

2A Accompagner Autrement est habilitée en tant qu'organisme "évaluateur externe" par l'ANESM sous le n° d'habilitation : ° H2015-05-1714



NOM de l'établissement Coordonnées	APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (A.C.T.) PAGE 10 Rue Leverre 65600 SEMEAC Tel : 05 62 93 16 94 Email : page65@orange.fr
Type d'établissement	Etablissement médico-social pour personnes en difficultés spécifiques : APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE
Statut de l'établissement	Association loi 1901 régie par la loi du 1er juillet 1901
Organisme Gestionnaire	Association (A.C.T.) PAGE Sise depuis le 1 ^{er} septembre 2011 10 Rue Leverre 65600 SEMEAC Tel : 05 62 93 16 94 Email : page65@orange.fr
Président de l'association	Monsieur Grégory De OLIVEIRA MARQUES
Directeur	Monsieur Christian BOUHABEN
Trésorière comptable	Madame Madeleine DAVANT
Médecin coordonnateur	Madame Elisabeth SONNECK
Numéro FINESS	650002298
Numéro SIRET	400 002 564 00039
Date d'autorisation Date d'ouverture	Ouverture initiale 30 avril 1993 L'établissement a obtenu une nouvelle autorisation d'ouverture le 04/02/2003
Capacité totale autorisée	7 places Dans une grande maison de « caractère », investie le 1 ^{er} septembre 2011 sont regroupés : * 6 studios, * 1 appartement en semi-collectif d'une capacité d'accueil de deux places.
Public accueilli et particularités	La structure « PAGE » est un lieu de vie et d'accueil qui permet une prise en charge de la personne atteinte de pathologie chronique en situation de précarité nécessitant un accompagnement médical social et psychologique. Conformément à (extrait du décret n° 2002-1227 du 03 octobre 2002). <i>« Les appartements de Coordination Thérapeutique sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical de manière à</i>

	<p><i>assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. »</i></p>
Habilitation	<p>Capacité totale : 10 appartements équipés de coins cuisine et de cabinets de toilette privatifs, dont 1 à 2 lits et un grand appartement avec un grand lit, une cuisine et salle de bain séparées, pouvant accueillir un couple.</p> <p>Autorisées et mises en service : 7 places</p>
Moyens humains	<p>Salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Directeur (1ETP) - 1 moniteur éducateur (1ETP) - 1 médecin coordonnateur (0.20 ETP) - 1 IDE COORDINATRICE (0.5 ETP) <p>Intervenants extérieurs : actuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Psychologue (vacation temps d'intervention annuel), - 1 Psychothérapeute (vacation temps d'intervention annuel), - 3 infirmiers libéraux selon prescriptions individuelles. <p>Stagiaires :</p> <p>Stagiaires en 2015 : 2 stagiaires en 2016 : 0 stagiaire en raison de la modification d'équipe</p>
Convention Collective	CC 3116 (66)
Situation géographique et accès	<p>Situé 10 Rue Leverre 65600 SEMEAC commune de 4 713 habitants faisant partie de la communauté d'agglomération du Grand Tarbes à 1.2 Km de Tarbes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La villa hébergeant les Appartements de Coordination Thérapeutique est située dans la petite ville de Séméac. Le lieu offre une qualité de vie effective, il est adapté et convivial. <p>Proche d'associations culturelles mais aussi sportives et sociales, il offre aux résidents des supports d'intégration, et l'opportunité de la mobilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accès aux différents commerces et administrations est facilité par la ligne de bus. <p>1 arrêt de bus se situe juste à la sortie de la résidence puis un autre à 190m de la résidence.</p> <p>La gare SNCF est à 3.4 km et dessert facilement les grandes métropoles françaises.</p> <p>L'aéroport de Tarbes se situe à 15.3 Km.</p> <p>Un véhicule de service est à disposition pour accompagner les résidents, si besoin, lors de leurs divers rendez-vous médicaux, administratifs, professionnels et contribuer à leur vie sociale et leur inclusion dans la cité.</p> <p>Sur réservation, un taxi ou un VSL, peuvent être</p>

	commandés par les résidents.
Organisation environnante (parc, commerce, église, poste,...)	La résidence est située dans une zone résidentielle. L'essentiel des commerces de la vie courante sont présents au centre de Séméac : Bureau de Poste, boulangerie, épicerie, marchands de journaux, coiffeurs, pharmacie, cinéma, médiathèque, église.

120.100
Version 4.00
29/01/2016

ORGANIGRAMME DES ACT « PAGE »

Administration

Missions :

Accueil, dossiers, budget, GRH

Responsables :

Président,
Directeur,
Trésorière – comptable

Service médical

Missions :

Coordination des soins avec l'équipe et les partenaires, informations, prévention

Responsable : Médecin

Gestion :
Médecin, Infirmière coordinatrice,
Infirmières Diplômées d'Etat,
Equipe pluridisciplinaire.

Service social

Missions :

Suivi global des usagers en lien avec les partenaires et les familles

Responsable :

Directeur,

RH : 3

1 travailleur social T. plein

Service psychologique

Missions :

Supervision équipe

Responsable :

Directeur,

RH : 2

1 psychologue (à la vacation)
1 psychothérapeute (à la vacation)

Chapitre 1 : éléments de cadrage

1. Missions et objectifs de l'établissement

Missions et Objectifs	Missions : -les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) de la structure
------------------------------	---

« Page », sont soumis à la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'association fonctionne sans interruption, elle accueille et héberge à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire.

Celle-ci comprend au moins un médecin, exerçant le cas échéant à temps partiel.» (Circulaire interministérielle N DGCS-SD5C-DGS-DSS-2012-199 du 7 juin 2012).

La structure « PAGE » est donc un lieu de vie et d'accueil qui permet une prise en charge de la personne en difficulté confrontée à une pathologie et en situation d'exclusion.

Ses missions sont :

- D'assurer l'accueil du résident, son hébergement, ainsi que l'accompagnement et le soutien nécessaire afin d'accéder à une meilleure autonomie,
- De favoriser l'accès aux soins et leur continuité grâce à la coordination des différents intervenants du réseau de soins,
- De permettre l'accès au logement, aux formations, à l'emploi favorisant sa réinsertion,
- De faciliter la restauration des liens sociaux,
- De permettre l'intégration dans le quartier et dans la ville.

-L'Établissement est inscrit dans le réseau de santé et socio culturel local :

Objectifs :

-Le fil conducteur des activités et de la qualité des prestations de l'établissement est la bienveillance des résidents.

-Cadre de vie et Organisation de la vie en résidence favorisant :

- Le respect des droits individuels,
- La participation des résidents.

-Projet de soins et projet d'éducation thérapeutique pour une prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents.

-Projet individuel, droit individuel et maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne, avec accompagnement de la situation de dépendance.

-Projet personnalisé prenant en compte les besoins et attentes des résidents.

-Projet socio-éducatif en lien avec le Projet Individualisé.

-Poursuivre la démarche qualité engagée par l'établissement.

2. Cadre réglementaire de l'activité

Cadre réglementaire	<p>Les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement des Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) de la structure « Page » se réfèrent à des textes législatifs et réglementaires :</p> <p>Les principaux textes de référence sont : (liste non exhaustive)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le Code de la Santé Publique ; -Le code du travail ; -Le code pénal ; -Le code de la sécurité sociale ; -Le Code Général des collectivités territoriales ; -La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale -La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ; -les RBPP de l'ANESM; -Le décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements ; -Le décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique; -La circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT) ; -Le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux ; Le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 (fixant le contenu du cahier des charges); L'annexe 3-10 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe ; -La loi de 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées; -Le décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge; -La circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles ; -L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à article L. 311-4 du CASF ; -Le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF ; -Le décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF ; -Le décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles ; -Le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF. -L'Instruction ministérielle DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance, -La Circulaire DGCS/2A no 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, -Le décret n° 2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ; -L'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions
----------------------------	--

d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements ;

- La loi du 17 juillet 1978 posant un principe général de libre accès aux documents administratifs ;
- La loi du 2 janvier 2002 disposant que « la personne prise en charge par un établissement a un droit d'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ». Lesdites dispositions concernent aujourd'hui l'accès aux origines, soumis à un régime particulier (cf. CNAOP) ;
- La loi du 4 mars consacrant, pour les malades, un droit général d'accès aux informations relatives à leur santé, détenues par des professionnels et des établissements de santé (code de la santé publique, article L1 111-7, alinéa 1 Cr).
- L'article 226-13 de Code pénal, concernant le secret professionnel ;
- Le décret n° 2000-1033 du 17.10.00 portant publication de l'accord sur le transfert de corps des personnes décédées.
- Le décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- L'arrêté du 7 juillet 2005 modifié fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles;
- L'arrêté du 8 août 2005 modifiant l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- L'arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques ;
- L'arrêté du 19 novembre 2001, relatif aux structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées,
- Le décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007 pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile ;
- L'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire ;
- L' article R 4121-1 à 4121-4 du Code du travail concernant le document unique ;

3. Principales spécificités des personnes accueillies ou accompagnées et données d'activité

	N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Nombre de places	7	7	7	7	7	7
Taux d'occupation	84.22%	95.55%	98.55%	98.20%	95,58%	99,53%
Nombre d'entrées	5	4	4	5	4	4

Nombre de sorties	6	4	4	5	4	5
Moyenne de séjour	12 mois	16 mois	16 mois	15 mois	18 mois	17 mois

Hébergement Autorisé	Hébergement disponible
----------------------	------------------------

Nombre de /places autorisées : 7	6 studios, 1 appartement en semi-collectif d'une capacité d'accueil de 2 places 1 grand appartement lit 2 places, cuisine et salle de bain séparées pouvant loger un couple.
----------------------------------	--

Candidatures :

Pour une grande majorité, la demande est motivée par une dégradation progressive de l'état de santé, liée :

- à des complications de la pathologie,
- ou au diagnostic d'une nouvelle pathologie,
- ou la mise en place d'un traitement lourd,

qui nécessitent une observance, mais aussi un logement qui permette les prises régulières du traitement afin d'éviter les risques d'interruptions thérapeutiques.

A titre illustratif :

Durant l'année 2015, les appartements thérapeutiques PAGE ont reçu 24 candidatures.

1 candidature a été refusée (addiction non sevrée).

4 personnes n'ont pas maintenu leur candidature (autre solution).

13 demandes inscrites sur liste d'attente.

1 demande annulée car fin de vie.

5 personnes admises en 2015.

Durant l'année 2015, l'ACT « Page » a accueilli 11 résidents : dont 5 entrées en 2015 : 3 femmes, 2 hommes.

1. Demandes d'admission :

Sexe ratio des résidents:

	2014	2015
Femmes seules :	8	10
Femmes avec enfants :	0	3
Hommes :	18	11
hommes avec enfants :	1	0
couples	0	0

Age des résidents en 2015 :

	2014	2015
de 18 à 25 ans :	1	1
de 26 à 35 ans :	2	4
de 36 à 45 ans :	8	6
de 46 à 60 ans :	15	12
plus de 60 ans :	1	1

Proportionnellement, en 2015 la moyenne d'âge majoritaire se situe encore dans la tranche de 46 à 60 ans.

Provenance géographique des résidents

	2014	2015
Département :	11	10
Département limitrophe :	7	5
Hors département :	9	9

Nous constatons également en 2015, les demandes sont pour moitié en provenance du département mais aussi pour une part importante de la région parisienne.

Recensement des demandes (répertoriées par secteur)

	2014	2015
Centre Hospitalier de Bigorre (Tarbes, Vic Bigorre)	1	
Hôpital spéc Iannemezan 65		
Centre Hospitalier Lourdes 65		
L'Arbizon Bagnères de Bigorre 65	2	
MDS Saint Exupéry 65		
Clinique Ormeau-Réseau ARCADE Tarbes 65	3	2
Le Montaigu Astugue 65		1
Service Logement CG 65		1
UDAF 65	1	1
Clinique Lampre	1	
Défi emploi 65		
MDS Gaston Dreyt		1
Clinique Piétat		1
CHRS Don Bosco 65	1	1
Foyer L'Ermitage 65		
CHUS La Madeleine Lourdes		1
CADA Lannemezan		
ACT Pau	3	
CADA Toulouse		1
Clinique Castelveil		1
Réseau ville hôpital Melun	1	0
Association Aurore	1	0
Association Regar, Auch	1	0
CHU Purpan	0	1
Centre Hospitalier de Pau	2	2
La Case de Santé Toulouse	1	
CHU Bicêtre	1	3
Hôpital Béclère		1
Foyer Sesame 66 Prades	1	
Hopital Saint Louis	1	1
Hopital Carnelle	1	1

Hôpital Paul Brousse, Villejuif		
Hôpital Saint Denis	1	1
Hôpital Mondor, Paris	1	
Centre hospitalier G. Pompidou		
Hôpital Bichat, Paris	1	
Hôpital Avicenne, Bobigny		
CHRU Lille	1	
Hôpital Le Vésinet	1	2
Hopital Jean Jaurès		
Hôpital Cochin		
Hôpital Le Raincy		
Clinique Val Pyrène Font Romeu		1
	27	24

2. Les admissions : usagers présents

Age des personnes accueillies

AGE	2014	2015
de 18 à 25 ans	1	1
de 26 à 35 ans		
de 36 à 45 ans	4	4
de 46 à 55 ans	5	3
de 56 à 65 ans	3	3

Nous constatons que dans l'accueil des personnes, les zones majoritaires se situent dans les tranches de 36 à 45 ans puis, en suivant dans la tranche de 46 à 55 ans, avec une population vieillissante également (56 à 65 ans).

Sexe ratio des résidents accueillis:

	2014	2015
nombre total :	13	11
femmes	5	4
hommes	8	7

Environnement familial

Contact avec la famille	Rupture familiale
2014 = 12 pers. bénéficiaient de liens familiaux	1 pers. se retrouvait en rupture familiale
2015 = 9 personnes avaient des liens familiaux	2 personnes étaient en rupture familiale

Origine géographique des résidents accueillis

	2014	2015
département	6	4
département limitrophe		1
hors département	7	6

Hébergement à l'entrée

A l'entrée : hôpital : 7 ; CHRS : 2 ; hébergement provisoire amical : 2 ; Sans hébergement : 7 (tous sans domicile fixe)

A la sortie : retour en appartement : 4

L'accueil en Appartements de Coordination Thérapeutique constitue un tremplin qui permet à chacun d'accéder dignement à un dispositif d'accès aux soins avec un accompagnement personnalisé.

Ressources des personnes accueillies à l'entrée: en 2015

A l'entrée : RSA :1 ; AAH :0; ATA:2 ; retraite: 1; sans ressource: 6; IJ: 1, formation rémunérée: 0.

La plupart des personnes sans ressources sont des demandeurs d'asile ayant constitué une demande d'accueil pour personne malade, (obtention en cours de séjour, d'un titre de séjour).

A la sortie : AAH 4; RSA+ retraite: 1; Pôle Emploi: 2; retraite + AAH: 1

Couverture sociale : en 2015

A l'entrée : Assurés sociaux 11 : 100% ALD 6 ; régime général / mutuelle : 1 ; CMU : 6 ; AME : 4

A la sortie : Assurés sociaux : 4 : 100% ALD : 4; CMU complémentaire : 4

Répartition des usagers présents en 2015 :

Groupe I: VIH 4 personnes	VIH		2
	VIH +	Tuberculose, HTA	1
	VIH +	Cancer	1
Groupe II: 7 personnes	Pathologies infectieuses	VHC	1
	Pathologies cardio-vasculaires	AVC Hémorragique	1
		AVC Ischémique	1
	Pathologies neurologiques	Encéphalopathie type MERS	1
	Pathologies psychiatriques	Dépression sévère+ HTA	2
	Pathologies auto-immunes	Sharp+dépression+HTA+DMLA	1

Chapitre 2 : Descriptif de la procédure d'évaluation externe

Les attentes de l'établissement quant à cette évaluation externe telle que définie dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 ont été hiérarchisées comme tel :

- Maintenir et renforcer le dynamisme de la démarche qualité et de la gestion des risques afin d'optimiser la satisfaction des résidents ;
- Mettre en valeur les originalités de l'établissement ;
- Bénéficier d'un regard extérieur de professionnels du secteur social ou médico-social ;
- Confirmer ou infirmer les résultats de l'évaluation interne.

Les champs d'analyse de l'évaluation externe sont les mêmes que ceux de l'évaluation interne afin d'en assurer la complémentarité et apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Adaptation de l'évaluation aux spécificités de l'établissement

Notre questionnaire évaluatif est adapté à l'établissement au regard notamment :

- des orientations et des missions de l'organisme gestionnaire ;
- des recommandations de bonnes pratiques concernant spécifiquement l'établissement ;
- du profil des populations accompagnées et de leur évolution ;
- des objectifs de l'accompagnement.

Réalisation de l'évaluation et recueil des informations

- L'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire (différentes expertises : gouvernance, santé, social, hébergement, hygiène, qualité, ressources humaines).
- Le recueil d'informations s'appuie sur l'étude des documents, l'observation des pratiques, des visites et des entretiens individuels ou collectifs des professionnels de jour et de nuit, des usagers et de leurs proches, des stagiaires...
- La recherche et la mise en évidence des progrès ;
- L'attention portée aux points critiques ;
- L'appréciation de la qualité de la bientraitance, individualisation de l'accompagnement, contrainte institutionnelle, capacité de l'adaptation.
- Toutes les informations collectées par les évaluateurs sont validées par les personnes concernées à l'issue de chaque entretien.

Prise en compte par l'évaluatrice des bonnes pratiques professionnelles

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM se situent à l'interface d'une logique d'évaluation et d'une logique d'amélioration continue de la qualité, dans le droit fil des principes de la loi du 2 janvier 2002.

Elles s'inscrivent au sein de 7 programmes :

- les fondamentaux,
- l'expression et la participation,
- les points de vigilance, la prévention des risques,
- le soutien aux professionnels,
- les relations avec l'environnement,
- les relations avec la famille et les proches,
- la qualité de vie.

L'évaluatrice utilise la méthodologie des synthèses des différents axes d'évaluation proposés par l'ANESM :

- Cadre évaluatif dans la phase 1 :

Décliné autour des objectifs (les effets attendus pour les résidents)

- Recueil d'information dans la phase 2 :

- Questionnement pour connaître les dispositions mises en place,
- Questionnement pour observer les pratiques,
- Questionnement pour observer les effets sur les usagers.

- Analyse des écarts dans la phase 3

- Préconisations,
- Les indicateurs d'évaluation utilisés,
- Le niveau de conformité :
- Respect de la réglementation,
- Respect des recommandations de bonnes pratiques,
- Le niveau d'effectivité :
 - Respect des engagements pris.
 - Respect de la délivrance de l'intervention par les acteurs, modalités de suivi.
- Le niveau de pertinence :
 - Cohérence de l'intervention mise en œuvre au regard des besoins et attentes des personnes accueillies et/ou de la mission allouée à la structure et des exigences du secteur.
 - Ajustement et adaptation de l'intervention mise en œuvre au regard des besoins et attentes des personnes accueillies et/ou de la mission allouée à la structure et des exigences du secteur.
- Articulation des interventions entre elles.
- Le niveau des résultats :
 - Effets mesurables quantitatifs et qualitatifs de l'intervention (prévus ou induits).

1. L'évaluatrice

Françoise L'HOTE (Cf. CV en Annexe 2)

2. Les étapes de l'évaluation externe

Phase 1	Examen documentaire	A partir du 03 11 2016
Phase 2	Elaboration du plan d'évaluation et du questionnaire évaluatif	18 Novembre 2016
Phase 3	Evaluation sur site	08 et 15 décembre 2016
Phase 4	Remise du pré-rapport Mise en débat du pré-rapport et potentielles observations de l'établissement	06 janvier 2017
Phase 5	Remise du rapport définitif	20 février 2017

3. Détail du plan d'évaluation sur site

Jour 1 : 08 décembre 2016

Horaires	Domaines	Equipe rencontrée
9h00 9h15	Accueil	Direction
9h15- 09h30	Visite des locaux	Direction
09h30 09h45	Rencontre d'un résident: dans le cadre de son accompagnement dans les actes de la vie quotidienne : aide à la toilette, soins prescrits, et aide à la prise de repas, dans le respect du projet personnalisé du résident	Rencontre d'un résident
9h45 10h00	Accompagnement des salariés, Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel Relations partenaires, prestataires, extérieurs Prévention de la fatigabilité au travail, cohésion sociale	Appel téléphonique du psychologue
10h00- 10h30	Réunion d'ouverture avec monsieur le Directeur et l'ensemble du personnel salarié	Direction et Conseil d'administration
10h30 11h30	Dossier de soins des résidents, Dossier de liaison d'urgence, Evaluation des traitements, Coordination soins: Circuit du médicament et déchets à risques infectieux, respects des bonnes pratiques de soins, en lien avec le projet personnalisé de la personne accueillie Situations de crises sanitaires	Direction Médecin coordonnateur IDEC
11h30 12h30	Projet personnalisé du résident	Direction Psychologue Médecin coordonnateur Moniteur éducateur IDEC
12h30 13h00	Cohésion sociale	Direction Psychologue
13h00 14h00	Déjeuner	

14h00 16h30	L'adéquation des objectifs du Projet d'Etablissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties Capacités de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation, Effectivité du Projet d'Etablissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits, Capacités de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions Accueil, hébergement	Direction
16h30 17h00	Prise en compte des enjeux de personnalisation de l'écoute y compris dans le traitement des demandes en urgence Accueil et parcours accompagnement social et culturel du résident	Direction Moniteur éducateur
17h00 18h00	Thème bientraitance Prévention de la maltraitance	Direction Moniteur éducateur
18h00 18h30	Projet personnalisé d'Accompagnement Expression et participation individuelle et collective des résidents, Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponse apportées aux usagers	Membre du CVS, résident et ou sa famille
18h30 19h00	Réunion de synthèse de la première journée avec la direction	Direction

Jour 2 : 15 décembre 2016

Horaires	Domaines	Equipe rencontrée
9h00	Démarrage de la journée	Gouvernance : Direction
9h30 10h	Accueil téléphonique	Gouvernance : Direction
10h00 10h45	Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, relations partenaires, fournisseurs, prestataires, extérieurs	Appels téléphoniques Pharmacie, Partenaire conventionné
10h45 11h45	Activités et qualité des prestations au regard des droits des usagers et des conditions de réalisation du projet personnalisé 3-1	Gouvernance : Représentant du CA : Direction Secrétaire de l'association
11h45 12h00	Accueil, hébergement, Aide aux courses, accompagnement	Direction

	dans les actes de la vie quotidienne : exemple repas : toilette.	Moniteur éducateur, résident accompagné
12h00 13h00	Déjeuner	
13h00 13h30	Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique, partenariats de l'ACT avec les partenaires dans le respect du Projet Individualisé du résident	UDAF 65 Gouvernance : Direction
13h30 14h15	Gestion administrative et sociale du résident	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction
14h15 15h00	Gestion des ressources humaines	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction
15H00- 16h30	Lien entre évaluation interne et évaluation externe	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction
16h30 17h30	Sécurité, gestion des risques et fonctions logistiques	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction
17h30 18h30	Thème bienveillance Prévention de la maltraitance	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction
18h30 19h00	Synthèse	Gouvernance : Représentante du CA : trésorière de l'association Direction

4. La méthode et les outils déployés par l'évaluatrice

L'évaluation externe s'effectue en 2 temps : la pré-visite puis la visite.

1. La pré visite

Quelques semaines avant la visite d'évaluation, l'évaluatrice prend contact avec l'établissement pour valider avec la direction le cadre évaluatif et le champ physique de l'évaluation.

Elle organise le déroulé de l'évaluation sur site: préparation des données statistiques permettant de connaître les caractéristiques des personnes accueillies, planification des rendez-vous et entretiens, recueil des principaux documents et préparation des documents qu'elle consultera sur place...

L'évaluatrice présente la méthodologie et se met d'accord avec la direction sur l'utilisation du référentiel utilisé.

Le référentiel utilisé pour l'évaluation externe est construit sur la législation en vigueur, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, les référentiels existants.

2. La visite d'évaluation externe

L'évaluatrice est physiquement présente 2 jours au sein de l'établissement.

Ces 2 jours sont dédiés au relevé de faits, à l'étude documentaire, aux entretiens programmés et non programmés.

L'objectif n'est pas de mettre en difficulté une équipe, mais d'aider à l'amélioration continue de la qualité.

Cette étape est l'occasion d'échanger avec les professionnels et l'information la plus complète est une des conditions sine qua non de réussite de l'évaluation externe.

Un temps est consacré à la préparation de la restitution orale des résultats aux professionnels de l'établissement évalué.

Les résultats synthèse de l'analyse et préconisations principales sont présentés en fin de dernière journée.

L'évaluatrice se place du point de vue de l'utilisateur qui vit dans l'E.S.M.S observé.

Elle note les facteurs qui valorisent ou dévalorisent les usagers au sein de l'établissement.

Elle observe les activités qui concourent à maintenir l'autonomie et le bien être des personnes accueillies.

Ce travail permet de faire émerger les forces et les défis qui sont restitués à l'équipe de professionnels de l'E.S.M.S.

Enfin, des préconisations sont faites à l'établissement dans le cadre de l'amélioration continue de qualité.

La visite d'évaluation externe s'est déroulée les 08 et 15 décembre 2016.

3. le pré-rapport et le rapport d'évaluation externe :

Suite à l'évaluation, le pré-rapport d'évaluation externe est envoyé au chef d'établissement dans les délais impartis.

Celui-ci dispose alors d'un droit de dénonciation sur des points précis du rapport. Les évaluateurs enregistrent ces remarques et se réservent le droit de modifier ou non le rapport final.

L'évaluatrice adresse le rapport d'évaluation externe définitif à la direction de l'établissement évalué, charge à elle de le transmettre à ses autorités de tarification.

Un autre exemplaire écrit du rapport est conservé par **2A Accompagner Autrement**, qui en garantit la totale confidentialité.

Chapitre 3 : Analyse de la documentation de l'établissement

L'ensemble des documents demandés a été remis en version informatique par l'établissement du 03 au 04 11 2016 ou observés sur site

Titre du Document	Commentaire des évaluateurs externes (Existence/Pertinence/Cohérence)	Propositions des évaluateurs.
Document public permettant d'identifier la personne gestionnaire et l'autorisation d'ouverture	<p>Transmis le 03 11 2016 : Autorisation</p> <p>Dénomination sociale : APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (A.C.T.) « PAGE »</p> <p>Structure juridique : Association loi 1901</p> <p>Président : Monsieur Grégory De OLIVEIRA MARQUES</p> <p>Directeur: Monsieur Christian BOUHABEN</p> <p>Ouverture : 15/09/1996</p> <p>Dernier renouvellement de l'agrément : 04/02/2003</p> <p>Tous les agréments des établissements sont disponibles dans le bureau de la direction.</p>	
Projet d'Etablissement	<p>Transmis le 04 11 2016</p> <p>Document de 31 pages daté de 2008 Les missions imparties apparaissent. Les profils de résidents, sont indiqués.</p> <p>La version écrite du Projet d'Etablissement ne rend pas compte, - des nouveaux moyens mis en œuvre dans la villa de caractère adaptée pour les besoins des personnes accueillies, investie le 1^{er} septembre 2011.</p> <p>-de la réalité positive et adaptée des nombreuses réflexions, et actions menées liées à l'éthique, la bienveillance, le respect des droits des usagers, des coopérations visant à favoriser l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur</p>	<p>Le Projet d'Etablissement sera à refaire sur la base d'un travail collectif coordonné par Monsieur le Directeur dans les plus brefs délais, à l'issue de l'évaluation externe.</p> <p>Il serait nécessaire d'y incrémenter quelques statistiques repérantes permettant de mieux identifier les personnes accueillies et l'orientation que prendront les missions en fonction des besoins repérés.</p> <p>Il intègrera une description des nouveaux locaux, investis depuis le 1^{er} septembre 2011 en lien avec les besoins repérés des résidents</p> <p>Un paragraphe à part entière</p>

		<p>pourra y être développé sur les droits des résidents dont le respect s'est révélé une valeur phare de l'association, au vu des observations des 08 et 15 12 2016. Les valeurs d'éthiques et de bienveillance au travail dans l'établissement ;</p> <p>La politique de gestion des risques, très présente dans l'établissement,</p> <p>L'ouverture de l'établissement sur son environnement, seront des thèmes à aborder dans le futur projet, d'autant que depuis 2013, ils ont été particulièrement mis au travail dans la structure.</p> <p>Ce prochain projet devra, de même présenter un bilan et des objectifs concernant les actions d'amélioration à mettre en place, en cohérence avec les recommandations des évaluations interne (janvier 2015.) et externe, et dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de l'établissement.</p> <p>Une synthèse du Projet d'Etablissement pourra ensuite être réalisée, pour communication aux professionnels, usagers et partenaires.</p>
<p>Evaluation interne 2008 et plan d'action d'amélioration</p>	<p>Consultée sur site :</p> <p>Evaluation interne effectuée en 2008, sur la base du référentiel FNH-VIH, avec l'accompagnement d'un consultant extérieur.</p> <p>Le plan d'amélioration posé a été mis en œuvre et largement développé pour une démarche d'amélioration par la qualité.</p> <p>Depuis les conditions objectives de fonctionnement, ont subi des modifications profondes sur plusieurs registres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achat et aménagement du nouveau site de la structure, avec les changements inhérents à ce 	<p>On peut affirmer, que les principaux axes d'amélioration, posés en 2008, ont été réalisés, et l'évaluation interne présente, ne fait que constater la progression permanente d'un établissement inscrit dans une démarche continue de progression par la qualité.</p>

	<p>déménagement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La composition de l'équipe repensée : <p>-Arrivée d'un médecin coordinateur, -Recomposition de l'équipe à la faveur de départs pour répondre aux besoins de la population accompagnée, diversifier l'offre et adapter le plateau technique.</p> <p>En accord avec l'ARS, l'ACT a opté pour une stratégie de réévaluation interne fin 2014 début 2015, qui servira de base à l'évaluation externe en 2016.</p>	
<p>Evaluation interne Janvier 2015 et plan d'action d'amélioration</p>	<p>Transmis le 04 11 2016</p> <p>Evaluation interne effectuée en janvier 2015 sur la base du même référentiel : FNH-VIH,</p> <p>Le document relatif à l'évaluation interne a été rédigé. Le plan d'action est écrit.</p> <p>Les parties : présentation de l'ACT et méthodologie : sont claires et lisibles.</p> <p>La partie: présentation des résultats, avec une forme claire, standardisée présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'objet de l'évaluation, -les forces et faiblesses, -les axes d'amélioration. <p>L'évaluation interne présente des axes d'améliorations sur chacun des items, avec une proposition de planning de mise en œuvre validée par l'établissement.</p> <p>1 tableau de bord de suivi des objectifs a été mis en place, avec une programmation des actions d'amélioration de la qualité sur 2016 et 2017.</p>	

<p>Rapport d'activité 2015</p>	<p>Transmis le 22 11 2016</p> <p>Ce document relatif à l'exercice 2015, permet d'identifier les demandes d'accueil et d'accompagnement de l'ACT PAGE, et d'identifier les profils des personnes accueillies, et leur grande précarité et fragilité en regard des missions imparties de l'ACT.</p> <p>Pour une grande majorité, la demande des résidents passe par des prescripteurs de soins ou des acteurs sociaux. Elle est motivée par une dégradation progressive de l'état de santé, liée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à des complications de la pathologie, • ou au diagnostic d'une nouvelle pathologie, • ou la mise en place d'un traitement lourd, <p>qui nécessitent une observance, mais aussi un logement qui permette les prises régulières du traitement afin d'éviter les risques d'interruptions thérapeutiques.</p>	
<p>Rapport d'Activité médicale</p>	<p>Transmis le 22 11 2016</p> <p>Ce document relatif à l'exercice 2015, réalisé par le précédent médecin coordinateur, permet d'identifier les besoins en termes de soins des personnes accueillies dans les Appartements de Coordination Thérapeutique de l'association.</p>	
<p>Document intitulé projet</p>	<p>Transmis le 22 11 2016</p> <p>Ce document atteste du dynamisme de l'association et des partenariats engagés pour concourir à l'accompagnement socio-culturel des personnes accueillies.</p>	

<p>Livret d'accueil du résident auquel sont annexés, la charte de bienveillance et le règlement de fonctionnement</p>	<p>Transmis le 03 11 2016</p> <p>Le livret d'accueil remis à jour le 29 janvier 2016 auquel sont annexés la charte de bienveillance et le règlement de fonctionnement, est disponible dans l'établissement : il est remis à l'entrée du résident selon une procédure formalisée pour l'admission et est conforme aux attendus règlementaires.</p> <p>L'ensemble de ces documents sont aussi formalisés sur le site de l'association.</p> <p><i>-La circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles ;</i></p> <p><i>- L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF ;</i></p> <p><i>- Le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF ;</i></p> <p><i>-En application de l'art. L. 331-5 du CASF, la liste des personnes qualifiées est donnée dans le document.</i></p>	<p>Les moyens d'accès pourraient y être complétés avec les coordonnées des compagnies de bus et/ou les numéros de ligne à emprunter.</p>
<p>Conseil de vie Sociale</p>	<p>Transmis le 04 11 2016</p> <p>Le règlement du conseil de vie sociale, et un compte rendu du conseil de vie sociale du 26 01 2016</p> <p>Consulté sur site :</p> <p>Les procès-verbaux des différents CVS sont réalisés 3 fois par an. Ils sont validés en séance, écrits par un ou une résidente accompagnés de l'éducateur puis affichés sur le panneau de la salle à manger destiné à tous les résidents.</p>	<p>Les éléments fournis le 04 11 2016 complétés par ceux observés sur site permettent de constater que l'association développe, auprès des usagers et des professionnels, une culture favorisant l'expression et la participation des usagers en lien avec la RBPP-ANESM « <i>Expression et participation</i> » p.16 et suivantes et le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF.</p> <p>L'association ACT « PAGE » n'a pas mis en place à proprement parlé un Conseil de Vie Sociale mais ainsi que le prévoit le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 à défaut d'un conseil de vie sociale trop lourd dans sa mise en application, un groupe</p>

		<p>d'expression permettant le recueil de la parole collective des usagers est en place. <i>« Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation ».</i></p> <p>Veiller à maintenir à minima 3 réunions par an du comité de résidents.</p>
<p>Enquête et Questionnaire de Satisfaction des résidents</p>	<p>Transmis le 04 11 2016 : Formulaire d'enquête de satisfaction version 2 du 21 02 2013</p> <p>Transmis le 22 11 2016 Résultats des enquêtes des : -1^{er} semestre 2015 -2^{ème} semestre 2015</p> <p>Fréquence 2 fois par an, puis à la sortie du résident.</p> <p>ACT « PAGE » propose un questionnaire individuel de satisfaction à destination des usagers. Ce document est très complet. Il vient interroger les ressentis des usagers tant sur la partie hébergement que sur les activités proposées. Il permet un recueil précis, adapté aux capacités de compréhension du public accueilli de nature à recueillir l'expression des personnes accueillies et à optimiser la qualité de leur accueil et leur accompagnement.</p>	<p>Les analyses de ces enquêtes donnent à voir des résidents satisfaits de l'accueil et de l'accompagnement proposé par l'ACT PAGE.</p>
<p>Document intitulé rapport d'activité de la psychologue</p>	<p>Transmis le 22 11 2016 Décrit de champ d'intervention de la psychologue vacataire et permet de constater qu'elle est totalement intégrée à l'équipe de professionnels de l'ACT, et qu'elle participe à l'ensemble des réunions, dont les synthèses concernant le projet individuel des résidents.</p>	
<p>Etudes de situations</p>	<p>Transmises le 22 11 2016 Ces études de situations sont rédigées par la psychologue avec le résident et renseignent sur l'histoire de vie, le parcours de la personne accueillie, et son évolution au sein de la structure, elles permettent de renseigner le Projet Individualisé du résident et peuvent contribuer à constituer une base pour la mise en</p>	

	œuvre d'objectifs contractualisés, discutés tout d'abord en réunion de synthèse pluri disciplinaire, puis avec la personne accueillie, dans le cadre de son projet d'accompagnement personnalisé.	
Protocole à suivre pour les entretiens individuels	<p>Transmis le 04 11 2016 : Protocole diffusé le 24/10/14 pour permettre l'expression individuelle des usagers. Cette procédure permet de recueillir l'expression individuelle des personnes accueillies, mais aussi leur consentement éclairé.</p>	
Accueil et admission	<p>Transmis le 04 11 2016 Le protocole de démarches à effectuer avant l'admission diffusé le : 26/02/09 permet de préparer l'accueil des résidents à leur arrivée. La procédure d'admission diffusée le 29/07/08 : en décrit les modalités d'admissibilité, la formalisation de la réponse rendue, les entretiens (médical et social) d'admission, l'admission, l'organisation de la liste d'attente, l'accueil dans le logement et les entretiens d'accueil permettant d'objectiver le Projet Individualisé, le contrat de séjour auquel sont annexés les objectifs du projet individuel de la personne accueillies</p>	<p>Fait remarquable : en fonction des possibilités d'accueil et selon la provenance de l'utilisateur, celui-ci peut être hébergé pour assister à cet entretien préalable à l'admission.</p>
Contrat de séjour	<p>Consulté sur site: conforme aux exigences et réalisé au moment de l'admission définitive du résident.</p>	
Mise en place des projets d'Accompagnement personnalisés	<p>Consultés sur site : Appelés Projets Individualisés dans la structure.</p>	
Charte de bientraitance	<p>Transmise le 04 11 2016, diffusée le 18/11/13 : cette charte, intégrée dans la réflexion de l'association constitue un support engageant dans un projet institutionnel sur la bientraitance. Elle s'inscrit dans une perspective de questionnement permanent de la pratique professionnelle en vue de l'accompagnement optimisé des personnes accueillies. Elle traduit les valeurs professionnelles fortes</p>	<p>Les réflexions, analyses de pratiques, et travaux sur la bientraitance, au travail dans l'établissement doivent être abordées dans un paragraphe dédié sur le prochain Projet d'Etablissement.</p>

	autour de la bientraitance auxquelles sont attachés les professionnels.	
Charte Ethique de l'association	Diffusée le 24/01/2013 dans sa version 2 : elle rappelle la mission, l'ambition, les valeurs, les engagements et les principes d'excellence qui constituent le cadre naturel de la mission d'accueil et d'accompagnement proposée par l'association.	Ce travail conséquent sur l'éthique gagnerait à être développé dans un paragraphe à part entière dans le prochain Projet d'Etablissement.
Fiche de signalement	<p>Une fiche de signalement diffusée le 15/11/2013, permet l'alerte sur tout acte de maltraitance en conformité avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La RBPP de l'ANESM : La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, -L'article L. 312-8 du CASF, -L'Instruction ministérielle DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance ... -La Circulaire DGCS/2A no 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS; -Le ministère du travail, de l'emploi et de la santé ministère des solidarités et de la cohésion sociale BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/10 du 15 novembre 2011, Page 267... 	
Organigramme	Transmis le 03 11 2016	
Livret d'accueil du salarié Et procédure d'accueil du stagiaire	<p>Transmis le 04 11 2016 diffusé dans sa quatrième version le 29 01 2016</p> <p>Il existe une procédure d'accueil du nouveau personnel et des stagiaires.</p> <p>Le livret d'accueil du salarié est un document de 9 pages qui formalise l'ensemble du dispositif d'accueil du salarié :</p> <p>Un « tuteur » est nommé pour accompagner tout nouveau salarié et favoriser son adaptation et son intégration durant la période d'essai.</p>	L'accueil des nouveaux salariés constitue une force de l'organisation mise en place, et gagnerait à être détaillée dans le futur Projet d'Établissement.

	<p>Le livret d'accueil du nouveau salarié permet de le renseigner sur les points concernant particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la présentation générale de l'ACT « PAGE », -Le Projet d'Etablissement, -Le contrat de travail, -Le règlement intérieur et la discipline, -Les informations relatives à la rémunération, -La formation, -La vie sociale au sein de la structure, -Les conseils pratiques utiles à tous les salariés, -Les sanctions au défaut de transmission d'informations préoccupantes, de signalement. 	
Règlement intérieur	<p>Transmis le 04 11 2016:</p> <p>Le règlement intérieur existe. Sa présentation et son contenu sont conformes aux exigences réglementaires de <i>L'article L.122-33 du Code du travail</i> Il organise la vie quotidienne des salariés sur leur lieu de travail et est représentatif de l'activité de l'établissement.</p>	
Enquête de satisfaction du salarié	<p>Trame d'enquête de satisfaction Dans sa version 2 : du 21/02/2013 Transmise le 03 11 2016</p> <p>Enquête réalisée une fois par an auprès des salariés.</p> <p>De nature à identifier pour prévenir la fatigabilité au travail, cette enquête de satisfaction des professionnels anonyme identifie la fonction du professionnel pour en faciliter son analyse utile notamment à la mise à jour permanente du DU.</p> <p>Sa finalité est de comprendre les attentes des salariés et leur relation au travail pour améliorer la gestion des ressources humaines.</p>	<p>Un paragraphe sur la prévention de la fatigabilité au travail, pourrait être formalisé dans le futur Projet d'Etablissement</p>
Document unique	<p>Transmis le 03 11 2016</p> <p>Document Unique</p> <p>Le document unique existe depuis juin 2014.</p> <p>Il est conforme au décret n° <i>article R</i></p>	<p>Un paragraphe sur la gestion des risques, liés au travail, pourrait être formalisé dans le prochain Projet d'Etablissement.</p>

	<p>4121-1 à 4121-4 du Code du travail Il permet d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs et résidents. La médecine du travail a accompagné l'ACT PAGE dans la formalisation de ce dernier. Il est réactualisé tous les ans. Ce document mis à disposition des professionnels intervenant sur les appartements de coordination thérapeutique ACT « PAGE ». Les fiches de sécurité produit sont mises à disposition des personnels utilisateurs. L'étude sur la pénibilité au travail est réalisée sur la base de questionnaire de satisfaction réalisé 1 fois par an auprès des salariés.</p>	
	<p>Transmise le 03 11 2016 : la procédure pour modification du code de la porte d'entrée : permet à tout personnel de réinitialiser le code de la porte d'entrée permettant de sécuriser le lieu de vie, en l'absence de personnels, pendant la nuit.</p>	<p>Cette procédure permet d'établir, la sécurité de la maison, par rapport à des agressions extérieures.</p>
	<p>Transmise le 03 11 2016 : les consignes de sécurité : en lien avec les accidents, liés à l'électricité et au feu, permettent l'information des résidents et professionnels, pour la prévention des risques dans le respect des textes en vigueur : <i>Art. R. 4141-13, Art. R. 4227-38 du code du travail, Arrêté du 19 novembre 2001 relatif aux structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées, Arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques.</i></p>	
	<p>Transmis le 03 11 2016 : Vérification nouvelle installation électrique et/ou appareil ménager : permet une prévention du risque électrique et d'incendie.</p>	<p>Cette procédure serait à référencer, pour l'intégrer dans la gestion documentaire de la structure. Dans ce contexte : la date de diffusion et le numéro de version seraient à indiquer.</p>
	<p>Transmis le 03 11 2016 : carnet de</p>	

	<p>suivi de véhicule : ce formulaire est à remplir par Monsieur de le Directeur tous les 1000 km, ou après un signalement ou incident concernant le véhicule de service de l'association</p>	
	<p>Consulté sur site :</p> <p>Carnet sanitaire : en place, opérationnel et conforme à la réglementation.</p> <p>Cahier d'entretien du Matériel :</p> <p>: opérationnel et conforme à la réglementation, l'entretien du matériel est programmé et le suivi est tracé.</p>	<p>L'association a mis en place des procédures spécifiques pour</p> <ul style="list-style-type: none"> -La vérification nouvelle installation électrique et/ou appareil ménager, -Les consignes de sécurité incendie, -Le carnet de suivi véhicule
	<p>Observé sur site :</p> <p>Sécurité incendie : conforme 1 visite d'entretien et 2 exercices d'évacuation par an.</p>	
	<p>Observé sur site :</p> <p>Electricité :</p> <p>vérifiée par un prestataire extérieur</p>	
	<p>Bureau de contrôle : Sté DEKRA tous les ans.</p> <p>Ramonage chaudière : Sté LAURENTIN, tous les ans.</p>	

	<p>Consulté sur site</p> <p>Plan Bleu : canicule : en place. le personnel est formé, bouteilles d'eau commandées</p>	
	<p>Consulté sur site</p> <p>Plan grippe A : en place</p> <p>Consulté sur site : un support papier sous forme de classeur est édité en automne tous les ans.</p> <p>Sensibilisation des personnels réalisée lors de formations internes tous les ans.</p>	
Plan de formation (Année)	<p>Évalué sur site: il existe un plan de formation. Correspondant aux besoins analysés par la structure en termes de formation.</p>	
Travail en réseau conventionnement	<p>Les logos des partenaires institutionnels apparaissent sur le site : ARS Midi Pyrénées Languedoc-Roussillon, Mairie de Tarbes, Caisse d'Allocations Familiales, Conseil Général des Hautes Pyrénées, La Fédération</p>	<p>Prévoir d'évaluer la pertinence, l'efficacité et le bénéfice pour les usagers des conventions formalisées.</p>

	Nationale d'Hébergements VIH, la ville de Séméac, l'APF, association Médiane... Conventionnements : évalués sur site	
--	---	--

Cette liste des documents existants au sein de l'établissement n'est pas totalement exhaustive. Il existe de nombreuses procédures et outils d'évaluation des PAP, etc. qui s'inscrivent dans la politique qualité de l'ACT PAGE.

Chapitre 4 : Développements informatifs et résultats de l'analyse détaillée

1. Appréciation globale

1	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>L'adéquation des objectifs du Projet d'Etablissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;</i>	Le Projet d'Etablissement ou de service existe, est à jour et comporte des objectifs à atteindre
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le Projet d'Etablissement
		Les droits des usagers et leurs conditions d'application dans l'établissement sont évoqués dans le Projet d'Etablissement
		Les missions imparties (notamment relativement à l'agrément et aux schémas départemental ou régional) sont explicitées
		Les projets de Vie, projets de Soins et Projets d'animation sont pertinents au regard de la population accueillie

Synthèse et observations	<p>L'ensemble des actions menées sont pertinentes au regard de la population accueillie, le projet d'Etablissement a été élaboré en 2011 et doit être actualisé en 2017.</p> <p>Ce projet s'inscrit explicitement dans les orientations du schéma d'organisation sociale ou médico-sociale dont relève le service, bien qu'il n'y soit pas fait référence.</p> <p>Ainsi que tout projet de l'association, celui-ci a été élaboré à partir d'une méthodologie participative, les salariés ont été associés à cette démarche.</p> <p>Avec l'accord de l'ARS, suite au projet de déménagement discuté, lui aussi en équipe et avec les usagers, ce dernier impliquant une adaptation de son accompagnement, l'ACT « PAGE », a en effet, souhaité réaliser une seconde évaluation interne et l'évaluation externe, avant la reformulation de son Projet d'Etablissement.</p> <p>La première évaluation interne avait eu lieu en 2013, la seconde en 2015.</p> <p>Le nouveau Projet d'Etablissement sera donc à rédiger dans les meilleurs délais, à l'issue de l'évaluation externe selon <i>la RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement »</i>.</p> <p>-Le Projet d'Etablissement actuel recense les besoins des personnes accueillies et l'ensemble des actions menées sont pertinentes au regard de la population accueillie.</p> <p>Il intègre les dimensions de l'accompagnement social et médico-social telles que définies au chapitre II de l'arrêté du 26 avril 1999 <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p30 et 31</i></p> <p>A ce titre, il prévoit l'organisation, l'accompagnement et les modes de sorties des résidents.</p> <p>Les modes d'accompagnement des usagers y sont décrits en adéquation avec les</p>
---------------------------------	--

	<p>besoins repérés et les missions imparties. Toutefois, leur définition, trop généraliste, n'est pas déclinée en objectifs plus opérationnels dans le contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> -de la bienveillance et de l'éthique mise en œuvre dans les modalités d'accompagnement, -du respect des droits des usagers, -du projet personnalisé d'accompagnement, -de la gestion de la sécurité, -de la politique d'ouverture de l'établissement sur son environnement, <p>qui pourtant existent puisqu'on peut, de fait, les observer, déjà à l'œuvre sur le terrain, et qu'ils sont par ailleurs décrits et formalisés dans de nombreux documents et procédures de l'établissement.</p>
<p>Préconisations</p>	<p>Poursuivre les actions engagées dans l'accompagnement des usagers Formaliser la version mise à jour du Projet d'Etablissement dans un document écrit en cohérence avec la qualité observée sur le terrain.</p> <p>Le prochain Projet d'Etablissement pourra permettre d'identifier clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les objectifs stratégiques en lien avec les besoins repérés et les missions bien décrits dans la version actuelle, mais aussi les valeurs de l'association et la réglementation en vigueur. -Les objectifs opérationnels pourront être déclinés en particuliers sur : -Le projet de vie intégrant le Projet Personnalisé d'Accompagnement intégrant le projet d'accompagnement socio-culturel déjà bien décrit dans le projet actuel et le projet de soins et le projet d'éducation thérapeutique à étayer. -Un volet hébergement pourra y décrire les moyens affectés à l'accueil, en lien avec les besoins repérés : <p>-Cette nouvelle version du Projet d'Etablissement devra s'inscrire dans les orientations du schéma régional en cohérence avec son environnement. <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement »</i>. Il décrira les liens formalisés de complémentarité avec l'environnement social, médico-social et sanitaire. <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement »</i>. Prévoir une communication annuelle de l'évolution du PE à l'ensemble des personnels et des usagers.</p>
<p>Observations de la structure</p>	<p>Ce chapitre sera intégré dans le futur PE.</p>
<p>Validation</p>	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

2	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>La cohérence des différents objectifs entre-deux ;</i>	Eléments de cohérence des objectifs du Projet d'Etablissement

Synthèse et observations	<p>L'accompagnement mis en œuvre sur le terrain est conforme aux missions imparties à l'établissement et répond aux besoins et attentes des personnes accueillies. (<i>article L311-1 du CASF</i>).</p> <p>En effet, le récapitulatif des interventions des professionnels, et y compris de partenaires intervenants extérieurs permet une analyse des dispositifs d'accompagnement et de leur pertinence, utilisée notamment en vue du rapport d'activité annuel.</p> <p>L'ACT PAGE prend en compte, de manière cohérente et coordonnée les besoins des résidents, des familles et des professionnels en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des droits des résidents et des conditions de réalisation du projet personnalisé. <p>Les objectifs semblent tous aller dans le sens de proposer des réponses les plus adaptées possibles aux besoins repérés dans le respect des missions et des moyens attribués.</p> <p><i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p 37, 38 et 45</i></p> <p>Les espaces destinés aux personnes accueillies sont conçus afin de favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'ACT, que ce soit pour l'usager lui-même ou pour son entourage.</p> <p>L'aménagement de l'ACT, en 2011, dans une grande maison bourgeoise en centre-ville, permet de respecter l'intimité de chacun dans sa singularité, mais aussi un accompagnement discret à la vie sociale.</p> <p>L'ensemble des accompagnements contribue à préparer les résidents de manière sécurisée et bienveillante à une plus grande autonomie, en vue de leur vie future.</p> <p>La nouvelle version du Projet d'Etablissement s'attachera à la description des nouveaux locaux, dans cette optique.</p> <p>La formalisation de l'organisation, des moyens et des ressources apparaît sur le projet actuel, mais le nouveau projet devra s'attacher à les décrire plus en détail en lien avec les objectifs opérationnels déclinés des objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités d'accueil et d'accompagnement sont harmonisées et décrites dans des procédures. <p>Elles permettent de mettre en œuvre une approche personnalisée, en cohérence avec l'analyse des besoins des personnes accueillies.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les droits des usagers, la charte de bientraitance sont travaillés en équipe et leurs conditions d'application dans l'établissement sont notamment évoquées dans le livret d'accueil, elles devront l'être dans la prochaine version du Projet d'Etablissement : « <i>arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF</i> » -L'organisation et la politique des ressources humaines décrites ultérieurement, et les partenariats fort d'intervenant, permettent d'étayer le plateau technique et de défendre la qualité des prises en charge et des
---------------------------------	--

	conditions d'emploi en adéquation.
Préconisations	<p>Le nouveau projet d'Etablissement devra indiquer des objectifs opérationnels alignés sur les objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lesquels à visée des usagers ? -Lesquels à visée de salariés et professionnels extérieurs ? -Lesquels à visée des partenaires ? <p><i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement ».</i></p> <p>Il s'attachera à décrire les moyens et ressources actuels, en lien avec l'aménagement dans une maison de caractère située au cœur de Séméac, et de l'actualisation du plateau technique interne et des professionnels et intervenants extérieurs, en cohérence avec les besoins identifiés et les objectifs visés <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p 37, 38 et 45</i></p> <p>-La cohérence entre le Projet d'Etablissement, le projet de soins et le projet d'éducation thérapeutique (étayés avec l'arrivée du nouveau médecin coordinateur en janvier 2016 et de l'infirmière coordinatrice, en décembre 2016), le projet socio-culturel, devra apparaître dans le nouveau projet en lien avec les changements d'organisation de l'ACT.</p> <p>Compte tenu du soutien technique non négligeable de prestataires extérieurs, complétant le plateau technique de l'ACT, le nouveau projet décrira de même son ouverture sur l'extérieur, à travers les partenariats au regard des:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Projets individualisés, -Projet de soins et projet d'éducation thérapeutique, -Projet socio-culturel, <p>Il envisagera les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ses partenaires au regard des objectifs stratégiques et opérationnels identifiés, quantifiés et évalués.</p>
Observations de la structure	Ces points évoqués seront développés dans le futur PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

3	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place</i>	Dans le passé, l'établissement a fait évoluer les ressources humaines et financières pour répondre aux évolutions de la prise en charge.
		Dans ce champ d'activité et avec cette capacité de prise en charge, l'établissement dispose de ressources humaines et de moyens financiers proches des établissements semblables
		Les objectifs du Projet d'Etablissement prévoient des évolutions en matière de ressources humaines et de ressources financières
		En matière de RH, les recrutements et la formation sont conçus comme des leviers du changement et de l'adaptation aux objectifs
		En matière financière, des systèmes d'objectifs et de délégation permettent de mobiliser l'encadrement et les équipes sur les enjeux

Synthèse et observations	<p>De manière générale, il existe une réflexion qui favorise l'adaptation aux besoins recensés.</p> <p>En interne, l'ACT PAGE adapte l'accompagnement proposé aux populations accueillies et à leurs évolutions.</p> <p>Pour ce faire :</p> <p>Une réflexion anticipée a permis de définir les rôles de chaque professionnel</p>
---------------------------------	--

	<p>afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes accueillies et accompagnées, et d'adapter l'accompagnement proposé aux populations accueillies et à leurs évolutions.</p> <p>-les moyens en personnel complétés par des prestataires totalement intégrés à l'équipe, sont ainsi adaptés à la population accompagnée.</p> <p>- L'ACT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a formalisé une procédure écrite concernant l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés, • procède à minima à une réunion pluridisciplinaire des salariés, et de la psychologue prestataire, tous les 15 jours, • et propose aux professionnels des séances de régulation d'équipe et de supervision, décrites ultérieurement. <p>- L'adaptation des compétences se traduit au sein de l'ACT par un souci permanent de donner une formation professionnelle de qualité, partie intégrante du projet institutionnel, contribuant à l'amélioration des outils théoriques et pratiques indispensables pour l'accompagnement au quotidien. Cette stratégie devra figurer au prochain Projet d'Etablissement.</p> <p>L'établissement dispose d'un document d'évaluation des risques professionnels, qui intègre en particulier les risques psychosociaux, dont la dernière mise à jour a moins d'un an <i>article R 4121-1 à 4121-4 du Code du travail</i>.</p> <p>Celui-ci s'attache spécifiquement à recenser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les activités des salariés, mais aussi des prestataires extérieurs, et des résidents, • il établit les risques liés à ses activités, en évaluant le degré de criticité, en fonction du niveau de risque et du niveau de fréquence des différents risques, • il prévoit les moyens de prévention de ces risques, par la mise en œuvre repérée dans le temps d'actions de prévention. <p>Concernant des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -biologiques, -psycho-sociaux, -liés à l'incendie, -liés à l'électricité, -liés aux risques routiers, -lié au risques de chutes, d'ergonomie, TMA, fatigue visuelle, manutention et ports de charges, nuisances sonores... • Il évoque les procédures formalisées en prévention des risques identifiés. <p>-Des éléments d'évaluation de « l'ambiance au travail » et de satisfaction des professionnels sont collectés à travers une enquête de satisfaction annuelle. La fonction de communication est organisée et assise sur un système d'information et de veille efficace, favorisant l'information des acteurs.</p> <p>- La stratégie budgétaire est déterminée par le C.A et le Directeur. La construction du budget, rigoureuse obéit à la législation en vigueur, tout en visant la réalisation des objectifs, mais aussi la satisfaction des besoins en fonctionnement.</p> <p>Par ailleurs, L'ACT se montre réactif aux besoins énoncés par le schéma</p>
--	---

	<p>départemental, et développe une stratégie de gestion financière pluriannuelle. (CPOM).</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2008 lors de la constitution du dossier CROSMS, il a notamment été défini un plan de financement pluriannuel. - L'établissement s'est alors doté d'un logiciel de gestion qui faisait défaut lors de l'évaluation interne de 2008. <p>- La politique budgétaire de l'ACT concourt à la pérennité de l'activité, ainsi qu'à l'amélioration du service rendu : l'investissement sur un nouveau site de qualité, l'amélioration effectuée en sont les messages forts.</p> <p>La politique budgétaire de l'association concourt à l'atteinte de ses objectifs définis par le projet associatif.</p>
Préconisations	Définir la politique de recrutement, de formation professionnelle et d'accompagnement du personnel à l'œuvre sur le terrain dans le nouveau Projet d'Etablissement
Observations de la structure	Des procédures de recrutement, d'accueil des nouveaux salariés existent ainsi qu'un plan de formation axé sur les demandes des salariés en harmonie avec l'évolution des pratiques mais aussi en fonction des recommandations de l'ANESM toutefois un chapitre sera consacré dans le nouveau PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

4	
Eléments d'évaluation	Points clés
<i>L'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi</i>	Le Projet d'Etablissement fait l'objet d'un tableau de bord de pilotage (ou équivalent)
	Les évolutions des indicateurs de pilotage sont suivis en comité de pilotage (ou équivalent)
	Une communication institutionnelle en est faite
	Les objectifs du Projet d'Etablissement sont atteints

Synthèse et observations	<p>Le Projet d'Etablissement ne propose pas un tableau de bord qui permettrait de suivre l'évolution des objectifs fixés.</p> <p>En effet, une partie réservée aux objectifs à atteindre dans les cinq ans à venir mériterait d'y être développée.</p> <p>Un échéancier serait le bienvenu pour poser les priorités dans le temps.</p> <p>Pour permettre de rendre ce tableau de bord exploitable, il est nécessaire de définir des indicateurs associés à chaque objectif.</p> <p>La création d'un comité de pilotage qui serait chargé du suivi de l'évolution des objectifs paraît intéressante, et l'intégrer dans le processus de la démarche qualité serait un plus.</p>
Préconisations	<p>Mise en place d'un comité de pilotage dans le cadre de la démarche qualité qui serait chargé du suivi du Projet d'Etablissement et d'en apprécier les évolutions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le Projet d'Etablissement, revoir la partie réservée aux objectifs pour les cinq ans à venir pour faire apparaître un tableau de bord exploitable grâce à des indicateurs adaptés. - Prévoir une communication annuelle de l'évolution du PE à l'ensemble des personnels et des usagers.

Observations de la structure	Préconisation validée
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

5	Eléments d'évaluation
L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévu, positifs ou négatifs	<p>L'évaluation des projets d'accompagnement participe à l'évaluation du Projet d'Etablissement. Les projets personnalisés notamment se déclinent en objectifs opérationnels, évaluables permettant une appréciation du projet en termes d'effets pour l'utilisateur <i>RBPP-ANESM « Projet personnalisé » p.30 et 34</i></p> <p>Le projet est évalué périodiquement à travers l'atteinte de ses objectifs. Le projet est réactualisé le cas échéant <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p.17</i></p> <p>Le Projet d'Etablissement est décliné en objectifs opérationnels (évaluables), spécifiques à la population accompagnée, <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p.17</i></p>

Synthèse et observations	<p>-L'évaluation des projets personnalisés participe à l'évaluation du projet de service.</p> <p>-Les projets personnalisés notamment se déclinent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en objectifs opérationnels, -évaluables -permettant une appréciation du projet en termes d'effets pour l'utilisateur <i>RBPP-ANESM « Projet personnalisé » p.30 et 34</i> <p>La nouvelle équipe de professionnels de l'ACT a en effet mis en place un dispositif formalisé permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs et/ou la production des effets, en lien avec la méthodologie de gestion de projet, enseignée, dans le cadre d'une formation à l'éducation thérapeutique que les personnels de l'ACT ont suivi.</p> <p>-Pour autant, comme indiqué précédemment, l'absence de suivi formalisé du Projet d'Etablissement, ne permet pas d'établir le lien entre les outils formels utilisés par ailleurs et l'évaluation de l'atteinte des objectifs qui y sont déclinés.</p> <p>-Toutefois ; la grande implication du Directeur et de son équipe, et le système de communication et d'information permettent une évaluation «en direct » qui permet a-minima de rectifier les effets négatifs.</p>
Préconisations	Continuer le travail d'étayage et de formalisation des outils afin de pouvoir apprécier les situations sur court, moyen et long terme et de disposer d'éléments factuels et d'objectifs pour une prospective argumentée, en lien avec la dynamique de gestion de projet enseignée dans la formation à l'éducation thérapeutique.
Observations de la structure	Des outils d'évaluation sont en cours d'élaboration afin de pouvoir mesurer les objectifs mis en place en lien avec l'éducation thérapeutique. Ils seront intégrés dans le futur PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

6	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés</i>	Le suivi du Projet d'Etablissement permet de mesurer les évolutions des pratiques de chaque participant à la prise en charge (Processus de Prise en charge, Management et/ou Support Logistique) et de faire les liens entre les évolutions de pratiques et l'atteinte des objectifs

Synthèse et observations	<p>Une réflexion professionnelle est à l'œuvre dans un objectif sans cesse réaffirmé de l'amélioration de la qualité des accompagnements proposés. L'évolution des pratiques peut s'observer dans les modifications régulières apportées aux outils et procédures ainsi que dans l'évolution des modalités de prise en charge, impulsée par Monsieur le Directeur dans le cadre de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'aménagement d'une demeure de caractère, offrant un accueil confortable et chaleureux aux résidents, • La réorganisation de l'équipe de professionnels en lien avec des besoins spécifiques identifiés notamment dans le domaine de l'accompagnement du soin et de l'éducation thérapeutique. <p>L'évolution des pratiques peut s'observer dans le contenu des réunions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunions pluridisciplinaire tous les quinze jours, ou plus fréquemment si nécessaire : incluant : le directeur, le médecin coordinateur, l'IDEC, la psychologue, le moniteur éducateur, et selon l'objet des réunions, les différents partenaires ou intervenants intéressés (CMP, UDAF65, AT 65, ASE, intervenants libéraux, services d'aide à la personne, ou de soins infirmiers à domiciles,...), • Réunions mensuelles de supervision, animées par un psychothérapeute partenaire autour d'un modèle systémique permettant aux salariés une meilleure compréhension des besoins des personnes accompagnées pour une adaptation ciblée de l'accompagnement et de la relation d'aide et d'axes d'amélioration adaptés. La méthodologie utilisée, permet l'évaluation des actions mises en place et des effets constatés sur les usagers. • Réunions mensuelles de régulation d'équipe animées par le psychothérapeute prestataire : permettant un travail d'analyse des pratiques sur des sujets amenés par les professionnels, salariés et prestataires. • Réunions spécifiques de synthèse concernant le Projet Individualisé, • Réunions formelles et informelles avec les personnes accueillies : (détaillées ultérieurement). <p>L'évolution des pratiques professionnelles peut aussi se mesurer dans les modifications régulières apportées aux outils et procédures ainsi que dans l'évolution des modalités de prise en charge, permettant aux professionnels et à la structure d'adapter l'accompagnement aux besoins repérés.</p>
Préconisations	<p>-Traduire les objectifs en plan d'action -Persévérer dans la formalisation des outils de suivi</p> <p>Le suivi du nouveau Projet d'Etablissement pourra permettre de faire les liens entre les évolutions de pratiques et l'atteinte des objectifs.</p>
Observations de la structure	RAS
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

7	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation</i>	Dans le passé, l'établissement a fait évoluer son organisation pour répondre aux évolutions de la prise en charge.
		Les objectifs du Projet d'Etablissement prévoient des évolutions en matière d'organisation
		Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources ont été mises en œuvre ou sont à l'ordre du jour
		Des mesures d'accompagnement du changement sont mises en œuvre à destination des personnels et des usagers

Synthèse et observations	<p>L'histoire de l'établissement témoigne d'une capacité à faire évoluer son organisation pour répondre à la demande sociale et aux besoins des personnes accueillies.</p> <p>Le déménagement dans une villa de caractère au centre-ville de Séméac a permis de répondre au plus près des attentes des usagers, leur permettant une inclusion optimisée dans la cité.</p> <p>L'organisation de l'ACT PAGE a su évoluer au gré de l'arrivée de nouveaux professionnels, pour proposer une prise en charge adaptée aux besoins des personnes accueillies.</p> <p>Ainsi le médecin coordinateur a été recruté en janvier 2016 à raison de 2 à 4 heures par semaine, l'infirmière coordinatrice en décembre 2016 à raison d'1/2 ETP et le Moniteur éducateur recruté intervient à raison d'1 ETP depuis octobre 2015.</p> <p>Dans cette dynamique d'évolution, l'ACT PAGE a recruté en 2015 une psychologue qui intervient deux après-midi par semaine.</p> <p>Ces recrutements vont permettre d'étayer les projets de soins et d'éducation thérapeutique de l'ACT.</p>
Préconisations	Maintenir l'effort représentatif observé sur les mesures d'accompagnement du changement à destination des usagers, et équipes en place.
Observations de la structure	L'analyse de l'existant et des besoins demeure permanente et une adaptation est envisagée si besoin.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

2. Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

1	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Appréciation des priorités et des modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</i>	L'évaluation interne est vécue comme une contrainte ou un levier managérial
		L'évaluation interne a été réalisée dans des délais permettant la mise en œuvre des actions d'amélioration avant l'évaluation externe
		L'équipe de Direction est impliquée stratégiquement et dans les dispositifs de mise en œuvre des démarches d'amélioration continue

Synthèse et observations	-La loi du 2 janvier 2002 - réformant l'action sociale et médico-sociale fait
---------------------------------	---

obligation de procéder à l'évaluation interne des activités et de la qualité des prestations des ESMS.

-Le décret 2010-1319 du 3 novembre 2010 a fixé le calendrier de ces évaluations dont les résultats doivent être communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

L'évaluation interne a fait l'objet d'un travail conséquent en préalable de l'évaluation externe.

L'ACT avait effectué une évaluation interne en 2008, sur la base du référentiel **FNH-VIH**, avec l'accompagnement d'un consultant extérieur.

Le plan d'amélioration posé lors de cette évaluation a été mis en œuvre et largement développé par une démarche d'amélioration par la qualité.

Depuis, les conditions objectives de fonctionnement, ont subi des modifications profondes sur plusieurs registres :

- Achat et aménagement du nouveau site d'accueil de la structure, avec les changements inhérents à ce déménagement.

- La composition de l'équipe repensée :

- Arrivée d'un médecin coordinateur, pour assurer un suivi efficace de la santé de résidents aux pathologies lourdes.
- Recomposition de l'équipe à la faveur de départs pour répondre aux besoins de la population accompagnée, diversifier l'offre et adapter le plateau technique.

Considérant la démarche évaluative comme un véritable levier managérial, le Directeur, en accord avec le conseil d'administration et l'ARS, a opté pour une stratégie de réévaluation de l'existant, par la réalisation en 2015, d'une seconde évaluation interne sur la base du même référentiel **FNH-VIH** guidée par la méthodologie de la RBPP « *la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF* » de l'ANESM, pour servir de base à l'évaluation externe.

On peut affirmer, que les principaux axes d'amélioration, posés en 2008, ont été réalisés, et l'évaluation interne de 2015, a permis de constater la progression permanente de l'établissement inscrit dans une démarche continue de progression par la qualité.

Comme pour celle de 2008, l'organisation de l'évaluation interne de 2015 a été cadrée car elle a suivi les protocoles et le référentiel proposés par la fédération nationale d'hébergements VIH (FNH VIH et autres pathologies), dont l'association PAGE est membre.

A. Outils : Référentiel utilisé

▪ Présentation du référentiel FNH-VIH

L'association PAGE est membre de la Fédération Nationale d'Hébergement VIH (FNH- VIH et autres pathologies). Cette fédération est constituée d'associations gérant des Appartements de Coordination Thérapeutique sur tout le territoire. La FNH-VIH a proposé à ses adhérents de participer à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation commun aux ACT dans le cadre d'un groupe de travail.

La construction de ce référentiel s'inscrit dans le cadre de l'obligation faite par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 aux établissements sociaux et médico-sociaux de procéder « à l'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». Ce référentiel porte aussi l'ambition d'être un outil d'incitation à une pratique d'évaluation institutionnelle.

▪ **Explication du choix du référentiel**

L'évaluation interne est une photo à l'instant T qui offre l'opportunité d'analyser les pratiques professionnelles : elle permet de mesurer la conformité du projet avec les droits des usagers, leurs besoins et leurs attentes. Elle permet d'identifier l'écart qui peut exister entre les réalités et les objectifs fixés. Plus d'une cinquantaine d'établissements sur le territoire qui ont le même agrément et parfois des pratiques professionnelles différentes vont l'utiliser et permettre de lisser les pratiques.

B. Méthode : organisation des 2 évaluations internes

Les différentes étapes de cette évaluation interne ont été les suivantes :

- Intervention en présence d'un consultant extérieur
 - Calendrier, réunions de l'équipe au rythme de tous les 15 jours pour permettre le travail de récolte des éléments entre les séances.
- Modalités de mise en œuvre du processus d'auto-évaluation : formation, information,
- Composition des groupes : Comité de pilotage, groupe de travail
- Règles de fonctionnement du processus.

▪ **Protocole d'utilisation**

La construction du référentiel et du manuel d'utilisation sont parallèles et donnent la méthodologie de la démarche. Les découpages utilisés, déterminent la singularité de ce référentiel, en même temps qu'une culture commune à tous les utilisateurs.

- Les « dimensions » : servent à faciliter l'utilisation de référentiel, l'activité est ainsi découpée en secteurs beaucoup plus lisibles, en dehors du simple découpage administratif.
- Les « critères » représentent les références minimum, on peut les associer aux recommandations des bonnes pratiques. Il est donc impossible de se soustraire à un critère.
- « Les indicateurs » marquent le degré de réalisation de chaque critère, mais sans hiérarchisation les uns par rapport aux autres à l'intérieur d'un même critère. Ils sont les moyens mis en place pour la réalisation des actions.

De fait, le référentiel est l'outil de mesure des moyens.

Le principe de base de l'évaluation est d'apprécier le degré de réalisation de chaque critère en tant que moyen d'une progression par la qualité et non en tant que résultat définitif.

C'est un mouvement en boucle représenté par la démarche PDCA (« Plan, Do, Check, Act » : ou Planifier, Développer, Ajuster, Contrôler), de Deming.

C. Evaluation du processus des deux évaluations internes

L'évaluation interne de 2008 aura permis à l'ACT de faire un point sur l'organisation, de formaliser les procédures, et s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de son action. Suite à cette évaluation et au plan d'amélioration posé, l'ACT a développé une politique effective d'amélioration continue par la qualité, affinant sa réflexion, responsabilisant l'ensemble des acteurs, et replaçant les bénéficiaires au cœur de l'intention.

L'évaluation effectuée en 2015 constate le chemin parcouru par la résolution des axes d'amélioration, et la dynamique effective de processus continu d'amélioration par la qualité. La méthode de progression PDCA est naturelle et incluse dans le processus de management.

Force donc de constater que le plan d'amélioration issu de l'évaluation interne de 2015 ne concerne que des domaines moins urgents et plus sur une dynamique de continuité.

L'ACT donne le signe évident d'avoir balisé la route sur laquelle il chemine dans la régularité.

D. Etat des améliorations depuis l'évaluation interne de 2008

- Service à la personne :

- Le délai de réponse aux candidatures a été formalisé en 2009.
- L'entretien avec le médecin coordinateur et depuis janvier 2016, de l'IDEC de l'usager à son arrivée a été mis en place.
- Un entretien avec le médecin traitant est désormais rapidement mis en place à l'arrivée du résident.
- La procédure d'admission et d'accueil a été finalisée, elle est connue des partenaires.
- De nombreux conventionnements ont déjà été réalisés et d'autres sont encore en cours à chaque fois que possible.
- L'établissement a mis en place une enquête de satisfaction à destination des usagers, 2 fois par an, et systématiquement avant le départ.

- Ethique et déontologie :

- Formalisation de la procédure d'analyse des bonnes pratiques, associée à des réflexions menées par l'équipe pluridisciplinaire.

- Gestion des ressources humaines :

- Les fiches de poste ont été mises en place.
- L'entretien individuel d'évaluation a été mis en place en 2009.
- Les livrets d'accueil du stagiaire et du salarié ont été eux aussi mis en place.
- Les procédures de recrutement et de licenciement ont été formalisées.

- Processus de direction :

L'équipe pluridisciplinaire de 5 personnes se réunit tous les quinze jours, la communication en est grandement facilitée.

Toutes les procédures sont centralisées dans des classeurs thématiques accessibles à tous les salariés.

- La formalisation du fonctionnement et de la stratégie budgétaire et financière est effectuée.

L'établissement s'est doté d'un logiciel comptable et de fonctionnement.

E. Etat des améliorations depuis l'évaluation interne de 2015 :

- Service à la personne

- L'établissement est aujourd'hui en mesure de proposer un bilan et un accompagnement psychologique.
- Concernant l'amélioration des relations avec les partenaires et le réseau, des conventionnements sont actuellement en cours pour compléter ceux déjà à l'œuvre.
- Cahier de liaison : en lien avec l'évaluation interne de 2015, ce cahier a été transformé en classeurs, permettant de distinguer les informations générales des informations sur les usagers classés en sous dossiers individuels.

- Dimension : Gestion des ressources humaines : processus de recrutement :

- Suite à la dernière évaluation interne de 2015, lors de l'entretien professionnel

	<p>annuel, Monsieur le Directeur s'attache à faire évoluer la fiche de poste en fonction des besoins repérés avec le salarié.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désormais l'ACT envisage un PAUF à 3 ans, pour mieux répondre aux besoins de technicité des salariés, et se réserve toutefois la possibilité d'une réorientation pour répondre aussi aux besoins émergents de la population accueillie. - Le PAUF est désormais affiché. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimension : Gestion des ressources humaines : rôle et fonctions - L'animation des réunions d'équipe a bien lieu tous les quinze jours, elle est pilotée par le Directeur de l'établissement garant de la politique qualité. <p>-Au sein de l'espace régulation une recherche est faite par l'ACT d'aborder aussi la thématique des conditions de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimension : Processus de direction <p>Les préconisations des évaluations interne et externe vont nourrir la mise à jour du Projet d'Etablissement, en cours de réalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cahier des doléances, et la boîte à idées, font désormais l'objet, d'une réponse rapide et d'un traitement s'appuyant sur une procédure. - La mise en place du recueil des plaintes des usagers, et la procédure de réponse et de traitement sont aujourd'hui formalisées. <p>Concernant la création des outils de traçabilité pour tout ce qui concerne la progression par la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimension : la structure dans son environnement <p>L'ACT PAGE a la volonté de développer toute mutualisation qui permettrait d'élargir son champ des compétences, et qui abonderait son plateau technique, dans ce cadre la mutualisation d'un temps de psychologue a été réalisé avec un autre ESSMS de Tournay.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par ailleurs l'ACT s'inscrit clairement dans une politique de conventionnement de partenariat à chaque fois que possible. <p>En lien avec le conseil d'administration, la direction implique l'équipe des professionnels, mais aussi les résidents et partenaires dans le dispositif de mise en œuvre des démarches d'amélioration continue.</p> <p>L'ensemble des remarques et préconisations faites lors de l'évaluation interne de 2015 a été pris en considération, et traité.</p> <p>Ces actions ont été perçues par l'évaluatrice comme témoignant d'une forte implication à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue.</p>
<p>Préconisations Et remarques</p>	<p>Fait remarquable : le plan d'amélioration de la qualité des deux évaluations internes de 2008 et 2015, a été réalisé, avec beaucoup d'efficacité.</p> <p>Un travail identique pourra être fait lors de la démarche qualité réalisée dans le cadre du Projet d'Etablissement.</p>
<p>Observations de la structure</p>	<p>Favorable pour cette préconisation.</p>
<p>Validation</p>	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

2	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Appréciation de la communication et de la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et de la manière dont les acteurs ont été impliqués</i>	<p>L'évaluation interne a fait l'objet d'une communication institutionnelle avant, pendant et après l'évaluation et la rédaction du rapport d'évaluation interne</p> <p>L'évaluation interne a mobilisé les personnels et les usagers (ou leurs représentant) de l'établissement</p> <p>Les personnels et les usagers ont contribué à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration</p>

Synthèse et observations	<p>Sous l'impulsion de monsieur le directeur, animateur de la démarche qualité de l'ACT, le comité de pilotage de l'évaluation interne a élaboré de manière participative, le plan d'action, actant les résultats obtenus, définissant les objectifs, les priorités et l'échéancier pour la mise en œuvre du plan d'actions, organisant la communication,</p> <ul style="list-style-type: none"> • auprès des partenaires, • mais aussi des usagers, par le biais du conseil de la vie sociale.
Préconisations	<p>Procéder de la même manière pour la présentation du Projet d'Etablissement, aux professionnels, partenaires et usagers. Des communications de synthèses thématiques pourront être réalisées à ce titre.</p>
Observations de la structure	RAS
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

3	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Analyse de la mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier retenu</i>	<p>Les mesures d'amélioration ont été planifiées.</p> <p>Chaque action est mise sous la responsabilité d'un « pilote » avec pour certaines un groupe de travail</p>

Synthèse et observations	<p>L'établissement par la démarche d'amélioration continue à fait évoluer sa culture, sa stratégie, son organisation et ses outils (Shortell) <i>RBPP ANESM « conduite de l'évaluation interne » p 43.</i></p> <p>Le travail d'évaluation interne, fait apparaître les axes de progrès identifiés par le comité de pilotage.</p> <p>Ces axes d'amélioration sont classés selon 8 thèmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le service à la personne ▪ Le droit des usagers ▪ La dimension : Ethique et déontologie ▪ La dimension : Gestion des ressources humaines : processus de recrutement ▪ La dimension : Gestion des ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> - rôle et fonctions - participation soutien et formation des salariés - conditions de travail ▪ La dimension : Processus de direction ▪ La dimension : gestion des ressources matérielles gestion budgétaire et financière :
---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> La dimension : la structure dans son environnement <p>Les mesures d'amélioration ont été planifiées sous forme de plan d'actions avec échéancier. Le « pilote » en fut le Directeur Les groupes de travail ont- été identifiés et mis en place L'ensemble des actions a désormais été mis en œuvre avec une grande efficacité. Lors des différents entretiens, il est par ailleurs apparu une volonté forte d'accentuer le travail de perfectionnement de l'accompagnement. Enfin, depuis l'évaluation interne, l'évaluatrice a pu apprécier l'effectivité d'actions menées pour améliorer le projet individuel.</p>
Préconisations	Maintenir cette politique de d'amélioration de la qualité efficiente.
Observations de la structure	Volonté affirmée d'amélioration concernant la mise en place d'objectifs précis avec une évaluation constante et ainsi une adaptation réelle des différentes dimensions.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

4	Éléments d'évaluation	Points clés
	<i>Identification des modalités de suivi et de bilan périodique</i>	<p>La mise en œuvre des mesures d'amélioration est suivie, des bilans périodiques sont réalisés</p> <p>L'établissement maîtrise le planning de mise en œuvre des actions d'amélioration</p>

Synthèse et observations	<p>Les actions d'amélioration sont engagées et suivies par le Directeur. Sa mission institutionnelle est bien identifiée s'agissant de ce travail d'amélioration, et il est repéré par l'ensemble des salariés comme référent qualité. La maîtrise du planning de mise en œuvre de la démarche qualité médico-sociale lui incombe.</p>
Préconisations	Dans l'animation de la politique qualité, s'appuyer sur chaque référent, en fonction de leurs compétences spécifiques et axes d'amélioration visés.
Observations de la structure	Favorable
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

5	Éléments d'évaluation	Points clés
	<i>Appréciation de la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</i>	L'établissement est inscrit dans une logique PDCA (Roue de Deming)
		L'établissement par la démarche d'amélioration continue à fait évoluer sa culture, sa stratégie, son organisation et ses outils (Shortell)
		La démarche d'amélioration continue intègre les données d'activités et les résultats économiques qui sont en eux aussi en amélioration continue
La satisfaction des usagers et de leur famille et des partenaires externes sont mesurées et font l'objet si besoins d'actions d'amélioration		

Synthèse et observations	-Le principe de l'évaluation interne tel que proposé par l'établissement est basé sur une logique de PDCA (planifier, développer, contrôler, ajuster).
---------------------------------	--

	<p>-Le taux d'occupation de la structure, reflète une dynamique générale de démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>-Une enquête de satisfaction 2 fois par an et à la sortie des résidents, ainsi que la mise en place d'un cahier de doléances et d'une boîte à idées, comme supports de la liberté d'expression, permettent de mettre en œuvre une amélioration continue de la qualité, et de mesurer la satisfaction avérée des résidents.</p>
Préconisations	<p>-La maturité institutionnelle de l'établissement, est acquise en regard de la démarche qualité.</p> <p>-La mise en place de tableaux de bords de suivi avec des indicateurs évalués, par périodes définies dans le cadre des évaluations internes ont permis d'optimiser cette démarche</p>
Observations de la structure	RAS
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

3. Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques

Objectifs propres à l'évaluation

1	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Activités et qualité des prestations au regard des droits des usagers et des conditions de réalisation du projet personnalisé</i>	Les activités de l'établissement prennent en compte systématiquement les droits des usagers, cela est explicité dans le Projet d'Etablissement
		Chaque usager fait l'objet d'un projet personnalisé
		Le projet personnalisé de chaque usager est effectivement évalué de manière pluridisciplinaire à échéance régulière
		Des règles déontologiques et/ou des chartes font l'objet d'un traitement institutionnel et d'une communication spécifiques
		Une information claire sur les conditions de séjour et de prise en charge administrative et financière est fournie à l'utilisateur et à sa famille, notamment lors des phases de préadmission, d'admission et d'accueil,
		Des protocoles d'admission et de prise en charge existent
		Le rythme de la journée est basé prioritairement sur les besoins et attentes des usagers plutôt que sur les contraintes organisationnelles
		Le maintien de l'autonomie est une clé de structuration des projets personnalisés
		Les conditions d'appropriation du lieu de vie par l'utilisateur sont définies de manière concertée
		L'intimité est respectée
		La vie affective et spirituelle des usagers est prise en compte
		La liberté est un principe de base des prestations réalisées par l'établissement
		Les professionnels sont facilement identifiables
		Les professionnels sont formés pour donner des réponses pertinentes à des patients déments ou handicapés

Synthèse et observations	<p>Les activités déployées par l'établissement et leur qualité observée sur le terrain, permettent que les droits des résidents soient respectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> -les résidents sont accueillis dans le respect de leur identité et de leur singularité, ce qui est la vocation de l'établissement, compte tenu de la mission qu'il s'est donnée. -Les usagers (et/ou leur famille et/ou leur représentant légal) sont informés via les outils et moyens prescrits par la loi de leurs droits et devoirs. - L'intégration d'un résident se fait avec la volonté de conserver un équilibre et un bien être général tant sur le plan de la santé physique que du bien être psychologique et social. - La prise en compte de son histoire, de ses origines, de ses différences participe de la relation d'aide que se propose d'apporter l'ACT PAGE. -Les résidents (et/ou leur famille et/ou leur représentant légal) sont informés
---------------------------------	--

	<p>via les outils et moyens prescrits par la loi de leurs droits et devoirs.</p> <p>Après acceptation du dossier, un entretien préalable est proposé avec une première visite d'admission, à la suite de laquelle, le candidat confirme ou non son désir d'intégrer la structure.</p> <p>Fait remarquable : à ce stade, l'ACT propose aux postulants qui viennent de loin, de les héberger, dans la mesure des places disponibles.</p> <p>Ainsi la personne fera son choix en connaissance de cause.</p> <p>-L'ensemble des documents contractuels obligatoires (le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte de la personne accueillie) est tout d'abord envoyé dès l'admissibilité au futur résident, puis sera remis à chaque usager en début de séjour.</p> <p>Tous ces documents figurent aussi sur le site de l'ACT réalisé en 2016, ce qui permet d'emblée à tout postulant de s'y référer.</p> <p>Dans la première semaine de l'admission, ces documents supports à la compréhension par le résident de ses droits et de ses devoirs, lui seront explicités et retravaillés avec lui, pour obtenir son consentement éclairé lors de la contractualisation.</p> <p>-La charte éthique formalisée par des groupes de travail incluant des résidents, sera aussi expliquée en écho du règlement de fonctionnement.</p> <p>-La gestion des risques étant à l'œuvre à l'ACT PAGE, les procédures de sécurité, concernant la prévention des risques électriques et la sécurité incendie, seront aussi remises et expliquées au nouvel arrivant dans la semaine de son arrivée.</p> <p>La lecture commentée de l'ensemble des documents peut être réalisée, si besoin avec un interprète. L'ACT apporte beaucoup d'attention à l'information des résidents sur les lieux et services ressource en matière d'accès aux droits.</p> <p>-La confidentialité des informations est stipulée dans le livret d'accueil, elle est garantie par des règles de fonctionnement connues de tous. L'utilisateur est en confiance....</p> <p>-Cette garantie de la confidentialité, de discrétion, et de respect du secret médical est mise en application à travers les règles de gestion et de tenue des dossiers, du dossier médical, du dossier social.</p> <p>Suite à l'évaluation interne de 2015, le cahier de liaison a été amélioré sous forme de classeurs nominatifs pour chacun des résidents, qui permettent de ne pas mélanger des informations d'ordre général et des informations personnelles et confidentielles.</p> <p>Les informations personnelles des résidents sont désormais réparties dans 2 classeurs, l'un médical et l'autre social, dont l'accès est sécurisé dans des armoires fermées à clé, et réservé aux seuls professionnels compétents.</p> <p>L'ensemble des intervenants de l'ACT, s'attache à respecter les souhaits spécifiques et demandes de confidentialité, parfois exprimés par les usagers, en direction de familles, ou autres relations, vis-à-vis de leur pathologie, ou de leur situation sociale par exemple.</p> <p>Ces règles sont connues et respectées par l'ensemble des professionnels salariés ou intervenants extérieurs.</p>
--	---

	<p>Les intervenants extérieurs (infirmières) possèdent un cahier spécifique.</p> <p>-Le Projet Individualisé prévoit des prises en charges et des accompagnements mis en œuvre dans le cadre d'un consentement du résident (et/ou leur famille et/ou leur représentant légal) et d'une co-construction assurée avec des équipes pluridisciplinaires en capacités de répondre aux besoins spécifiques des personnes accueillies.</p> <p>-L'organisation globale favorise l'autonomie de résident selon ses capacités et l'exercice de ses libertés qui sont majoritairement recherchés, tout en proposant un cadre intégrant la protection, la sécurité et la santé.</p> <p>-La formalisation des différentes procédures d'accompagnement, notamment celle conduisant à l'élaboration du Projet Individualisé, permet d'encadrer les pratiques professionnelles et de garantir une éthique allant dans le sens des Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles.</p> <p>-C'est aussi un moyen efficace de repérage des capacités besoins émergents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tant dans le cadre du projet de soins, • que pour l'accompagnement social des personnes accueillies, • que des activités cognitives, • que des activités de la vie quotidienne. <p>Ces besoins ainsi repérés peuvent ensuite trouver des réponses dans de nouvelles propositions de services grâce aux réunions pluridisciplinaires de synthèse organisées tous les 15 jours.</p> <p>-L'expression et la participation de l'utilisateur sont la base indispensable au bon fonctionnement et à la réussite de son projet.</p> <p>-La mise en place de deux questionnaires de satisfaction par an et d'un cahier de doléances et d'une boîte à idées, favorisent leur liberté d'expression.</p> <p>-Le comité d'expression collective des résidents, forme simplifiée du Conseil de la Vie Sociale se tient trois fois par an. L'ensemble des usagers participe à ces séances.</p> <p>Il leur est proposé par ailleurs des réunions d'information pour aborder les sujets de la vie quotidienne, ainsi que des réunions de mise au point sur le fonctionnement</p> <p>A chaque fois un résident participe au compte rendu de la séance, avec l'accompagnement de l'éducateur.</p> <p>-Chaque incident est consigné et analysé dans le classeur individuel du résident : l'analyse se fait avec lui puis en équipe.</p> <p>-Le travail régulier des intervenants avec les résidents en réunion tous les quinze jours permet de prévenir les violences physiques ou psychologiques. L'analyse de l'incident s'effectue en présence de l'utilisateur.</p> <p>Le règlement de fonctionnement fait l'objet d'explications régulières avec les résidents.</p> <p>-L'ACT met la salle de réunion ou le salon à disposition des résidents souhaitant recevoir leur familles ou proches en toute intimité et les résidents détiennent les clés de leur appartement et le code d'accès sécurisant la porte d'entrée de</p>
--	--

	<p>la maison.</p> <p>-L'établissement s'organise pour préserver la liberté d'aller et venir et de communiquer des résidents : (courrier, téléphones portables de résidents avec accessibilité gratuite du code de wifi), en garantissant leur intimité, leur sécurité, et favorisant aussi un lien social et le rapprochement familial par l'accès internet.</p> <p>-L'établissement sensibilise son personnel et les intervenants aux questions relatives à l'éthique (Dignité, respect de l'intimité.) :</p> <p>-Il s'organise pour le respect des droits civiques, ainsi que le respect des droits du culte, quelle que soit la religion des résidents.</p> <p>Des informations sont données au résident dans ce sens dès son arrivée et tout au long de son séjour, sont affichées dans le salon et des classeurs d'informations sont tenus à disposition en un lieu connu de tous.</p> <p>-L'établissement garantit la liberté sexuelle et amoureuse des résidents, dans le respect de leur droit et du règlement de fonctionnement de l'ACT.</p> <p>-L'ACT favorise, avec l'accord de la personne, le maintien et ou le rétablissement des liens familiaux. Le droit de visite de la famille ou de personnes extérieures invitées par le résident est possible jusqu'à 22h. Les usagers peuvent dormir à l'extérieur après avoir prévenu.</p> <p>-La liste départementale des personnes qualifiées est affichée et mise à disposition des résidents dans le livret d'accueil.</p> <p>-Aucune réclamation ne porte sur les droits des résidents au cours des dernières années.</p> <p>-Lorsque c'est possible l'établissement est organisé, dans les limites de sa mission, pour permettre aux résidents de rester en fin de vie, en mettant en place un réseau de soins palliatifs à domicile.</p>
Préconisations	<p>Continuer de favoriser le lien de l'utilisateur avec sa culture d'origine. La question des droits de l'utilisateur, devra faire l'objet d'un paragraphe dans le Projet d'Etablissement rénové.</p>
Observations de la structure	<p>Un paragraphe y sera consacré.</p>
Validation	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

2	Éléments d'évaluation	Points clés
	<p><i>Activités et qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement et des</i></p>	<p>Les activités de l'établissement permettent des collaborations, des échanges et des liens avec la cité et/ou des associations ou institutions qui contribuent au maintien des liens sociaux</p> <p>Les prestations et les modes de prise en charge utilisent des ressources (humaines et techniques) externes à l'établissement par voie de convention ou d'échanges</p>

<i>interactions qui en résulte.</i>	L'établissement est en capacité d'orienter les usagers vers d'autres établissements ou services (pour une réponse mieux adaptée aux besoins et attentes)
-------------------------------------	--

<p>Synthèse et observations</p>	<p>-Parler de stratégie d'ouverture tombe sous le sens pour l'ACT PAGE.</p> <p>-Les dimensions plurielles de l'accompagnement des usagers mis en œuvre par l'ACT, (social, médical, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, réinsertion socio professionnelle et accès au logement), l'amène à développer son réseau de partenaires : centres hospitaliers, CAF, services d'accompagnement sociaux, mairie, communauté de commune et collectivités locales, bailleurs sociaux, activités culturelles et de loisirs, organismes de formation, MDPH, SIAO, entreprises, associations, Pôle emploi, SAAD, SSIAD, prestataires libéraux ...</p> <p>- En cela L'ACT a su identifier son environnement, et développer des liens, formalisés, ou non formalisés avec de nombreux partenaires ressources.</p> <p><u>Les partenaires sociaux et médicaux :</u></p> <p>- Des conventionnements sont réalisés avec l'ACT SID'AVENIR à PAU et l'ACT La CLEF à Toulouse.</p> <p>-Un conventionnement est en cours avec le centre d'addictologie de Lannemezan.</p> <p>-L'ANPAA (Association Nationale de Prévention de l'alcoolisme et addictologie) et le réseau ELISA (Equipe de Liaison et de Soins et Addiction), constituent aussi des partenaires repérés pour la lutte contre les addictions.</p> <p>-Un travail de partenariat formalisé est par ailleurs effectué avec L'AT 65 et l'UDAF65, (gestionnaires de tutelle qui accompagnent certains résidents), pour un suivi au plus proche des attentes et demandes des résidents.</p> <p>L'évaluatrice a pu rencontrer sur site l'intervenante de l'UDAF 65 qui décrit « la disponibilité » de l'ACT Page, la possibilité de mettre en œuvre « un discours concerté » avec « un travail qui a du sens » et « la qualité de la prestation de l'ACT qui sert le projet de la personne accueillie ».</p> <p>Les rencontres de ces partenaires permettent d'explicitier la raison de la mesure mise en place, de rassurer les résidents, et de les amener à accepter la mesure afin qu'elle soit considérée comme une aide et non comme une contrainte obligatoire.</p> <p>La mise en place d'objectifs d'accompagnements qui seront formalisés dans le Projet Individualisé ne pourra se faire que si la personne chemine vers ce processus et qu'une relation de confiance s'instaure.</p> <p>-Le partenariat avec le Centre Médico Psychologique Camille Claudel, quant à lui permet une prise en charge psychologique efficace complétant le dispositif d'accompagnement de l'ACT.</p> <p>-S'il est vrai que l'établissement rencontre, comme c'est souvent le cas, des difficultés à formaliser des conventions avec les services de santé, il n'en demeure pas moins qu'il travaille avec un nombre de partenaires tout à fait</p>
--	---

représentatifs de son ouverture sur l'extérieur.

A titre illustratifs, les partenaires prescripteurs en 2015, furent les suivants :

Centre Hospitalier de Bigorre (Tarbes, Vic Bigorre), Hôpital spécialisé de LANNEMEZAN 65, Centre Hospitalier Lourdes 65, L'Arbizon Bagnères de Bigorre 65, MDS Saint Exupéry 65, Clinique Ormeau-Réseau ARCADE Tarbes 65, Le Montaigu Astugue 65, Service Logement CG 65, UDAF 65, Clinique Lampre, Défi emploi 65, MDS Gaston Dreyt, Clinique Piétat, CHRS Don Bosco 65, Foyer L'Ermitage 65, CHUS La Madeleine Lourdes, CADA Lannemezan, ACT Pau, CADA Toulouse, Clinique Castelviel, Réseau ville hôpital Melun, Association Aurore, Association Regard'Auch, CHU Purpan, Centre Hospitalier de Pau, la Case de Santé Toulouse, CHU Bicêtre, hôpital Béclère, Foyer Sesame 66 Prades, Hôpital Saint Louis, Hôpital Carnelle, Hôpital Paul Brousse de Villejuif, Hôpital Saint Denis, Hôpital Mondor de Paris, Centre hospitalier G. Pompidou, Hôpital Bichat de Paris, Hôpital Avicenne de Bobigny, CHRU Lille, Hôpital Le Vésinet, Hôpital Jean Jaurès, Hôpital Cochin, Hôpital Le Raincy, Clinique Val Pyrène Font Romeu.

Quelques ressources territoriales non exhaustives à titre d'illustration

Dans le cadre de l'accueil de nouveaux résidents, l'ACT travaille avec les réseaux informels et les ressources territoriales. Le Directeur de l'ACT fait par ailleurs partie d'organes de décisions de l'ANPAA et d'Arcade.

Services d'aide à la personne :

Un travail d'étroite collaboration est de même à l'œuvre entre l'équipe éducative et de soin et les services d'aide à la personne, tels que les associations AIDER, Pyrène Plus,... afin de cibler au mieux les besoins des usagers et les actes qui en découlent. Ce travail est également important pour une mise en commun des divers renseignements et informations qui rythment la vie des usagers.

Associations caritatives et de défenses des droits

--Un partenariat avec l'association des paralysés de France, permet à deux résidents de participer aux activités mise en place une fois par semaine à la ferme Fould à Tarbes. L'APF propose également à ses adhérents un calendrier de sorties sur le mois ou les personnes peuvent s'inscrire librement. Des repas à thème sont également mis en place tous les premiers jeudi du mois.

En 2016, ce partenariat avec l'APF et Le Secours Catholique a permis d'organiser un colloque consacré à la différence, à Tarbes, à la maison des associations.

Compte tenu du succès de cette journée, un conventionnement est envisagé, pour renouveler ce genre d'évènement en 2017.

- L'ACT Page fait par ailleurs appel aux associations caritatives et collectivités locales de Séméac afin qu'elles puissent leur venir en aide, en fonction de leur possibilité, comme :

- Les Restos du cœur, Le Secours Populaire, La Croix Rouge, le CCAS : pour des colis de première nécessité, d'hygiène, des colis alimentaires ou des demandes afin d'obtenir des chaussures et des vêtements gratuits. (en 2015, plus des 2/3 des résidents en grande précarité ont bénéficié de colis alimentaires).

En 2015 une résidente, sans ressources s'est vu financer un billet de train par le Secours Populaire, pour pouvoir réaliser des démarches administratives à Paris, par le Secours Catholique qui lui a accordé une aide financière.

-L'ACT Page travaille aussi en étroite collaboration avec la CIMADE par le biais

	<p>de réunions formelles, pour faciliter l'accueil, l'orientation et la défense des personnes étrangères demandeurs d'asile.</p> <p>Accompagnements socio culturels : pour l'inclusion des résidents sur la vie de la cité.</p> <p>Sur les dimensions d'accompagnement socio-culturel, l'association a su s'entourer de partenaires permettant aux résidents une ouverture sur l'extérieur, à travers de nombreux projets :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sorties gratuites, à Lourdes, -Accès conventionné à l'initiative du Directeur de l'ACT et gratuit, à des représentations théâtrales avec l'association l'Oiseau Bleu (association qui aide à l'émergence de pays africains) et investissement caritatif conventionné avec l'association « Couleurs d'Afrique et de la Bigorre », -Ateliers cuisine tous les vendredis soir en partenariat avec la MJC d'Aureilhan, -Les repas à thèmes durant lesquels sont invités tous les résidents, les professionnels et intervenants disponibles, les anciens résidents qui le souhaitent... : qui marquent l'année par les évènements importants : grillades l'été, Carnaval, Pâques, les nouvelles saisons, Noel, les anniversaires... -Fait notable, une résidente en fin de séjour se voit proposer un contrat de travail, à l'ACT, dans un objectif à la fois d'inclusion de cette personne dans la cité et dans la vie économique de Séméac, mais aussi d'amélioration du service proposé par l'ACT en termes de confort : cette personne va s'occuper du maintien de l'hygiène du lieu de vie.
Préconisations	<p>Dans le prochain Projet d'Etablissement, un paragraphe devra être dédié à présenter la réflexion à l'œuvre dans l'établissement sur sa stratégie d'ouverture, <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement » p.40</i></p> <p>Compte tenu du fait qu'il s'agit là d'un vrai point fort de l'ACT PAGE, un développement détaillé, et une mise en relation des différents partenariats avec les objectifs stratégiques et opérationnels, une évocation des modalités d'évaluation de ces partenariats, sont des points à développer, dans un but de communication institutionnelle de cet atout majeur de l'établissement.</p>
Observations de la structure	<p>Dans le nouveau Projet d'Etablissement, un chapitre sera destiné à aborder la communication avec un processus d'évaluation des différents objectifs stratégiques et opérationnels.</p>
Validation	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

Prise en compte des particularités de l'établissement

1	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation</i>	Le Projet d'Etablissement existe et est à jour
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le Projet d'Etablissement
		Les usagers ont participé à l'évaluation de leurs besoins et attentes
	Les projets (dont notamment le projet de d'accompagnement personnalisé) prennent en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne. La place de la famille et des proches dans le projet est explicitée.	

<p>Synthèse et observations</p>	<p>-L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le Projet d'Etablissement.</p> <p>-Les pratiques professionnelles développées par l'ensemble des équipes, l'évolution des actions et outils mis en œuvre au fil du temps (enquêtes de satisfaction usagers, Projet Individualisé, réunions, procès-verbaux de réunions de CVS, etc.) donnent à voir un recueil de la parole de l'utilisateur et sa prise en compte dans son environnement social et familial.</p> <p>-Un entretien de chaque résident avec le Monsieur le Directeur à son arrivée, tous les quinze jours, durant le mois d'observation, puis une fois par mois au minimum et en fonction des besoins repérés ou de la demande du résident durant son séjour,</p> <p>-Les grilles d'évaluation support au Projet Individualisé, complétées par l'équipe avec le résident, (4 Grilles d'évaluation : santé, activités cognitives, vie quotidienne, vie sociale),</p> <p>-L'entretien hebdomadaire de chaque résident avec d'une part l'infirmière coordinatrice, et d'autre part l'éducateur, concernant ses traitements, ses rendez-vous médicaux, son quotidien, ses différentes démarches, ses projets,</p> <p>-L'entretien de chaque résident avec le médecin coordinateur, à son arrivée dans la structure, puis régulièrement à sa demande ou à celle de l'équipe, pour obtenir des informations complémentaires, pour réaliser un point concernant son suivi médical,...</p> <p>-Le suivi formel (à raison d'une fois par mois au minimum, plus en fonction des besoins de la personne), et informel par la psychologue,</p> <p>-Le suivi et des rencontres, avec les différents partenaires, en fonction de l'évolution du résident,</p> <p>-La réunion d'équipe tous les quinze jours permettant les échanges et réflexion croisées sur les ajustements personnalisés de l'accompagnement en fonction des besoins repérés et des demandes des résidents,</p> <p>-La formalisation de procédures,</p> <p>-la réunion de CVS 3 fois par an,</p> <p>Sont autant de modalités permettant à la structure de prendre en compte les caractéristiques, les besoins et les priorités des personnes accompagnées, de proposer un accompagnement personnalisé et d'adapter son organisation aux personnes accueillies.</p> <p>-Toutes les procédures sont centralisées dans un classeur accessible à tous les salariés.</p> <p>Le protocole de traitement des plaintes/usagers en cours de construction lors de l'évaluation interne est désormais achevé.</p>
<p>Préconisations</p>	<p>-Mettre à jour régulièrement le Projet d'Etablissement quant aux objectifs, stratégiques et opérationnels :</p> <p>-Y valoriser les indicateurs d'ores et déjà en place, nécessaires à l'évaluation des objectifs réalisés et de leurs effets sur la qualité de vie des résidents, mais aussi des personnels.</p>
<p>Observations de la structure</p>	<p>Préconisation validée (thème abordé précédemment).</p>
<p>Validation</p>	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

2	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Prise en compte par l'ESSMS des enjeux de personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence</i>	Une organisation de l'accueil téléphonique est mise en œuvre (horaires, répondeur, transferts...)
Une organisation de l'accueil physique est mise en œuvre (locaux de réception du public, affichage, documents d'information...)		
Une organisation de l'écoute personnalisée des usagers et de leur famille existe durant le séjour		
Ces dispositifs prennent en compte les déficiences sensorielles éventuelles des usagers (adaptation aux handicaps)		
Des locaux et une signalétique adaptée favorise l'expression des demandes et l'écoute		
Une organisation des demandes en urgence est mise en œuvre dans la structure		

Synthèse et observations	<p>Les horaires d'ouverture de l'ACT, ont été calés sur les besoins repérés des personnes accueillies.</p> <p>La structure fonctionne en semaine, de 9h à 12h30 puis de 14h à 19h00 et le samedi de 11h à 18h00.</p> <p>Des horaires différents peuvent être appliqués en cas de nécessités ponctuelles. Tout accueil de nouveau résident est en amont traité sur dossier, il n'y a donc pas à proprement parlé d'accueil d'urgence en ACT.</p> <p>Par contre pour le bénéfice des usagers, leur confort et leur sécurité, une astreinte téléphonique est assurée par la direction et en son absence par un membre du Conseil d'Administration, de 19h à 9h et durant le week-end et jour férié.</p> <p>Un numéro de téléphone est communiqué aux résidents et est affiché chez eux, pour leur permettre de joindre les responsables en cas de nécessité.</p> <p>- Il existe une procédure d'admission formalisée et portée à la connaissance de tous : cette procédure prévoit, en même temps que l'envoi du livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte de la personne accueillie, Celui d'un dossier de candidature type, comportant un volet social et un volet médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dossier social sera retourné par le postulant à l'ACT, complété par un rapport social détaillé rédigé par le travailleur social qui oriente l'utilisateur. • le dossier médical devra être retourné sous pli confidentiel, rempli, accompagné d'un rapport médical ou d'un certificat médical rédigé par un médecin spécialiste qui connaît bien l'utilisateur. <p>- Suite à la réception du dossier, le médecin coordinateur prend contact avec les divers intervenants médicaux.</p> <p>En fonction de la situation, pourront être demandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une lettre de motivation de la personne expliquant son parcours, ses motivations,... - un dossier psychologique renseigné par le service qui oriente l'utilisateur. <p>L'étude du dossier de candidature est effectuée par l'équipe des ACT et toute autre personne susceptible d'apporter une contribution à l'étude de la situation présentée.</p> <p>Cette commission détermine si le dossier est recevable au regard des critères d'entrée en ACT.</p>
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - L'ACT PAGE a mis en place une liste d'attente, les personnes sont toutes contactées personnellement par le Directeur en fonction de la disponibilité de l'accueil. - Toute candidature reçoit une réponse : le demandeur et le travailleur social ayant formulé la demande sont contactés par téléphone. Une réponse écrite (par mail ou courrier en fonction de la demande), est envoyée systématiquement dans un délai de 2 à 3 semaines après réception de la demande. - Toute réponse négative et clairement explicitée, le candidat est alors aiguillé vers d'autres structures susceptibles de l'accueillir dans le Grand Sud. - La gestion de la liste d'attente est organisée et prévisionnelle : en effet les usagers en ACT restent en moyenne un an, et peuvent rester par le biais de contrats renouvelables jusqu'à 24 mois. Le départ des usagers est prévisible et anticipé, les postulants sur liste d'attente peuvent être alors contactés par le Directeur. Cette anticipation permet une gestion rationnelle des flux et s'effectue dans le plus grand respect des personnes en attente d'une solution. Toute personne en liste d'attente reste prioritaire pendant un an, (dans ce cas une réévaluation de la situation de la personne sera réalisée par l'équipe et ses partenaires avec le postulant. - Le candidat, lors de son accueil, visitera la structure accompagné par le Directeur et un autre membre de l'équipe avant de se voir remettre les clés de son appartement, d'en réaliser l'état des lieux. La personne peut venir seule ou accompagnée. <p>Admissibilité : Un entretien préalable à l'admission est organisé avec le postulant. Il est remarquable qu'en fonction des possibilités d'accueil et selon la provenance du postulant, l'ACT Page lui propose de le loger, pour assister à cet entretien. Cela permet à la future personne accueillie de se rendre compte de la qualité de l'accueil et de prendre sa décision en connaissance de cause. Ainsi chaque nouvelle entrée fait l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un entretien social : un document type retrace son parcours social et sa situation administrative, alimenté par les éléments qu'il a fourni dans le dossier d'admission. L'entretien social s'effectue avec le travailleur social accompagné du Directeur. - d'un entretien médical : réalisé par le médecin coordinateur afin d'établir un bilan médical, préciser certaines informations pour l'équipe, et contribuer au recueil des besoins spécifiques d'accompagnement qui orienteront le projet de soins individualisé du résident. <p>- L'ensemble des informations administratives, de santé, les fiches de traitement, les rendez-vous à prendre ou les examens de santé à réaliser en sortie d'hôpital sera traité dans l'arrivée de la personne accueillie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs du projet personnalisé ne sont fixés qu'au bout d'un mois d'observation, durant cette période, ils seront formalisés sous la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens, annexé au contrat de séjour.
Préconisations	La prise en compte par l'ACT des enjeux de personnalisation de l'écoute et de l'accueil au sens le plus large des résidents, ou futurs résidents est à l'œuvre et pourra être mieux valorisée dans le futur Projet d'Etablissement.
Observations de la structure	RAS
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

3a	Éléments d'évaluation	Points clés
	<i>Conditions d'élaboration du projet personnalisé</i>	Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé
		Le projet personnalisé est conçu en lien avec l'utilisateur et sa famille
		Le projet personnalisé s'appuie sur un bilan des ressources et capacités de l'utilisateur
		Le projet personnalisé est conçu avec une équipe pluri-professionnelle
		Le projet personnalisé est suivi par un référent
		Le projet personnalisé fait l'objet d'une évaluation à échéance régulière

Synthèse et observations	<p>Le projet personnalisé fait l'objet d'une procédure qui permet le recueil des demandes et attentes de l'utilisateur ainsi qu'une évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Un accompagnement de l'utilisateur en pluridisciplinarité</p> <p>Pour L'ACT « Page » accompagner, c'est faire un bout de chemin avec les usagers pour un hébergement et une prise en charge de à titre temporaire, de personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical.</p> <p>Cet accompagnement est réalisé dans une visée d'autonomie, de promotion individuelle et collective, et de garantie du bien-être et de sécurité, du suivi et de la coordination de leurs soins, pour leur permettre l'observance des traitements, un accompagnement psychologique individualisé et une aide personnalisée à l'insertion.</p> <p>Il s'agit donc d'aller plus avant que la simple prestation d'hébergement et de donner ainsi la pleine envergure à spécificité de la mission de l'ACT.</p> <p>Cela engage l'équipe professionnelle à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérer que l'ensemble des interventions professionnelles ont une fonction de soutien, d'étayage aux initiatives, difficultés, et potentialités des usagers. • Donner les moyens à l'utilisateur de construire la conquête de sa propre autonomie en favorisant le développement de son « pouvoir d'agir » et non pas en imposant un « devoir d'agir ». • Considérer la réalisation du projet de l'utilisateur comme un support à l'accompagnement et non pas comme un pré requis. • S'appuyer sur les ressources et les potentialités des usagers en favorisant soit le « faire avec » soit le « laisser faire » plutôt que le « faire à la place ». • Solliciter la pluridisciplinarité de l'équipe pour tenir compte de la globalité de la situation de l'utilisateur et pour favoriser le croisement des expertises professionnelles. • Miser sur l'émancipation par la reconnaissance de la singularité de
---------------------------------	---

	<p>l'usager en travaillant positivement à partir de ses refus, de ses limites, et de ses avis contradictoires, de ses non-dits ou non-demandes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre tout en œuvre pour que la situation de la personne accueillie évolue positivement. <p>L'ACT a mis en œuvre sa procédure d'élaboration et de suivi du Projet Individualisé.</p> <p>Elle consiste en amont de l'admission ou au plus tard lors de l'admission de la personne accueillie en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un premier entretien médical réalisé par le médecin coordinateur afin d'établir un bilan médical, de préciser certaines informations pour l'équipe et de poser les bases du projet personnalisé de soins de la personne. - un premier entretien social avec le Directeur et l'Educateur, afin de définir un bilan social et cibler les capacités et difficultés de la personne, lui présenter la structure, son fonctionnement, les autres résidents. Cet entretien, permet de repérer d'emblée certains besoins du nouvel arrivant. <p>Il est remarquable qu'à ce stade, en fonction des possibilités d'accueil et selon la provenance de l'usager, il peut être hébergé pour assister à cet entretien préalable à l'admission.</p> <p>Dès l'accueil de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un nouvel entretien est réalisé par le Directeur et le Travailleur social, - Un nouvel entretien est réalisé avec le Médecin coordinateur et l'Infirmière coordinatrice, pour compléter le dossier médical avec l'usager, lui présenter une liste à titre purement indicatif, de médecins en vue du choix d'un médecin traitant, une liste également, si nécessaire de médecins spécialistes, ou d'intervenants libéraux, et partenaires médicaux ou paramédicaux.... <p>Le résident garde sa liberté de choix par rapport aux intervenants choisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un entretien d'accueil est aussi réalisé avec la Psychologue pour : <ul style="list-style-type: none"> - recueillir les informations concernant son parcours de vie, - et évaluer avec la personne, ses besoins, ses difficultés, ses capacités. <p>Des procédures, et supports dédiés ont été élaborés par l'équipe de l'ACT, suite à la formation à l'éducation thérapeutique ; ils consistent principalement en 1 grille d'évaluation comportant 4 grands items, remplis par le résident seul ou accompagné, puis discutés avec lui, pour pouvoir préciser ses besoins, sa demande et les objectifs, et moyen à mettre en œuvre pour lui permettre à réfléchir aux premières bases de son projet personnalisé qui sera contractualisé en fin du premier mois de l'arrivée.</p> <p>Les 4 items utilisés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vie quotidienne, - les activités cognitives, - la santé, -La vie sociale. <p>L'ensemble des informations recueillies en amont au moment de l'admissibilité puis de l'admission, seront étayées dans le mois de l'arrivée du nouvel accueilli, avec le résident lui-même dans le cadre de la démarche de mise en place et d'évaluation du Projet Individualisé.</p>
--	--

	<p>Durant ce premiers mois, l'écoute et l'observation de l'équipe pluridisciplinaire et les rendez-vous formels, permettront d'Etayer avec le nouvel arrivé, les bases de son Projet Individualisé.</p> <p>Une réunion pluridisciplinaire de l'équipe et des partenaires extérieurs supports au projet personnalisé de résident et réalisation d'une synthèse à discuter avec le résident (le directeur, le médecin, l'infirmière, la psychologue et le travailleur social, et les partenaires extérieurs supports au projet du résident), permettra ensuite de croiser les analyses, d'échanger sur les besoins personnalisés de la personne accueillie et d'étayer le travail d'identification des objectifs d'accompagnement à proposer à la personne.</p> <p>Le travailleur social établit une synthèse selon la procédure existante décrite précédemment, afin de pouvoir la présenter et la discuter avec le résident.</p> <p>Cette réunion de pré bilan en équipe pluridisciplinaire, permettra dans le premier mois d'accueil, de confirmer avec le résident sa prise en charge, ou de renouveler sa période d'adaptation.</p> <p>Première réunion de bilan avec le résident : à la fin de la période d'adaptation d'un mois, le travailleur social rencontre le résident, afin de lui présenter la synthèse pluridisciplinaire, de prendre en compte son avis et effectuer un bilan écrit de cette période en recherchant sa participation et son consentement éclairé.</p> <p>L'ensemble de ces éléments seront constitutifs du Projet Individualisé de la personne accueillie et seront annexés au contrat de séjour signé par le résident après cette période d'observation d'un mois.</p> <p>Modalité du Projet Individualisé :</p> <p>Les projets personnalisés sont toujours évalués en réunion de synthèse pluridisciplinaire : (direction, travailleur social, médecin, IDEC, psychologue et partenaires).</p> <p>Ces réunions ont lieu tous les quinze jours.</p> <p>Confirmation d'un accompagnement et mise en œuvre du Projet Individualisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le résident et la structure s'engagent à l'élaboration du contrat de séjour d'une durée de 3 mois renouvelable jusqu'à 2 ans environ et d'un Projet Individualisé avec des objectifs à court, moyen et long terme, annexé au contrat de séjour. -Un référent d'accompagnement est nommé, pour faciliter le repérage de la personne accueillie, et suivre au quotidien les conditions de réalisation du projet. - Chaque intervenant de l'équipe pluridisciplinaire travaillera individuellement avec le résident, pour permettre un meilleur repérage de ses besoins d'accompagnement. - Les entretiens sont menés à partir des outils décrits précédemment permettant d'évaluer la situation de l'utilisateur. - En réunion de « synthèse », l'ensemble des données collectées sont croisées par l'équipe pluridisciplinaire. <p>Ces grilles d'évaluation des différentes capacités et besoins des résidents entrent dans le projet d'éducation thérapeutique que le prochain Projet d'Etablissement s'attachera à présenter.</p> <p>Au terme des 3 mois, après la réunion pluridisciplinaire de « synthèse », un</p>
--	--

	<p>bilan personnalisé est effectué par le référent, en lien avec l'équipe et les partenaires extérieurs chargés de l'accompagnement. Ce bilan personnalisé sera donc déterminant pour le renouvellement ou pas, du contrat de séjour.</p> <p>L'ensemble des objectifs de ce contrat et du Projet Individualisé sera construit avec le référent autour de ses attentes et priorités.</p>
Préconisations	<p>La personnalisation de l'accompagnement, dans le cadre du Projet Individualisé, et la mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> -du projet de soins et d'éducation thérapeutique, -du projet psychologique, -du projet d'accompagnement à la vie sociale, -du projet d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, <p>Sont des points fort de l'ACT et seraient à présenter en détail dans la prochaine version du Projet d'Etablissement.</p>
Observations de la structure	Favorable concernant cette préconisation.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

3b	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Capacité du Projet Individualisé à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur</i>	Les besoins spécifiques des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés
		Les droits des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés
Les usagers et leur représentant estiment que les projets individualisés prennent en compte leurs besoins et leurs droits		

Synthèse et observations	<p>Le directeur, le travailleur social, le médecin coordinateur, l'IDEC, nouvellement recrutées, la psychologue, participent tous au Projet Individualisé des résidents, en leur proposant des entretiens individuels à la demande, et des entretiens à échéances repérées au rythme des projets, et en lien avec les besoins repérés dans le cadre du Projet Individualisé de chacun.</p> <p>Ce travail de chacun des professionnels de la structure, est fait en lien avec celui des partenaires extérieurs dédiés.</p> <p>-Chacun des professionnels de l'équipe participe aux divers écrits professionnels (Parcours de vie, contrats de séjour, ...) par le biais des entretiens qu'ils ont avec les résidents.</p> <p>Lors des réunions et rencontres, avec les résidents, la psychologue apporte également un regard neutre et bienveillant, permettant d'aborder la personne dans sa globalité et de réfléchir ensemble à un projet individuel au plus près de ses besoins.</p> <p>Les droits de l'utilisateur ainsi que ses besoins sont pris en compte dans le Projet Individualisé tant dans les phases d'élaboration (vues au point précédent), que dans celles des mises en œuvre.</p> <p>Les usagers rencontrés s'expriment clairement dans ce sens.</p>
Préconisations	Le sujet des droits des usagers a été particulièrement travaillé depuis 2008, et mériterait d'y consacrer un paragraphe à part entière dans le prochain Projet

	d'Établissement.
Observations de la structure	OK.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

4	Éléments d'évaluation	Points clés
	<i>Effectivité du Projet d'Établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits</i>	Le Projet d'Établissement ou de service existe, est à jour et intègre les questions relatives à l'accès et au recours aux droits
		Un registre des réclamations existe et permet de proposer des actions d'amélioration ou de régulation d'équipes
		Ces éléments sont mis en œuvre concrètement autant que de besoins

Synthèse et observations	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisateur est accueilli dans le respect de son identité et de sa singularité, ce qui est la vocation de l'établissement, compte tenu de la mission qu'il s'est donnée. - La prise en compte de son histoire, de ses origines, de sa différence participe de la relation d'aide que se propose d'apporter l'établissement. - Comme indiqué précédemment, le livret d'accueil est dans un premier temps, envoyé à tout postulant à l'ACT, avec le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés. L'ensemble de ces documents figurent aussi sur le site de l'association, et permettent de renseigner le postulant d'emblée, sur ses droits et devoirs. - Au moment de l'admission, ces documents seront expliqués par le Directeur et le Travailleur social qui tous deux, accueilleront le nouvel arrivant, avec un objectif de recherche du consentement éclairé de la personne. Ils lui seront ensuite remis, avec le contrat de séjour. Le premier contrat de séjour de 1 mois est signé dès l'arrivée de la personne accueillie. Comme indiqué précédemment, pour la suite du séjour, après une période d'observation d'un mois, pour permettre une analyse personnalisée des besoins de la personne et une réflexion des parties, sur les contrats de projet à mettre en place, les futurs contrats seront établis et signés pour des périodes de 3 mois, dans la limite des 2 ans. - La confidentialité des informations est à l'œuvre du fait des règles de fonctionnement connues de tous. L'utilisateur est en confiance.... - Les règles de gestion et de tenue des dossiers, du dossier médical, du dossier social sont connues et respectées par l'ensemble des intervenants, elles garantissent le respect du secret professionnel et du secret médical. Compte tenu de l'arrivée d'un personnel complémentaire à l'équipe, l'infirmière coordinatrice, l'aménagement actuel des locaux, nécessite une organisation dans le temps des équipes, un peu contraignante, pour favoriser la confidentialité, lors des entretiens avec les usagers, ou dans le cadre des réunions de projets individualisés. Un aménagement de ces locaux, faciliterait la garantie de la confidentialité, tout en permettant un plus grand confort de travail aux professionnels. Les intervenants extérieurs (infirmières) possèdent un cahier spécifique. - L'intégration d'un résident se fait avec la volonté de conserver un équilibre et un bien être général tant sur le plan de la santé psychique que physique - Chaque incident est consigné et analysé dans le classeur individuel du résident: l'analyse se fait avec lui puis en équipe.
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail régulier des intervenants avec les résidents en réunion tous les quinze jours, permet de prévenir les violences physiques ou psychologiques. L'analyse de l'incident s'effectue en présence de l'utilisateur. Le règlement de fonctionnement fait l'objet d'un commentaire et d'explications régulières avec les résidents. - L'ACT s'assure qu'aucune entrave n'est faite à la liberté de culte y compris lors de portage de repas par un prestataire. - L'ACT sensibilise les résidents à exercer leurs droits civiques, mais peu d'entre eux sont en possession de ces droits, du fait de leur statut de réfugiés. - La confidentialité des informations est stipulée dans le livret d'accueil, la charte éthique et le règlement de fonctionnement sont expliqués et garantis au moment de la visite d'admissibilité, d'accueil et pendant la période d'essai. - Une vigilance particulière s'exerce pour garantir la liberté de circulation des personnes accueillies. - L'ACT respecte la vie sentimentale des résidents. Le droit de visite des personnes extérieures est possible jusqu'à 22h. Les usagers peuvent dormir à l'extérieur après avoir prévenu. - L'ACT favorise, avec l'accord de la personne, le maintien et ou le rétablissement des liens familiaux. - L'expression et la participation de l'utilisateur sont la base indispensable au bon fonctionnement et à la réussite de son projet. - L'ACT informe et guide les usagers vers les lieux et services ressources en matière d'accès aux droits - L'utilisateur reçoit l'information de manière adaptée et circonstanciée : il est fait appel à d'éventuels interprètes pour s'assurer de la bonne compréhension. -Il existe une voie de réclamation : -Le résident ou sa famille s'exprime sur l'accès et le recours aux droits qui lui sont dus, via un questionnaire de satisfaction administré 2 fois par an et à la sortie du résident. - La liste départementale des personnes qualifiées est mise à disposition des résidents dans le livret d'accueil, et affichée dans chaque appartement. -Suite à la première évaluation interne en 2008, L'ACT a par ailleurs mis en place un cahier de doléances et d'une boîte à idées, comme supports de la liberté d'expression. -Des réunions concernant les animations, l'organisation de la vie collective, ou thématiques et commissions de vie sociale sont de même régulièrement organisées pour que les résidents puissent s'exprimer. Les comptes rendus réalisés à tour de rôle par les résidents eux-mêmes avec l'aide de l'éducateur sont affichés au salon sur un tableau connu de tous, puis archivés dans un classeur accessible à tous. -La psychologue, est par ailleurs, une actrice incontournable de l'accès et du recours des résidents à leur droit, grâce à son implication dans les diverses réflexions autour, des projets individualisés, des projets d'équipe et du Projet d'Etablissement, à l'interne comme à l'externe avec les partenaires extérieurs.
<p>Préconisations</p>	<p>Comme indiqué précédemment, le recours aux droits des résidents et un point fort de l'organisation de l'ACT, et mériterait une formalisation plus en détail dans le futur Projet d'Etablissement.</p> <p>Etant donné, l'élargissement de l'équipe avec l'arrivée de l'infirmière coordinatrice un aménagement des locaux, serait une solution à envisager pour faciliter l'optimisation de la garantie de ce respect de la confidentialité, lors des entretiens avec les usagers, ou dans le cadre des réunions de projet individualisés, tout en permettant un plus grand confort de travail aux professionnels.</p>

Observations de la structure	Préconisation validée.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

5	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers</i>	L'établissement est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers
		L'établissement est organisé pour une expression collective des attentes des usagers
		L'établissement met en œuvre des réponses à ces attentes individuelles et collectives

Synthèse et observations	<p>En complémentarité des instances et temps dédiés au projet personnel, qui constitue une des modalités de réponse aux attentes, chaque usager peut exprimer ses attentes auprès des différents professionnels. En fonction de l'attente exprimée, il peut obtenir une réponse immédiate, être adressé vers le professionnel directement compétent ou orienté vers la direction. L'échange fait l'objet d'une trace écrite via le dispositif d'information interne.</p> <p>Les attentes collectives sont recueillies via les commissions d'expression libre des résidents faisant office de CVS et les différentes réunions se tenant sur le lieu de vie.</p> <p>L'organisation de la villa, avec un salon et une salle à manger, chaleureusement aménagés, une cuisine collective équipée, et un point machine à laver, mis à disposition, en plus des équipements organisés dans chaque appartement, permettent des moments informels d'expression.</p> <p>Des moments conviviaux sont aussi organisés.</p> <p>L'ensemble de ces dispositifs favorisent l'expression individuelle ou plus collective des usagers.</p> <p>Comme indiqué précédemment les questionnaires de satisfaction, le cahier de doléances et la boîte à idées permettent à l'établissement de répondre à l'expression des attentes des résidents.</p> <p>Les attentes exprimées sont satisfaites dans la mesure des moyens disponibles et de leur adéquation avec les situations. Les réponses « négatives » sont expliquées.</p>
Préconisations	Le recueil de la parole des usagers est un point fort de l'ACT et mériterait une valorisation plus étayée dans le futur Projet d'Etablissement
Observations de la structure	Préconisation acceptée.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

6	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers</i>	L'établissement est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers
		L'établissement est organisé pour une expression collective des attentes des usagers (CVS-commissions-enquêtes de satisfaction)
		L'expression et la participation individuelle des usagers sont facilitées et valorisées
Les usagers et leurs représentants ont le sentiment que leur expression et leur participation est facilitée et valorisée		

<p>Synthèse et observations</p>	<p>- Les observations et les entretiens réalisées dans le cadre de l'évaluation externe donnent à voir des usagers qui communiquent volontiers et perçoivent leur parole comme importante. Ils disent pouvoir donner leurs avis.</p> <p>La procédure relative au projet personnalisé est un des modes d'organisation qui facilite l'expression individuelle.</p> <p>Concernant l'expression collective, des réunions d'expression libre, sur un mode plus souple que les Commissions de Vie Sociale, sont organisées 3 fois par an, en plus de réunion plus thématiques, concernant la vie sociale, ou la vie en collectivité.</p> <p>Ces réunions rassemblent l'ensemble des résidents de l'ACT et se passent en 2 temps.</p> <p>- Dans un premier temps en effet, la commission rassemblant, le directeur, un membre du Conseil d'Administration, le travailleur social et l'ensemble des résidents procède à la lecture de l'ordre du jour et aborde avec les résidents, les questions touchant à l'organisation, la vie de la structure, les demandes des résidents, les sorties, les évènements, les conférences, les opportunités d'ouverture sur l'extérieur.</p> <p>- Dans un second temps, une deuxième réunion entre l'éducateur et les résidents, permet de revenir sur les questions qui font débat, ou sur les incompréhensions, sur les demandes, mais aussi sur les propositions faites aux résidents.</p> <p>Cette organisation en 2 temps des commissions d'expression libre de résidents (en lieu et place de CVS), permet de libérer la parole des résidents, plus spontanée parfois en l'absence de direction.</p> <p>A tour de rôle, chacun des résidents, réalisera le compte rendu. Pour ce faire il sera accompagné par l'éducateur. Le compte rendu sera affiché un certain temps sur le panneau prévu à cet effet au salon, puis il sera archivé dans un classeur prévu à cet effet, stocké dans un lieu connu de tous.</p> <p>- D'autres réunions plus thématiques, la boîte à idée, les 2 questionnaires de satisfaction administrés par an, évoqués précédemment sont autant de moyen de faciliter l'expression et la participation des usagers.</p> <p>- Un temps de libre expression est proposé une fois par mois et permet aux résidents d'échanger sur différents thèmes qui les préoccupent tout en favorisant les relations interpersonnelles.</p>
<p>Préconisations</p>	<p>Idem que précédemment : le recueil de la parole des usagers est un point fort de l'ACT et mériterait une valorisation plus étayée dans le futur Projet d'Etablissement.</p>
<p>Observations de la structure</p>	<p>Préconisation validée par la structure.</p>
<p>Validation</p>	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

<p>7</p>	<p>Eléments d'évaluation</p> <p><i>Capacité de l'établissement à observer les changements</i></p>	<p>Points clés</p> <p>L'établissement a organisé un système de veille sociale, juridique, économique et sectoriel</p> <p>L'établissement est représenté dans des instances, réseaux ou forum externes de réflexion sur les évolutions sociales, juridique économique et</p>
-----------------	--	--

<i>et adapter son organisation</i>	sectoriel
	L'établissement est organisé pour des séances de réflexions collectives sur les changements
	Ces systèmes de veille permettent d'élaborer des objectifs du Projet d'Etablissement ou de service et ont des conséquences sur les logiques de gestion (RH, Finance, Logistique, Qualité et Risques...)

Synthèse et observations	<p>L'association est attentive aux besoins de la population qu'elle accueille. L'interrogation et l'évaluation régulière de son organisation, l'a amené à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'achat et à l'aménagement du nouveau site de la structure le 1^{er} septembre 2011, avec les changements inhérents à ce déménagement, • Recomposer l'équipe à la faveur de départs pour mieux répondre aux besoins de la population accompagnée, et diversifier l'offre et adapter le plateau technique : arrivée d'un médecin coordinateur début 2016 et d'une infirmière coordinatrice en décembre 2016, pour assurer un suivi efficace de la santé des résidents aux pathologies lourdes, • Construire des partenariats avec des intervenants réguliers, comme la psychologue, qui en intervenant 2 fois par semaine, fait partie intégrante du plateau technique et participe à toutes les réunions, • Conventionner des partenariats extérieurs avec d'autres organisations, afin d'offrir aux résidents accueillis, des possibilités multiples, d'ouverture sur l'extérieur, et d'inclusion dans la vie de la cité. <p>-L'évolution permanente des besoins des usagers, l'inscrit dans une démarche continue de progression par la qualité.</p> <p>Un psychothérapeute vacataire accompagne de manière bienveillante cette conduite du changement en apportant à la direction, comme aux salariés un soutien sur la base de séances mensuelles de régulation d'équipe, favorisant l'analyse de pratiques professionnelles, et de séances de supervision permettant aux professionnels de mieux adapter leur accompagnement aux comportements et difficultés des personnes accueillies.</p> <p>A l'instar des grandes orientations ministérielles, l'ACT PAGE est convaincu que sa politique d'accompagnement doit s'appuyer sur des logiques partenariales fortes et des interventions décloisonnées, ce qui requiert de consolider les coordinations stratégiques à l'échelle des territoires.</p> <p>Du fait de sa capacité d'accueil de 10 places l'ACT souhaiterait briguer l'agrément de 3 places supplémentaires auprès de l'ARS.</p> <p>Dans ce faire, l'ACT propose systématiquement sa collaboration aux différents échanges décisionnels et prospectifs du département et de la région.</p> <p>L'association se veut actrice des innovations et expérimentations locales qui respectent ses orientations et valeurs et souhaiterait notamment se positionner sur le secteur du handicap en mutualisant les moyens avec une autre structure locale.</p>
	Préconisations

	<p>prochain Projet d'Etablissement.</p> <p>Les ressources humaines et matérielles organisées pour des séances de réflexions collectives et de veille sur les changements, et leur évolution nécessaire au service pour atteindre les objectifs, devront être précisées dans le prochain Projet d'Etablissement.</p>
Observations de la structure	<p>Afin d'appréhender de façon pertinente et d'apporter un meilleur soutien aux personnes concernées par le handicap psychique un rapprochement avec une autre structure est amorcé pour favoriser la mutualisation de moyens et ainsi répondre à cet appel à projet.</p>
Validation	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

8	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponse apportées aux usagers</i>	Les recommandations de bonnes pratiques identifiées et disponibles au sein de l'établissement
		L'établissement a organisé une veille sur les publications de l'ANESM et de l'ANAP
		Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre
		Les procédures et outils afférents aux recommandations de bonnes pratiques sont utilisés autant que de besoins

Synthèse et observations	<p>L'établissement a organisé une veille sur les publications de l'ANESM et de l'ANAP, qui ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles.</p> <p>Ces recommandations regroupées dans un classeur et mises à disposition des professionnels.</p> <p>Au travers des différentes démarches d'évaluation internes (2008 et 2015), dans lesquelles l'établissement s'est précédemment engagé, un travail de réflexion a été fourni.</p> <p>Concernant l'hébergement, le projet d'aménagement de la demeure bourgeoise, investie aujourd'hui par l'ACT, a permis de mener une analyse concertée avec les résidents, sur l'accueil, le confort, le bien être, et l'adaptation du lieu de vie aux personnes accueillies.</p> <p>Concernant la prise en charge du quotidien, du projet personnalisé et l'analyse des souhaits de l'usager, une réflexion sur la requalification des compétences a été menée pour mieux répondre aux besoins des personnes accueillies.</p> <p>L'ensemble a donné lieu à la mise en place de nouveaux outils et procédures visant à améliorer les réponses aux usagers, allant dans le sens des RBPP.</p>
Préconisations	<p>La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponse apportées aux usagers est concrète à l'ACT PAGE et vaudra d'être plus valorisée dans la nouvelle version du Projet d'Etablissement.</p>
Observations de la structure	<p>Recommandation validée</p>
Validation	<p>Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben</p>

9	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité - prévention des situations de crise - mise en place d'un dispositif de régulation des conflits - techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes - plus généralement politique globale de gestion des risques</i>	Respect à la dignité droit à l'intimité de l'utilisateur
L'établissement a défini une politique globale de gestion des risques. Cette politique est inscrite dans le Projet d'Etablissement		
L'établissement a mis en place une organisation de la gestion des risques (personne ou comité – compétences – fiche de fonction...)		
Les documents de sécurité transmis en préalable à l'évaluation externe démontre que l'ensemble des éléments de sécurité sont suivis et que les recommandations des organismes de contrôle sont mis en œuvre		
Le document unique existe et permet le management de la prévention des risques professionnel (y compris les risques psycho-sociaux)		
La sécurité des lieux, des biens et des personnes est assurée		
Des processus à risques sont identifiés (Circuit du médicament, Circuit linge, déchets, bio-nettoyage...) et font l'objet d'une logique de mise sous assurance qualité		
Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge (Dénutrition, chutes, escarres, maltraitance...) sont identifiés et font l'objet d'un traitement institutionnel particulier		
Les protocoles de signalement de maltraitance existent et sont utilisés en cas de nécessité		
La logique de prévention des risques est inscrite dans le management de l'établissement		
Un système de signalement d'évènements indésirables existe et fonctionne au sein de l'établissement		
Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet d'un traitement institutionnel		
Des mécanismes de prévention de l'usure professionnelle sont mis en œuvre au sein de l'établissement		
Des mécanismes de régulation d'équipe et de solidarité professionnelle sont mis en œuvre au sein des équipes de l'établissement		
Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel		
L'application des normes d'hygiène et de sécurité à destination des usagers et des professionnels fait l'objet d'un suivi, d'évaluations et d'actions correctives		
Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein de l'établissement		
Des dispositifs de régulation de conflits existent au sein de l'établissement		

Synthèse et observations	<p>L'établissement a mis en place une organisation de la gestion des risques Les documents de sécurité transmis en préalable à l'évaluation externe démontrent que les éléments de sécurité sont suivis. L'évaluation externe sur site a par ailleurs permis de constater que la gestion des risques, est à l'œuvre dans la structure.</p> <p>DUERP : La gestion du risque est formalisée dans diverses procédures et documents, en particulier dans le DUERP et devra faire l'objet d'un paragraphe spécifique du</p>
---------------------------------	---

	<p>nouveau Projet d'Etablissement.</p> <p>Le document unique existe depuis juin 2014.</p> <p>Il est conforme au décret n° <i>article R 4121-1 à 4121-4 du Code du travail</i>.</p> <p>Il permet d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs et résidents.</p> <p>Il est réactualisé tous les ans.</p> <p>Ce document est mis à disposition des professionnels intervenant sur les appartements de coordination thérapeutique « PAGE ».</p> <p>Les 9 Principes généraux de prévention cités dans <i>l'Art L4121-2 du code du travail</i> y sont respectés:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <i>Eviter les risques,</i> 2- <i>Evaluer les risques qui ne peuvent être évités,</i> 3- <i>Combattre les risques à la source,</i> 4- <i>Adapter le travail à l'homme (postes de travail, équipements de travail, méthodes de travail et de production ...),</i> 5- <i>Tenir compte de l'évolution de la technique,</i> 6- <i>Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux,</i> 7- <i>Planifier la prévention (en y intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales, les facteurs ambiants),</i> 8- <i>Prendre des mesures de protection collective en priorité sur les mesures de protection individuelle,</i> 9- <i>Donner les instructions appropriées aux professionnels,</i> <p>L'étude sur la pénibilité au travail est réalisée sur la base de questionnaire de satisfaction réalisé 1 fois par an auprès des salariés.</p> <p>DARI</p> <p>Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein de l'établissement, toutefois, la gestion de situation de crise, devra faire l'objet d'un paragraphe spécifique dans le Projet d'Etablissement, et divers plans d'urgence, concernant, les épidémies de gale, de gastro entérites, de clostridium difficile, grippe, Ebola....</p> <p>L'ensemble des procédures concernant ces situations de risques infectieux pourraient être regroupés dans un classeur appelé Document des Activités à Risques Infectieux.</p> <p>Il existe une procédure de lavage des mains affichée à la cuisine et une procédure d'information sur les vaccinations requises.</p> <p>Il existe une procédure de prévention concernant les gestes et postures protecteur de TMS dans le cadre de l'accompagnement de la vie quotidienne.</p> <p>Sécurité des personnes :</p> <p>L'ensemble de l'équipe est formée au secourisme : formation SST.</p> <p>Prévention des risques liés à la maltraitance</p> <p>L'ACT veille à accueillir, dans le cadre de ses missions et capacités d'accueil, sans discrimination les usagers en recherche de lieu de vie, se présentant à lui.</p> <p>La liste des personnes qualifiées, conjointement ARS Occitanie et Conseil Général des Hautes Pyrénées, est affichée dans l'établissement et est annexée au livret ainsi qu'au règlement de fonctionnement</p> <p>Les dossiers des résidents, sont conservés dans des conditions propres à</p>
--	--

	<p>garantir leur accessibilité et leur confidentialité, y compris en cas d'urgence. Les informations confidentielles y sont protégées dans des armoires sécurisées dont les droits d'accès sont limités aux professionnels autorisés.</p> <p>L'extrait n°3 du casier judiciaire est demandé systématiquement à toute embauche des salariés ou accueil de stagiaire et bénévole, il figure au dossier de la personne au bureau du directeur.</p> <p>Un projet sur l'éthique en cours dans la structure issu de réflexion impliquant professionnels et usagers a été formalisé, il est abordé dans une procédure, ainsi que la prévention des risques de maltraitance.</p> <p>Une procédure a été formalisée après l'évaluation interne de 2015, concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la conduite à tenir et le recours des usagers en cas de maltraitance, en lien avec : la charte de bientraitance formalisée par l'ACT et acceptée par les résidents et les professionnels dès leur arrivée, - celle en cas de plainte de l'utilisateur. <p>Tout signalement au niveau du personnel passe par des entretiens avec Monsieur le Directeur, ou bien un membre du CA.</p> <p>Il existe une procédure de licenciement connue des salariés, prévoyant « <i>tout acte de maltraitance</i> ».</p> <p>Lors des entretiens annuels d'évaluation, une réflexion est menée avec le salarié sur les risques liés au travail, et une étude de pénibilité est réalisée avec le personnel, sur la base des fiches de recensement des activités, formalisées par poste de travail.</p> <p>Il existe une procédure formalisée de recueil des événements indésirables permettant aux professionnels comme à l'utilisateur de lancer une réflexion sur la situation relevée.</p> <p>Les rencontres des différents personnels ont permis d'observer un climat social favorable à l'épanouissement professionnel.</p> <p>Des mécanismes de régulation et de solidarité professionnelle sont mis en œuvre au sein de l'équipe de l'ACT.</p> <p>Les réunions pluri-professionnelles tous les 15 jours permettent une transversalité des informations et un décloisonnement de la communication au sein de l'équipe.</p> <p>Un groupe de régulation et des séances de supervision, animés mensuellement par un psychologue prestataire, permettent l'expression des professionnels et favorisent leur soutien lors d'un processus d'accompagnement difficile ou complexe.</p> <p>Cet aspect est certainement une force de l'établissement et mérite d'être mis en avant dans le Projet d'Etablissement.</p> <p>Sécurité des lieux :</p> <p>La demeure de caractère entièrement rénovée et investie en 2011 par l'association, permet une sécurité des lieux : sols réguliers et non glissants, lumières en état de fonctionnement dans les escaliers rénovés et les couloirs larges et sécurisés.</p> <p>L'ACT PAGE a défini une politique globale de gestion des risques sous l'aspect de la sécurité du bâtiment, (architecture de la maison entièrement</p>
--	---

	<p>rénovée en 2010, accessibilité, électricité, circuit de l'eau, incendie, chauffage, matéiovigilance sécurité des soins).</p> <p>Les contrats de maintenance, surveillance et contrôles existent.</p> <p>Sécurité incendie :</p> <p>Les consignes incendie sont affichées à tous les niveaux.</p> <p>Des exercices d'évacuation sont réalisés dans la structure 1 fois par an.</p> <p>La formation incendie est organisée dans les locaux de la résidence auprès de tous les employés, mais aussi auprès des usagers.</p> <p>Dès la première semaine de leur arrivée les résidents sont sensibilisés, aux consignes de sécurité concernant les petits matériels électriques, mais aussi aux consignes en cas d'incendie.</p> <p>La résidence comporte les trois types d'extincteurs, la maison et les appartements sont équipés d'alarmes incendie.</p> <p>Toutes les interventions concernant la sécurité incendie sont consignées dans le registre de sécurité sous la responsabilité de monsieur le directeur.</p> <p>L'ensemble des recommandations des organismes de contrôle sont mis en œuvre.</p> <p>Concernant l'hygiène des locaux :</p> <p>Les locaux sont propres, décorés avec goût et agréables à vivre.</p> <p>Actuellement depuis le départ de la maitresse de maison, l'ensemble des professionnels et des usagers en fonction de leurs capacités, participent à l'hygiène des locaux.</p> <p>Fait notable : une résidente sortante va être embauchée, pour aider à l'hygiène des locaux.</p> <p>Dans la mesure des possibilités de chacun, les résidents s'occupent du nettoyage de leur logement, mais ils peuvent être aidés en cela par l'éducateur, ou en son absence, n'importe quel membre de l'équipe.</p> <p>Il en est de même pour le traitement du linge.</p> <p>L'établissement envisage de réaliser avec les résidents un petit guide concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hygiène des locaux, - le traitement du linge, - l'hygiène corporelle. <p>Circuit des déchets :</p> <p>Le circuit des déchets usagers est organisé. Les déchets sont collectés par la mairie. Le tri sélectif est en place.</p> <p>Sécurité face aux agressions extérieures :</p> <p>L'accès à la maison de caractère est protégé par un code d'entrée, et chaque résident possède une clé de son logement, identifié par tous comme un lieu privatif.</p> <p>Protection des droits des résidents :</p> <p>-Concernant la protection des droits des résidents, mais aussi leur soutien psychologique : la psychologue intervient, en fonction des besoins, sous différentes formes au sein de l'équipe pluridisciplinaire.</p>
<p>Préconisations</p>	<p>-Au regard des procédures existantes, des actions menées par l'établissement et de ce qui a été constaté sur place, la réflexion sur l'éthique et la</p>

	bientraitance, la prévention de la maltraitance, la gestion des risques est présente au quotidien, mais nécessite plus de formalisation dans le Projet d'Établissement afin de pouvoir être traitée comme des axes stratégiques à part entière.
Observations de la structure	Réflexion en cours afin d'intégrer ces notions dans le PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

10	Éléments d'évaluation	Points clés
<i>Capacité de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions</i>		L'interface entre le domicile ou l'établissement d'amont et l'établissement fait l'objet d'un recueil d'information pertinent et d'un travail collectif de cohérence et de continuité.
		Durant le séjour, des mécanismes de transmission entre les équipes, de non-cloisonnement des équipes, de prise en compte collective des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de régulation d'équipes permettent d'assurer une cohérence et une continuité des prises en charge
		Des mécanismes de gestion des ressources humaines permettent de palier (même de manière dégradée) les absences et besoins de remplacement et d'astreinte durant les périodes de congés
		Des conventions et des rencontres avec les intervenants extérieurs et/ou les bénévoles permettent d'inscrire leur action dans la cohérence des prises en charge au sein de l'établissement
		Lors d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un établissement d'aval, l'établissement met en œuvre une fiche de liaison permettant d'assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
		Le dossier de l'utilisateur est « bien tenu » et disponible à tout moment

Synthèse et observations	<p>L'interface entre le domicile ou l'établissement d'amont et l'ACT fait l'objet d'un recueil d'information pertinent et d'un travail collectif de cohérence et de continuité. Pour évaluer l'admissibilité des personnes postulantes, L'ACT a mis en place une évaluation standardisée décrite précédemment.</p> <p>Un système de classement personnalisé et sécurisé des projets de soins et projets sociaux des résidents dans des armoires fermées à clé, permet une transmission des informations en temps réel.</p> <p>Tous les échanges transversaux d'informations permettent un accompagnement cohérent et continu.</p> <p>Les réunions institutionnelles sont également un avantage de cohérence et de continuité de prise en charge.</p> <p>La réunion de synthèse tous les 15 jours concernant le Projet Individualisé des usagers est faite en commun. Ainsi, l'ensemble des professionnels dispose d'informations identiques au même moment, ce qui garantit une cohérence et une continuité de prise en charge.</p> <p>Lors de réorientation d'utilisateur les transferts d'informations sont faits pour assurer l'accompagnement personnalisé le plus adapté.</p> <p>Hors des horaires d'ouverture le directeur, et en son absence, un membre du</p>
---------------------------------	---

	<p>Conseil d'administration assure une astreinte, téléphonique, et physique si nécessaire.</p> <p>Des conventions avec des intervenants extérieurs viennent consolider les échanges partenariaux en vue d'assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions ne pouvant pas être faites par les salariés de l'ACT.</p> <p>Par ailleurs, il existe un réseau d'intervenants repérés conventionnés à chaque fois que possible, afin de proposer une continuité de service et de prise en charge.</p> <p>Chaque professionnel selon ses compétences et missions utilise les forces du territoire pour améliorer l'accompagnement des usagers dont il a le suivi (exemple : Médecin et IDEC = médecins traitant, hôpitaux, médecins spécialistes, Educateur = Mairie, Préfecture, CAF, CCAS, aides à domicile, Missions locales, Pôle Emploi, AFPA, Maison des Associations, Centres Culturels, ...), psychologue (CMP, Centre d'addictologie, ASE, familles, UDAF...)</p> <p>Les échanges d'informations lors d'hospitalisations sont systématiques.</p> <p>A l'issue de leur séjour, le départ des résidents de l'ACT est préparé par les professionnels de façon à leur permettre la plus grande autonomie dans leur vie future. Les informations médicales contenues dans le dossier de soins sont remises à l'utilisateur.</p> <p>Fait remarquable dans le cadre de son Projet Individualisé, mais aussi du projet de service l'ACT, une résidente sortante va se voir proposer un contrat de travail, à compter de 2017, (CUI CIE), dans un objectif de l'accompagner dans son insertion sociale et professionnelle, et de lui offrir une couverture sociale au titre de salariée.</p>
Préconisations	La capacité de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions constitue un point fort du travail d'accompagnement de l'ACT et mériterait d'être formalisé dans la prochaine version du Projet d'Etablissement.
Observations de la structure	Préconisation retenue qui sera mentionnée dans le PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

11a

Eléments d'évaluation	Points clés
<i>Respect de la réglementation en vigueur</i>	Les singularités législatives et réglementaires repérées dans le Chapitre 1 sont mises en œuvre
Synthèse et observations	L'établissement satisfait globalement aux obligations du cadre législatif prescrit étant entendu que les actions qui en découlent sont soit mises en œuvre, soit prévues.
Préconisations	
Observations de la structure	Pérenniser les actions en cours.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

11b	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM</i>	Assurer au résident un cadre de vie chaleureux et en adéquation avec ses besoins Dispenser et fournir des prestations essentielles (restauration, hôtellerie, lingerie) dans le respect de la réglementation et des besoins des résidents en regard de leurs situations de dépendance

Synthèse et observations	<p>L'établissement s'emploie à mettre en œuvre les recommandations ANESM. Celles-ci apparaissent clairement dans les pratiques professionnelles développées et sont philosophiquement intégrées aux modes de pensées des professionnels à l'endroit des usagers.</p> <p>Sur l'hébergement, un soin particulier est accordé au côté privé du logement, au respect du rythme et des desideratas de chaque usager.</p> <p>La relation d'aide, la bientraitance, l'approche systémique, l'accompagnement, la fin de vie, la dynamique d'équipe sont inscrites au plan de formation comme des actions prioritaires, ce qui dénote la volonté de la direction de se situer dans le respect des critères énoncés par les recommandations de bonnes pratiques.</p>
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la mise en application de la totalité des critères énoncés par l'ANESM notamment concernant l'élaboration du Projet d'Etablissement. - Faire une présentation de l'évaluation annuelle du Projet d'Etablissement à l'ensemble du personnel et aux usagers sur le même principe de ce qui a été fait pour l'évaluation interne : impliquer la démarche qualité dans ce travail d'évaluation.
Observations de la structure	RAS.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

12	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Formes de mobilisation des professionnels (observation de l'organisation collective)</i>	L'établissement est organisé pour permettre des échanges d'informations entre équipes et pluridisciplinaires
		L'établissement est organisé pour permettre aux équipes d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail et leurs modifications
		L'établissement recueille les besoins de formation et élabore un plan annuel de formation
Le climat social est plutôt favorable au développement professionnel		

Synthèse et observations	<p>Une procédure spécifique a été formalisée pour optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accueil des stagiaires, - le recrutement de tout nouveau salarié. <p>A l'ACT PAGE tout nouveau salarié et professionnel accueilli, bénéficie donc</p>
---------------------------------	--

	<p>d'un accueil personnalisé.</p> <p>En plus du règlement intérieur, expliqué au nouveau professionnel, lors de l'embauche par Monsieur le Directeur et repris lors de l'intégration du salarié en recherchant son consentement éclairé, avant signature de sa part, une procédure et un livret d'accueil du nouveau salarié, permettent une facilitation de son intégration au sein de la structure.</p> <p>Le livret d'accueil du salarié, permet d'aborder avec lui les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation générale de l'ACT « PAGE », - Projet d'Etablissement, - Contrat de travail, - Règlement intérieur et discipline, - Informations relatives à la rémunération, en fonction de la convention collective 66, - Formation, - Vie sociale au sein de la structure, (restauration, médecine du travail, caisse de retraite, prévoyance), - Conseils pratiques, (utilisation du véhicule de service, frais de formation...), - Sanction au défaut de transmission d'informations préoccupantes, de signalement. <p>L'organisation collective propose différentes instances et temps de communication permettant les échanges d'informations : réunions d'équipes tous les 15 jours, de synthèse, thématiques, etc.</p> <p>Le leadership du Directeur impacte fortement la vie de l'établissement de manière positive dans le sens où les projets sont portés et aboutissent au bénéfice de l'accompagnement de l'utilisateur.</p> <p>Les réunions de régulation, et de supervision mensuelles, permettent l'analyse de la pratique professionnelle, et l'adaptation permanente des modalités individuelles et collectives d'accompagnement.</p> <p>Lors des réunions institutionnelles, les décisions relatives à l'accompagnement des usagers sont discutées et débattues en équipe.</p> <p>Les consensus sur les méthodes de travail sont arrêtés à ce moment-là et les objectifs d'accompagnement sont définis. Une fois que les actions sont posées, les professionnels concernés les mettent en œuvre et les moyens sont dégagés pour atteindre les objectifs fixés.</p> <p>Suite à la formation sur l'éducation thérapeutique, les professionnels sont sensibilisés sur la démarche projet avec identification préalable d'objectifs, choix d'indicateurs et mesure d'efficacité des accompagnements proposés.</p> <p>Les modifications d'objectifs d'accompagnement font également l'objet d'une réunion pluridisciplinaire.</p> <p>Le questionnaire de satisfaction des salariés réalisé une fois par an, ainsi que les entretiens individuels annuels, mais aussi le travail de réflexion sur les procédures, sont aussi des modalités de discussions, d'échanges et d'évaluation des accompagnements et de l'action proposés en regard de la mission de l'ACT, des besoins identifiés chez les personnes accueillies, plus collectivement auprès de l'équipe de professionnels.</p>
Préconisations	<p>Toutes ces mesures permettant l'accueil et la mobilisation collective des professionnels de l'ACT, sont le socle de la gestion des ressources humaines en place dans la structure, elles gagneront à être explicitées dans le futur Projet d'Etablissement.</p>
Observations de la structure	<p>Préconisation validée par la structure.</p>

Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben
-------------------	--

13	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle</i>	La fatigue et l'usure professionnelles font parties des risques identifiés dans la politique de gestion des risques.
		Des dispositifs de prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle sont mis en œuvre (Groupe de parole, soutien psychologique, analyse de pratiques...)
Le management assure le suivi individuel et collectif des professionnels, les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés, les valeurs de solidarité professionnelle et d'équipe sont portées		

Synthèse et observations	<p>- L'ACT applique le code du travail renforcé par l'adhésion à la CC66 : les références permanentes à la CC66 et au code du travail garantissent les droits des salariés.</p> <p>Le document unique repère les risques professionnels par poste, sur des fiches de recensement des activités, toutes fournies en amont de l'évaluation.</p> <p>Une analyse des risques psychosociaux est faite annuellement et la question du stress a été abordée dans le questionnaire annuel de satisfaction à remplir par les salariés.</p> <p>Mensuellement, un temps réservé à l'analyse de pratiques est organisé par de la régulation d'équipe, mais aussi de la supervision animées par un psychothérapeute partenaire pour permettre à l'équipe de professionnels d'adapter les accompagnements proposées au comportement du public accueilli.</p> <p>Les réunions institutionnelles permettent l'expression des professionnels et favorisent leur soutien individuel, lors d'un processus d'accompagnement qui s'avère difficile ou complexe.</p> <p>Un entretien professionnel individuel annuel est prévu dans l'organisation managériale de l'ACT.</p> <p>Tout professionnel rencontrant une difficulté dans le cadre de son travail, peut demander un rendez-vous avec la trésorière de l'association, en charge des ressources humaines.</p> <p>Dans tous les cas des solutions sont recherchées, une suite sera systématiquement donnée au salarié et un compte rendu de l'entretien, et des suites données seront formalisées et co-signées par le salarié, et la responsable des ressources humaines.</p> <p>La formation est aussi une des modalités de perfectionnement et de professionnalisation des équipes et de prévention de la fatigabilité au travail. Le plan de formation est bâti en fonction des besoins repérés de la structure, et des professionnels.</p> <p>Tous les ans une ou plusieurs formations sont réalisées sur l'ensemble des professionnels, en plus des formations de sécurités (habilitation électrique, SST, incendie).</p> <p>C'est dans ce cadre qu'ont été formés l'ensemble des professionnels à l'éducation thérapeutique, par exemple. C'est aussi dans ce cadre, que les professionnels ont tous été formés sur la bientraitance en lien avec les recommandations de l'ANESM, la relation d'aide, l'approche systémique, la fin de vie, l'accompagnement, la dynamique d'équipe...</p>
---------------------------------	---

	<p>En 2017, il est prévu de faire une formation de l'ensemble de l'équipe sur les TROD (Test de Dépistage Rapide à Orientation Diagnostiques), dans un but préventif.</p> <p>La fédération FNH VIH Autres pathologies, à laquelle adhère l'ACT PAGE, propose aussi un calendrier annuel de formations dont certaines sont gratuites.</p>
Préconisations	<p>L'ensemble de ces dispositifs d'alerte et de formation permettant de prévenir la fatigue professionnelle seraient à décrire dans le prochain Projet d'Etablissement.</p> <p>Un aménagement des locaux, et l'installation d'une cloison, au réze de chaussée, permettraient un plus grand confort des professionnels, tout en optimisant la garantie de la confidentialité, des usagers reçus lors d'entretiens ou dans le cadre du projet individualisé.</p>
Observations de la structure	Des devis ont été demandés afin de réorganiser les locaux actuels (bureau de l'infirmière coordinatrice, bureau de la psychologue et salle de réunion).
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

14	Eléments d'évaluation	Points clés
	<i>Rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques.</i>	L'établissement a une activité cohérente avec son agrément.
		L'établissement connaît et analyse la perception qu'ont de lui les usagers et les partenaires
L'établissement a formalisé des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'utilisateur		

Synthèse et observations	<p>Les activités développées par l'établissement sont en totale conformité avec les agréments.</p> <p>Les services d'accompagnement au projet médical et à la vie sociale sont également dans la cohérence avec cet agrément : l'accompagnement proposé relève des besoins des usagers qui y sont accompagnés.</p> <p>Les coopérations interprofessionnelles sont effectivement à l'œuvre.</p> <p>On retrouve des collaborations inter institutionnelles avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'autres ACT. (ex : SID'AVENIR à PAU), et La CLEF à Toulouse, - des établissements sanitaires ou des ESSMS (ex : centre d'addictologie de Lannemezan, L'ARBIZON à BAGNERES de Bigorre, Le MONTAIGU à ASTUGUE), - ou associations (MEDIANE, APF....) via les conventions de partenariat déjà formalisées ou en cours de formalisation. <p>La proximité géographique avec ces établissements ou associations favorise échanges et collaborations interprofessionnelles.</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire est organisée pour que l'accompagnement soit fait avec cohérence et continuité.</p>
Préconisations	Ces coopérations à l'œuvre sur le terrain, seraient à formaliser dans la prochaine version du Projet d'Etablissement.
Observations de la structure	Le listing des partenaires est établi et la présentation de ces structures en cours d'élaboration, ils seront introduits dans le futur PE.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

15	Eléments d'évaluation	Points clés
-----------	------------------------------	--------------------

<i>Inscription de l'établissement dans un territoire donné</i>	L'établissement a pris en compte le réseau de proximité et utilise les ressources du milieu
	L'établissement joue un rôle local en termes de prévention sanitaire et social
	L'établissement joue un rôle local en matière en termes d'amélioration du fonctionnement général de la filière dans laquelle il s'inscrit
	L'établissement joue un rôle local comme acteur économique
	Les usagers participent à la vie de la cité

Synthèse et observations	<p>-Comme indiqué précédemment, l'ACT du fait des dimensions plurielles de sa mission, a su identifier son environnement, et développer des liens, conventionnés à chaque fois que possible, avec de nombreux partenaires ressources, pour améliorer l'accompagnement proposé aux usagers.</p> <p>-L'ensemble des partenaires interrogés se dit très satisfait des modalités de collaboration, de leur relation et du travail commun réalisé avec l'ACT.</p> <p>-Ils évoquent, « la disponibilité », « les facilitations administratives » et « la transparence » de l'association dans le cadre du travail commun.</p> <p>Ils évoquent « la cohérence du partenariat », indiquant que celui-ci permet un renforcement de l'accompagnement de l'utilisateur et de la pédagogie, sur les mesures proposées.</p> <p>Ils indiquent « que ce mode de collaboration, participative, contribue à renforcer le sens pour l'utilisateur ».</p> <p>L'UDAF 65, dit par exemple de ce partenariat : « il s'agit d'un travail commun qui a et donne du sens », parle de « discours concerté », de « la qualité de la prestation qui sert le projet de la personne accueillie », et insiste sur la « disponibilité de l'accueil téléphonique et physique de l'ACT », dans le cadre des collaborations.</p> <p>-Globalement, L'ACT est présent au niveau local et semble être repéré par les différents acteurs du territoire.</p> <p>-Le site réalisé en 2016, contribue à communiquer sur l'ACT auprès d'utilisateurs et de partenaires extérieurs et témoigne d'une volonté d'ouverture sur son environnement.</p> <p>Les utilisateurs accueillis par les établissements participent à la vie de la cité.</p>
Préconisations	<p>L'inscription de l'ACT PAGE dans son territoire, est une force de l'association et serait à détailler dans la prochaine version du Projet d'Etablissement.</p> <p>Le réseau serait à identifier dans le Projet d'Etablissement sous forme de schéma, pour le rendre plus lisible, en fonction des temps d'intervention, des publics accueillis, et types d'accompagnement (social, culturel, médical, professionnel...)</p>
Observations de la structure	Préconisation retenue.
Validation	Date: 20 02 2017 Interlocuteur : Directeur Monsieur Bouhaben

Chapitre 5 : Synthèse

Synthèse selon le modèle de synthèse proposé par l'ANESM et l'annexe 4 de la circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux

1. La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'ESSMS: principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.); résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés :

-Deux évaluations internes ont fait l'objet d'un travail collectif conséquent, réalisé évalué en préalable de l'évaluation externe.

L'ACT avait effectué une première évaluation interne en 2008, sur la base du référentiel spécifique à la mission d'ACT, proposé par la Fédération Nationale d'Hébergements VIH (FNH VIH et autres pathologies).

Depuis les conditions objectives de fonctionnement, ayant subi des modifications profondes sur plusieurs registres :

- Achat et aménagement du nouveau site de la structure, avec les changements inhérents à ce déménagement.

- La composition de l'équipe repensée :

-Arrivée d'un médecin coordinateur, pour assurer un suivi efficace de la santé de résidents aux pathologies lourdes.

-Recomposition de l'équipe à la faveur de départ pour répondre aux besoins de la population accompagnée, et diversifier l'offre et adapter le plateau technique.

Le directeur, en accord avec le conseil d'administration, a opté pour une stratégie d'évaluation de l'existant par une seconde évaluation interne, réalisée en 2015 sur la base du même référentiel (FNH VIH et autres pathologies).

Ces deux évaluations internes ont servi de base à l'évaluation externe en 2016.

Les plans d'amélioration posés en 2008, puis en 2015, à l'issue de ces évaluations internes ont été mis en œuvre et largement développés pour une démarche d'amélioration par la qualité.

-L'évaluation interne a été réalisée sur la base du référentiel (FNH VIH et autres pathologies) balayant :

- les dimensions liées au service à la personne,
- les dimensions liées aux droits des usagers,
- les dimensions liées à l'éthique et déontologie,
- les dimensions liées à la gestion des ressources humaines,
- les dimensions liées au processus de direction,
- les dimensions liées à la gestion des ressources matérielles,

-les dimensions liées à la structure dans son environnement

A partir :

- des 5 Axes de la recommandation de l'A.N.E.S.M.:

- garantie des droits individuels et collectifs

- prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents,

- l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne,

- personnalisation de l'accompagnement,

- accompagnement de fin de vie,

- des recommandations de bonne pratique de l'A.N.E.S.M.,
- des procédures internes de la structure.

-La démarche d'évaluation interne, conduite sur les deux évaluations, (celle de 2008 et celle de 2015), de manière participative, s'inscrit naturellement dans le cadre de la politique qualité et des démarches d'amélioration continues des prestations aux résidents.

-Les mesures d'amélioration y ont été planifiées avec échéancier.

-Chaque action planifiée sur le plan d'amélioration de la qualité dispose à son échéance, d'un tableau de bord doté de ses propres indicateurs.

Cette démarche de planification d'amélioration de la qualité devra être reprise dans le cadre de la mise à jour du Projet d'Etablissement.

- 2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'A.N.E.S.M. par l'ESSMS

-Les RBPP sont prises en compte dans les éléments d'évaluation et sont intégrées dans la politique qualité.

-La promotion de la bientraitance est à l'œuvre dans l'établissement mais devra être plus clairement décrite dans le PE.

-La communication concernant la mise en œuvre des plans d'actions issus des réponses au référentiel d'évaluation interne est mise en œuvre dans le cadre d'une contribution effective des personnels et des usagers.

A/ Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du Projet d'Etablissement et organisation de la qualité de la prise en charge des usagers

- 3. Le PE : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions :

- L'ACT possède un Projet d'Etablissement formalisé dont le contenu est transmis aux salariés et aux usagers dès leur arrivée dans le cadre de leur procédure d'accueil.

Le Projet a été élaboré sur le mode d'une construction participative et pluridisciplinaire.

Les résidents ont été consultés pour l'élaboration et la réactualisation du projet.

Les dernières modifications sont intervenues en 2008.

On peut parler d'adaptation continue du Projet d'Etablissement, même si celui-ci mériterait à ce jour d'être réévalué dans le cadre de son suivi à l'éclairage des évaluations internes et de l'évaluation externe.

- Un rapport d'activité annuel est publié, mis à disposition des salariés et présenté au CA.

Fait remarquable l'ACT PAGE fut l'un des premiers établissements à expérimenter le modèle du rapport d'activité standardisé, permettant une formalisation du dispositif de gestion, et un report optimisé à la Fédération Nationale d'Hébergement VIH (FNH- VIH et autres pathologies).

- L'activité de l'ACT est en adéquation avec l'objet de l'association PAGE, pour cela le projet associatif et celui d'établissement ne sont qu'un seul et même document.

-Les objectifs du Projet d'Etablissement sont en adéquation avec les besoins repérés et les missions

imparties.

Ils devront toutefois être formalisés plus en détail sur la prochaine version du Projet d'Établissement, afin de valoriser le travail à l'œuvre au sein de l'ACT.

-Mettre en place un tableau de bord doté d'indicateurs de suivi des objectifs opérationnels du prochain Projet d'Établissement.

- 4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention :

-L'évolution de la structure établissement témoigne de sa capacité à faire évoluer son organisation.

-La politique budgétaire de l'ACT concourt à la pérennité de l'activité, ainsi qu'à l'amélioration du service rendu : l'investissement sur un nouveau site de qualité, l'amélioration effectuée en sont les messages forts. La politique budgétaire de l'association concourt à l'atteinte de ses objectifs définis par le projet associatif.

-L'ACT a su acquérir des compétences dans le temps, comme le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice pour assurer un suivi efficace de la santé de résidents aux pathologies lourdes.

-Le conventionnement en 2015, avec une psychologue, totalement intégrée à l'équipe de salariés, en mutualisation avec un autre ESSMS, permet aussi d'élargir le plateau technique pour mieux répondre aux besoins de la population accompagnée.

-L'effort de formation et notamment la formation à l'éducation thérapeutique proposée à l'ensemble des salariés a permis d'améliorer la procédure d'accompagnement du Projet Individualisé et permet à l'usager de bénéficier de l'accompagnement de professionnels qualifiés en capacité de faire face à l'évolution des demandes.

-Conjointement, et dans la même dynamique, l'établissement a développé un réseau pour améliorer l'accompagnement proposé des résidents.

-Une évaluation annuelle des collaborations et partenariats serait à organiser formellement pour en optimiser l'efficacité.

- 5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) :

-L'analyse des besoins formulée dans le PE prend en compte les éléments qui ont présidé à la définition des objectifs, dans le recrutement, le management et la formation du personnel.

-Les réunions institutionnelles thématiques, les réunions de transmissions, réunions pluridisciplinaires d'équipe, réunions de synthèse concernant les projets individualisés, les réunions avec les résidents concernant leur Projet Individualisé, les réunions d'expression collectives des résidents en lieu et place de CVS, les analyses de pratique et séances de supervision mensuelles permettent d'orienter les choix de formation, fait par l'ACT, en fonction des besoins des résidents.

- 6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences :

-Les modalités d'accompagnement des professionnels sont effectives et pertinentes.
-Les choix et décisions institutionnels concernant l'accompagnement des résidents sont discutés et partagés en réunion pluridisciplinaires.
-Les consensus sur les méthodes de travail pour accompagner chaque PI sont arrêtés lors de ces rencontres.

- 7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'établissement et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines :

-Des mécanismes agissant sur la prévention de l'usure professionnelle existent et sont opérants.
-Les personnels interrogés ont le sentiment d'être entendus et de disposer d'une latitude de travail et d'une autonomie appréciées. Le plan de formation intègre cette donnée.
-L'établissement dispose d'un document d'évaluation des risques professionnels, qui intègre en particulier les risques psychosociaux, évoquant les procédures formalisées en prévention des risques identifiés, remis à jour tous les ans.
- L'ACT applique le code du travail renforcé par l'adhésion à la CC66 : les références permanentes à la CC66 et au code du travail garantissent les droits des salariés.
-Des éléments d'évaluation de « l'ambiance au travail » et de satisfaction des professionnels sont collectés à travers une enquête de satisfaction annuelle des professionnels, et de l'entretien annuel des salariés.

Le climat serein au sein de l'ACT expliquerait qu'aujourd'hui, ces dispositifs de prévention de risques de fatigabilité au travail pourtant bien à l'œuvre sur le terrain, ne fassent pas l'objet d'un paragraphe dans le Projet d'Etablissement. Un développement sur le sujet serait à prévoir dans le prochain Projet.

Un aménagement des locaux, et l'installation d'une cloison, au réz de chaussée, permettraient un plus grand confort des professionnels, tout en optimisant la garantie de la confidentialité, des usagers reçus lors d'entretiens ou dans le cadre du projet individualisé.

- 8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers :

-L'ACT PAGE dispose et utilise des procédures et outils permettant d'adapter les accompagnements aux besoins des populations accueillies.

Cette personnalisation de l'accompagnement se traduit notamment dans les procédures et outils d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des Projets individualisés.

Les organisations de travail, l'aménagement dans une demeure de caractère, complètement rénovée et adaptée à la population reçue, au cœur de la cité de Séméac, participent à la politique volontariste d'amélioration continue de la qualité des prestations proposées aux résidents dans leur accompagnement médico-social.

L'ACT PAGE propose pour sa part des réponses et activités qui intègrent au plus près les attentes et souhaits des personnes accueillies et accompagnées.

- 9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS :

-Les objectifs développés dans les projets personnalisés sont cohérents avec les missions imparties et les valeurs de l'association déterminant les objectifs stratégiques de l'association.

Ces objectifs stratégiques devront plus clairement apparaître dans le nouveau Projet d'Etablissement. Ils seront déclinés en objectifs opérationnels pour les usagers, pour les personnels et intervenants extérieurs, pour les partenaires.

-Les grilles d'analyse, tableaux de bord développés et les indicateurs à l'œuvre pour l'évaluation des projets individualisés, devront être évoqués en cohérence avec les objectifs opérationnels déclinés dans le projet rénové de l'ACT.

B/ Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

- 10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement :

-L'ACT, hébergé dans une demeure de style, géographiquement situé au sein d'un quartier résidentiel, s'inscrit naturellement dans son environnement et participe à maintenir, favoriser et développer la dimension sociale des personnes accueillies ou accompagnées.

-Les activités d'accompagnement médico-social, et socioculturel s'inscrivent dans cette politique d'ouverture vers l'extérieur, dans le cadre de conventions à chaque fois que possible.

-L'établissement complète les compétences professionnelles au service de l'accompagnement des résidents en faisant intervenir des prestataires libéraux, (Psychologue, médecins, kinésithérapeutes...), en participant à des réunions de veille, permettant ainsi une optimisation du management et des accompagnements des résidents...

-L'ACT organise la continuité des soins des résidents grâce à des réseaux et partenariats conventionnés à chaque fois que nécessaire.

Les commerces, la pharmacie, les partenaires en charge des accompagnements dans les actes de la vie quotidienne, à domicile, les dispositifs médicaux, avec lesquels il travaille régulièrement, l'ensemble des dispositifs d'accompagnement social ou professionnels, mais aussi l'offre d'activités culturelles ou de loisir attestent de l'ouverture de l'établissement, renforçant les dispositifs d'inclusion au cœur de la cité pour les résidents.

L'ACT PAGE est convaincu que sa politique d'accompagnement doit s'appuyer sur des logiques partenariales fortes et des interventions décloisonnées, ce qui requiert de consolider les coordinations stratégiques à l'échelle des territoires.

Du fait de sa capacité d'accueil de 10 places l'ACT souhaiterait briguer l'agrément de 3 places supplémentaires auprès de l'ARS.

Par ailleurs, l'association qui se veut actrice des innovations et expérimentations locales respectant ses orientations et valeurs souhaiterait se positionner sur le secteur du handicap.

-Une évaluation plus formalisée des différents partenariats pourrait être mise en œuvre, afin d'en mesurer l'efficience et les bénéfices sur les résidents.

▪ 11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS :

-Compte tenu de son architecture élégante, l'ACT PAGE situé au cœur de la cité de Séméac jouit d'une belle image.

-Sa direction, très implantée dans le territoire a su impulser les nombreux partenariats cités précédemment.

-L'ensemble des partenaires interrogés lors de l'évaluation externe attestent de la qualité des collaborations servant le projet des personnes accueillies.

▪ 12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions :

-Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des intervenants libéraux font l'objet d'une même politique que pour les personnels internes.

-Les supports du Projet Individualisé et les procédures, les réunions pluridisciplinaires, et l'intégration des résidents à leur projet, contribuent activement à faciliter les coordinations dans la mise en œuvre au quotidien des Projets Individualisés.

▪ 13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettent de développer le caractère accueillant de l'ESSMS :

-L'ACT PAGE, s'inscrit naturellement dans son environnement et participe ainsi, directement ou de manière induite, à maintenir, favoriser le soin et développer la dimension sociale des personnes accueillies ou accompagnées dans une recherche permanente d'autonomie, en vue de la préparation à leur vie future.

-les résidents bénéficient ainsi d'un environnement protégé de qualité, leur permettant de

progresser, d'apprendre ou de réapprendre à se réaliser, et à trouver leur place dans la société malgré leurs problématiques souvent lourdes.

- La qualité de l'habitation et de son entretien contribue à la qualité de vie des usagers.

-La citoyenneté des résidents est respectée,

-Un réseau Wifi, et un accompagnement informatique permet aux résidents, avec ou sans assistance, de communiquer avec l'extérieur, notamment avec leurs familles souvent éloignées dans la mesure où l'ACT reçoit une majorité de personnes isolées.

Fait remarquable l'ACT a investi en 2016 dans un site de présentation de l'association et des modalités d'accueil proposées.

C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

- 14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire :

-Tous les documents règlementaires existent et sont opérationnels.

- Le groupe d'expression mis en œuvre en lieu et place du CVS 3 fois par an, les 2 enquêtes de satisfaction des résidents durant leur séjour, et celle réalisée à sa sortie, remplissent leur mission.

- Les procédures d'élaboration et de révision des Projets Individualisés répondent à l'attente et aux souhaits des résidents accueillis, comme aux spécificités des missions de l'établissement.

-L'accueil et l'accompagnement des résidents sont personnalisés, avec une notion d'adhésion du résident, le mettant systématiquement au cœur du dispositif.

-l'évaluation de l'autonomie, des capacités et des besoins des résidents est faite dans le cadre du Projet Individualisé.

-L'ACT prend en compte les souhaits de résidents et de leur famille, y compris ceux éventuellement relatifs au décès.

-l'équipe pluridisciplinaire, (Directeur, Médecin coordinateur, l'IDEC, Travailleur social, Psychologue, et autres prestataires extérieurs selon les besoins du résident), coordonnent les Projets Individualisés. Cet accompagnement requiert la participation du résident et son consentement éclairé.

- 15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant :

-La participation des résidents à l'élaboration et la réalisation de leur Projet Personnalisé d'Accompagnement est effective.

-Les outils proposés par l'établissement aux résidents :

-2 questionnaires de satisfaction durant le séjour et 1 à la sortie,
-Le cahier des doléances, et la boîte à idées,
-le groupe d'expression des résidents en lieu et place du C.V.S. et les diverses réunions institutionnelles ou commissions thématiques avec les résidents,
-la disponibilité de la Psychologue sur rendez-vous, des résidents et/ou des familles,
-la réévaluation régulière (1 mois après l'arrivée du résident, puis tous les 3 mois au maximum, en lien avec les besoins des usagers), des objectifs de chaque Projet Personnalisé d'Accompagnement établi,
favorisent l'adaptation, la personnalisation et l'interactivité entre le résident et l'ACT PAGE, pour son Projet d'Accompagnement Personnalisé et la prise en compte de ses besoins individuels et des attentes collectives des résidents et de leur famille.

- 16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées :

-Comme indiqué précédemment, les Projets individualisés sont élaborés et actualisés, au bout d'1 mois à l'arrivée des résidents, puis, au maximum, tous les 3 mois, soit 4 fois plus souvent que l'exige la réglementation, mais aussi, en fonction des besoins des résidents qui peuvent susciter une évaluation intermédiaire et un ajustement ad hoc.
-Un ajustement après la réunion pluridisciplinaire de synthèse, est systématiquement réalisé avec chacun des résidents.

- 17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers :

-L'accès aux informations le concernant pour le résident, (le cas échéant son représentant légal ou la personne qu'il désignerait à cet effet), est conforme aux dispositions légales et réglementaires et facilité dans leur compréhension par les personnels référents ou désignés par la direction selon le besoin pédagogique.

- 18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers :

-Le mode d'association des résidents à la vie de l'établissement (réunions institutionnelles, lieux d'échanges et de participations, procédures concernant l'accompagnement et l'accueil...), favorise la prise en compte de la perception des services de l'établissement par les résidents.

- 19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement :

-L'association des résidents à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leur Projet Individualisé, les rencontres dédiées aux échanges individuels avec les résidents, les réunions institutionnelles et la prise en compte dans l'adaptation des accompagnements des informations recueillies, contribuent à la politique d'amélioration continue de la qualité

des prestations et à l'expression collective et individuelle des personnes accueillies.

D/ Garantie des droits et la politique de prévention et gestion des risques

- 20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité :

-L'architecture des locaux permettent de respecter la sécurité, la dignité et l'intimité des résidents accueillis.
-Les organisations et procédures formalisées de travail, les compétences, les formations et accompagnements des équipes de professionnels, ainsi que l'application de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, confirment la politique de l'Etablissement à promouvoir le respect de la vie privée et de la dignité des résidents.
-Toutefois un aménagement des locaux, et l'installation d'une cloison, au réze de chaussée, permettraient de faciliter la garantie de la confidentialité, des usagers reçus lors d'entretiens ou dans le cadre du projet individualisé.

- 21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance :

Il y a dans l'établissement de culture systématisée la traçabilité des événements indésirables. Ces derniers sont repris et travaillés en équipes pluridisciplinaires, en réunions thématiques si nécessaire, ou lors des réunions d'équipe tous les quinze jours, ou encore en groupe d'analyse des pratiques, mensuellement, et sont traités.

L'établissement travaille actuellement à un suivi plus formalisé de l'analyse des effets du réajustement systématisé sur des tableaux de bords dotés d'indicateurs.

-La promotion de la bientraitance fait l'objet d'une attention particulière de monsieur le Directeur comme des personnels et prestataires de l'établissement.

- 22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'EHPAD ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels :

-L'organisation de l'ACT et de l'accompagnement et la prise en charge des résidents, prend en compte les principaux risques relatifs aux spécificités des personnes accueillies et à leurs conditions d'accompagnement.

Les plans de formation, les procédures et protocoles, connus et appliqués, favorisent la participation active des résidents à la vie institutionnelle.

L'établissement développe des moyens visant à une attention soutenue du respect de leur

autonomie et de leur bien-être, au sein de l'ACT.

Chapitre 6 : Propositions et préconisations

1. Abrégé selon le modèle d'abrégé de l'ANESM

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

1.1 La démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...)

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Méthodologie et choix du référentiel	<p>Forces :</p> <p>-Les deux évaluations internes de 2008 et 2015 ont été réalisées sur la base du référentiel de la Fédération Nationale d'Hébergement VIH (FNH- VIH et autres pathologies). Cette fédération est constituée d'associations gérant des Appartements de Coordination Thérapeutique sur tout le territoire. Plus d'une cinquantaine d'établissements sur le territoire qui ont le même agrément et parfois des pratiques professionnelles différentes utilisent ce référentiel pour permettre de lisser les pratiques. Pour une culture commune à tous les utilisateurs.</p> <p>Les 2 évaluations internes de 2008 et 2015 auront permis à l'ACT de faire un point sur l'organisation, de formaliser les procédures, et s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de son action.</p> <p>Suite à ces évaluations et au plan d'amélioration posé pour chacune, l'ACT a développé une politique effective d'amélioration continue par la qualité, affinant sa réflexion, responsabilisant l'ensemble des acteurs, plaçant les bénéficiaires au cœur de l'intention.</p>	<p>Le Projet d'Etablissement dans sa forme renouvelée à l'éclairage des évaluations internes et de l'évaluation externe, devra aborder la démarche évaluative de l'ACT dans le cadre des deux évaluations internes, mais aussi plus globalement dans le cadre de sa démarche qualité.</p>
Participations des usagers	<p>Forces :</p> <p>Les résidents ont été associés à la démarche</p>	

	évaluative tant par la réalisation de questionnaires de satisfaction démarche en amont que par le biais du groupe d'expression en lieu et place du conseil de la vie sociale.	
Modalités de suivi des suites données aux deux évaluations internes	<p>Forces:</p> <p>-L'équipe pluridisciplinaire coordonnée par Monsieur le Directeur est impliquée dans le dispositif de mise en œuvre des démarches d'amélioration continue, dans la mesure où tous les membres du comité de pilotage font partie de l'équipe et que le plan d'action a été finalisé par ce comité.</p> <p>- Depuis l'évaluation interne, l'évaluatrice a pu apprécier l'effectivité des actions menées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de qualité. La méthode de progression PDCA est naturelle et incluse dans le processus de management. L'ACT donne le signe évident d'avoir balisé la route sur laquelle il chemine dans la régularité.</p> <p>Axes d'amélioration :</p> <p>-Les modalités de suivi des actions n'ont pas été formalisées.</p>	Formaliser régulièrement les modalités en publiant régulièrement les indicateurs, auprès des professionnels, partenaires et usagers.

1.2 La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS.

(Exemples d'items : Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités,...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Appropriation des RBPP pour l'accueil et l'accompagnement médico-social des résidents.	<p>Forces :</p> <p>Le plan de formation prend en compte l'amélioration des pratiques professionnelles.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'éthique, la promotion de la</p>	Le prochain Projet d'Etablissement pourra s'attacher à l'éclairage des évaluations interne et externe à expliquer en quoi l'ACT répond à ses missions dans le cadre de ses valeurs,

	<p>bientraitance et au projet personnalisé ont été identifiées sont disponibles dans l'établissement et font l'objet de sensibilisations régulière en groupe d'analyse de pratiques animés par un psychothérapeute prestataire.</p> <p>Le cadre de la gestion documentaire est respecté. (signature, approbateur...)</p>	<p>des RBPP et de la réglementation en vigueur.</p>
--	--	---

1.3 Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du Projet d'Etablissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du Projet d'Etablissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>L'adéquation des objectifs du Projet d'Etablissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les objectifs du Projet d'Etablissement sont en adéquation avec les besoins repérés et les missions imparties. -Les actions menées sont pertinentes au regard de la population accueillie. <p>Axes d'amélioration :</p> <p>Le prochain projet s'attachera à identifier clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les objectifs stratégiques en lien avec les valeurs de l'association, les besoins repérés et les missions (bien décrits dans la version actuelle), et la réglementation en vigueur. -Les objectifs opérationnels pourront être déclinés en particuliers sur : <ul style="list-style-type: none"> -Le Projet Individualisé intégrant : <ul style="list-style-type: none"> - le projet de soins et le projet d'éducation thérapeutique à étayer. -le projet d'accompagnement socio-culturel déjà bien décrit dans le projet actuel, -le projet psychologique. -Un volet hébergement pourra y décrire les moyens affectés à l'accueil, en lien avec les 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Projet d'Etablissement sera à remettre à jour à l'éclairage des évaluations internes et externe, en cohérence avec la qualité observée sur le terrain. <p>Poursuivre les actions engagées dans l'accompagnement des usagers.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévoir un développement détaillé sur l'intégration du projet architectural. -Valoriser les indicateurs statistiques, qualitatifs et quantitatifs, afin de formaliser le suivi des effets attendus des moyens et pratiques, au regard des : <ul style="list-style-type: none"> -projet de soins et d'éducation thérapeutique, -

	<p>besoins repérés :</p> <p>-Cette nouvelle version du Projet d'Etablissement devra s'inscrire dans les orientations du schéma régional en cohérence avec son environnement. <i>RBPP-ANESM « Projet d'Etablissement »</i>. Il décrira les liens formalisés de complémentarité avec l'environnement social, médico-social et sanitaire.</p>	<p>projet psychologique, -projet socio-culturel.</p>
Plan d'amélioration de la qualité lié au Projet d'Etablissement	<p>Axe d'amélioration</p> <p>-Traduire les objectifs du Projet d'Etablissement en plan d'action. -Persévérer dans la formalisation des outils de suivi.</p>	<p>Le suivi du nouveau Projet d'Etablissement pourra permettre de faire les liens entre les évolutions de pratiques et l'atteinte des objectifs.</p>
Actualisation du Projet d'Etablissement	<p>Force:</p> <p>-L'adéquation entre la prise en charge et la qualité des moyens financiers, immobiliers, humains, est une préoccupation majeure de tous les professionnels, impulsée par une direction soucieuse d'optimiser les moyens alloués.</p>	<p>La démarche qualité de l'établissement doit permettre une mise à jour permanente du Projet d'Etablissement, sans en attendre l'issue.</p>
Communication autour de l'atteinte des objectifs	<p>Axe d'amélioration</p> <p>-Le projet et les axes d'amélioration proposés dans le PE devront être évalués annuellement.</p>	<p>Organiser une communication annuelle autour de cette évaluation, à destination :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des professionnels, -des usagers, -des partenaires.

1.4 L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Conventions/partenariats	Forces :	

	-L'établissement est engagé depuis plusieurs années dans une démarche de partenariat. A ce titre, il existe des conventions signées qui viennent faciliter l'accompagnement proposé.	
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	<p>Force : Il existe une réelle ouverture de l'établissement sur son environnement pour la prise en charge des projets Individualisés, mais aussi plus largement par rapport à l'organisation institutionnelle de l'ACT, ancré dans son territoire, et repéré comme tel par les partenaires.</p> <p>Axes d'amélioration :</p> <p>-Comme cela est déjà fait pour les usagers, mais aussi les personnels, un questionnaire de satisfaction pourrait être réalisé annuellement auprès des partenaires.</p> <p>-Néanmoins les acteurs libéraux et les partenaires interrogés lors de l'évaluation externe témoignent unanimement de leur satisfaction quant aux relations entretenues et l'efficacité des collaborations avec l'ACT.</p>	-L'ouverture de l'établissement sur son environnement pourrait être considérée comme un véritable axe stratégique doté de son propre tableau de bord et valorisée dans un chapitre dédié dans le prochain Projet d'Etablissement.

1.5 Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du Projet d'Etablissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé, ...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Projet Individualisé	<p>Forces :</p> <p>-l'association des résidents et le cas échéant selon leurs souhaits de leur familles à l'élaboration , la mise en œuvre et l'évaluation</p>	L'attention et les procédures du Projet Individualisé, mis en œuvre en lien avec le projet d'éducation thérapeutique sont une force importante de l'ACT

	<p>de leurs Projets Individualisés, les rencontres dédiées aux échanges individuels avec les résidents, les réunions institutionnelles et la prise en compte dans l'adaptation des accompagnements des informations recueillies via les enquêtes de satisfaction, la boîte à idée, le cahier des doléances, les fiches d'évènements indésirables, contribuent à la politique d'amélioration continue de la qualité des prestations et à l'expression collective et individuelle et aux droits du résident.</p> <p>- Le Projet Individualisé est formalisé dans le premier mois de l'arrivée, puis tous les 3 mois à minima, et autant que de besoin selon les résidents.</p>	<p>Page à valoriser plus en détail dans le nouveau Projet d'Etablissement.</p>
<p>Supports d'évaluation du projet personnalisé</p>	<p>Une grille d'évaluation comportant les domaines de la santé, de la vie sociale, de l'accompagnement des actes de la vie courante, des capacités et de l'activité cognitive des résidents ont été formalisés suite à la formation de l'ensemble des professionnels à l'éducation thérapeutique. Ces supports de formalisation permettent aux résidents et à l'équipe de mieux se repérer par rapport à leurs capacités, leurs objectifs, et leur marge de progression.</p>	

1.6 L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Fonctionnement du CVS</p>	<p>Force :</p> <p>L'établissement est organisé pour une expression collective des attentes des résidents et de leur famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commission d'expression libre des résidents en lieu et place du CVS, • Réunions thématiques des résidents. 	<p>Le recueil de l'expression de l'utilisateur est une des forces</p>

<p>Autres modalités de prise en compte de l'expression de l'utilisateur</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> -A L'ACT PAGE la place du résident, est centrale. Les procédures, d'admission, d'accueil et la méthodologie arrêtée pour le Projet Individualisé, ainsi que les entretiens réalisés lors de l'évaluation externe ont démontré la volonté de l'ACT de favoriser leur participation et la prise en compte de leur expression. -L'ACT est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des résidents et/ou de leur famille. -L'expression et la participation individuelle et collective des résidents et de leur famille, est recherchée et facilitée. 	<p>de l'ACT PAGE, à mettre en avant dans un paragraphe dédié du Projet d'Etablissement.</p>
<p>Formalisation du suivi des projets Individualisés</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La traçabilité et le suivi des objectifs des projets individualisés sont formalisés. -Des indicateurs de suivi des Projets Individualisés sont à l'œuvre et suivis régulièrement, permettant ainsi aux résidents d'évaluer avec l'équipe leur marge de progression, les préparant à une autonomie et une inclusion optimisées à leur sortie de l'ACT. 	<p>Dans le prochain Projet d'Etablissement un chapitre concernant la prise en considération du Projet Individualisé, et en présentant les modalités d'évaluation, de discussion en équipe et avec le résident, et d'évaluation, serait nécessaire.</p>

1.7 La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces et axes d'amélioration	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Gestion des risques	<p>Forces :</p> <p>L'ACT PAGE permet une sécurité des lieux.</p>	<p>Formaliser la gestion des risques dans le Projet d'Etablissement, et aborder</p>

	<p>Les recommandations concernant l'incendie : plan, consignes affichées, exercices d'évacuation, formation des personnels sont effectifs.</p> <p>Les contrats de maintenance, surveillance et contrôles existent.</p> <p>L'application des normes d'hygiène des locaux fait l'objet d'un suivi</p> <p>Le registre de sécurité est organisé et tenu à jour.</p> <p>Le circuit des déchets usagers est organisé.</p> <p>Axes d'amélioration :</p> <p>-Travail en cours avec les résidents, pour la formalisation d'un recueil de bonne pratique de l'hygiène corporelle, des locaux et du linge pour le résident.</p> <p>-Divers plans d'urgences existent mais ne sont pas tous regroupés dans un même document, pour en faciliter l'accessibilité...</p>	<p>les divers plans et procédures de prévention existant dans l'établissement.</p> <p>Regrouper les procédures de gestion du risque infectieux dans un Document Activité des Risques Infectieux (DARI), avec le protocole de lavage des mains en place dans l'établissement.</p>
<p>Respect des droits</p>	<p>Forces:</p> <p>- La demeure bourgeoise qui accueille les résidents de l'ACT PAGE offre une qualité de vie effective, elle est adaptée et conviviale. Proche d'associations culturelles mais aussi sportives et sociales, elle offre aux résidents des supports d'intégration : l'arrêt du bus urbain se trouve devant la porte.</p> <p>- L'utilisateur est accueilli dans le respect de son identité et de sa singularité, ce qui est la vocation de l'établissement, compte tenu de la mission qu'il s'est donnée.</p> <p>- La prise en compte de son histoire, de ses origines, de sa différence participe de la relation d'aide que se propose d'apporter l'établissement.</p> <p>--L'établissement et la configuration des locaux et appartements, permet le respect de l'intimité des résidents toutefois, un aménagement des locaux, et l'installation d'une cloison, au réze de chaussée, permettraient de faciliter la garantie de la confidentialité, des usagers reçus lors</p>	<p>Faire figurer les droits et devoirs des personnes accueillies au prochain projet de L'ACT.</p> <p>Afin de faciliter la garantie du droit à la confidentialité des usagers reçus en entretien, un aménagement des locaux, et l'installation d'une cloison, au réze de chaussée, pourraient être envisagés.</p>

	<p>d'entretiens ou dans le cadre du projet individualisé.</p> <p>-L'ACT a développé en 2008 une charte éthique, constituée des valeurs éthiques de l'association.</p> <p>- La charte est affichée, elle est accessible à tous personnels et usagers et sert de référence dans les questions relevant des usages et de la pratique</p> <p>- L'ensemble des documents contractuels obligatoires est systématiquement remis et explicité à chaque usager en début de séjour avec une recherche de son consentement éclairé, quitte à faire intervenir un interprète pour faciliter la compréhension de la personne accueillie.</p> <p>-En complémentarité des instances et temps dédiés au Projet Individualisé d'accompagnement, qui constitue une des modalités de réponse aux attentes, chaque résident peut exprimer ses attentes auprès des différents professionnels. En fonction de l'attente exprimée, il peut obtenir une réponse immédiate, être adressé vers le professionnel directement compétent, en interne comme à l'externe, ou orienté vers monsieur le directeur.</p> <p>-Des moments informels existent et permettent l'expression individuelle des usagers.</p> <p>- La structure n'affiche pas son statut d'établissement médico-social. , ce qui garantit la confidentialité et la discrétion pour les résidents, cette mesure est aussi un atout pour les usagers, qui limite la stigmatisation.</p> <p>- La confidentialité des informations stipulée dans le livret d'accueil, la charte éthique et le règlement de fonctionnement, est garantie par des règles de fonctionnement connues de tous. L'usager est en confiance....</p>	
--	---	--

	<p>- Les règles de gestion et de tenue des dossiers, du dossier médical, du dossier social sont connues et respectées par l'ensemble des intervenants.</p> <p>- L'ACT accueille chaque résident avec la volonté de conserver un équilibre et un bien être général tant sur le plan de la santé psychique que physique dans le respect de ses convictions, de son culte, de ses droits civiques, de ses relations sociales, familiales amicales ou sentimentales.</p> <p>Axes d'amélioration :</p> <p>Le Projet d'Etablissement actuel ne prévoit pas de chapitre spécifique aux droits des usagers.</p>	
<p>Sensibilisations et formation du personnel à la bientraitance et prévention de la fatigabilité au travail</p>	<p>Forces :</p> <p>-De nombreuses formations internes dont la formation à l'éducation thérapeutique ont permis d'optimiser la mise en place des procédures dont celle concernant les modalités d'évaluation et de suivi du Projet Individualisé.</p> <p>Des groupes d'analyse de pratiques professionnelles rassemblant l'ensemble des professionnels et des séances de supervision animées par un psychothérapeute extérieur, permettant une meilleure adaptation et de l'accompagnement proposé aux résidents.</p> <p>-Une enquête de satisfaction annuelle anonyme des professionnels, la mise en place du DUERP et l'entretien annuel de chacun des professionnels avec la responsable des ressources humaines, membre du conseil d'administration, sont des modalités efficaces pour lutter contre la fatigabilité au travail, dans un but de bienveillance et bientraitance des professionnels comme des usagers</p>	<p>Les formations et procédures mises en place par l'ACT pour sensibiliser les professionnels salariés, ou, non-salariés, à la bientraitance des usagers et pour prévenir la fatigabilité au travail, mériteraient d'être abordées dans le prochain Projet d'Etablissement</p>
<p>Dispositif de signalement maltraitance</p>	<p>Forces :</p> <p>Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge (Vulnérabilité, maltraitance...) sont identifiés et font</p>	<p>Le travail de l'ACT réalisé autour de l'éthique, la bientraitance et la prévention de la</p>

	<p>l'objet d'un traitement institutionnel particulier.</p> <p>-Le dispositif de signalement fait l'objet d'une procédure dans l'établissement. Cette procédure est connue des salariés et des résidents.</p>	<p>maltraitance devra faire l'objet d'un paragraphe dédié sur le prochain Projet d'Etablissement</p>
--	--	--

1.8 Appréciation globale de l'évaluatrice externe

-L'évaluation externe a fait apparaître une cohérence entre les missions de l'établissement, les besoins repérés et les moyens humains et financiers, mis en œuvre pour y répondre.

Dans le cadre du Projet Individualisé, constituant le fil conducteur, les droits des résidents sont respectés et l'accompagnement et les prestations de qualité proposés sont en lien avec les attentes et besoins des personnes accueillies.

-Le respect des droits individuels et collectifs est assuré dans une démarche globale :

- centrée sur la satisfaction du résident, l'adaptation des professionnels aux postes, la qualité des accompagnements,
- encadrée par une motivation globale de l'équipe particulièrement soutenue par la direction et le Conseil d'Administration,
- et complétée par de nombreux partenariats externes, permettant d'élargir le plateau technique interne de l'ACT

-La qualité de vie des résidents est prise en compte, dans un ensemble architectural et d'équipement de qualité, confortable et garantissant leur sécurité.

-La version écrite du Projet d'Etablissement dans sa version rénovée s'attachera à formaliser cette qualité, observée concrètement lors de l'évaluation externe.

-L'évaluation externe s'est déroulée dans un climat d'échanges constructifs, auprès de professionnels et d'usagers coopérants, ouverts au questionnement et enclins à témoigner des expériences concrètes du terrain.

-L'évaluatrice remercie:

- l'équipe rencontrée pour la confiance et la disponibilité témoignées lors des échanges,
- les usagers qui ont accepté avec enthousiasme et authenticité de partager une part de leur vécu.
- la Direction et la gouvernance qui se sont rendues très disponibles tout au long de l'évaluation,
- les partenaires qui ont accepté de témoigner de leur collaboration avec l'ACT.

-L'évaluatrice a pu accéder à l'ensemble des éléments permettant d'effectuer l'évaluation externe.

-La démarche d'évaluation externe a été conduite en accord avec les exigences réglementaires et en concordance avec les recommandations de l'A.N.E.S.M.

-L'établissement remplit de manière qualitative les missions qui lui sont fixées dans le respect du cadre réglementaire imposé.

1.9 Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items :descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...)

Items (5 maximum)	
Réalisation de l'évaluation et recueil des informations	<ul style="list-style-type: none"> -L'évaluation a permis un recueil d'informations s'appuyant sur : -l'étude des documents, -l'observation des pratiques, -des visites et des entretiens individuels ou collectifs des professionnels de partenaires, des usagers, -La recherche et la mise en évidence des progrès, -L'attention portée aux points critiques, -L'appréciation de la qualité de la bientraitance, de l'individualisation de l'accompagnement et de la capacité d'adaptation, en regard des contraintes institutionnelles. <p>Toutes les informations collectées par l'évaluatrice sont validées par les personnes concernées à l'issue de chaque entretien.</p>
Implication des professionnels de l'établissement	<p>Particulièrement disponibles lors de la réalisation des entretiens, Monsieur le directeur, l'ensemble des Personnels, Prestataires et Madame la Trésorière du Conseil d'Administration ont fait preuve de professionnalisme et d'une grande implication.</p>
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> -L'évaluation s'est déroulée en 2 jours à distance d'une semaine l'un de l'autre, sur site à 1 évaluatrice. <p>L'ensemble des personnels et prestataires réguliers ont pu être rencontrés ou contactés au téléphone.</p> <p>L'évaluatrice a pu avoir accès à tout document utile et ses recherches de preuves ont été facilitées par le Conseil d'Administration, représenté par sa Trésorière, la Direction, et son Equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Par ailleurs, elle a pu échanger avec des résidents, mais aussi les partenaires qui lui ont tous assuré de leur satisfaction.

2. Préconisations stratégiques

	<ul style="list-style-type: none"> -Réactualiser au plus tôt le Projet d'Etablissement, y valoriser les valeurs de l'association, et la mission en regard des RBPP de l'A.N.E.S.M., et de la réglementation, inscrite dans les orientations du schéma régional. <p>Ce Projet d'Etablissement sera la base stratégique et opérationnelle de l'ACT PAGE pour soutenir son évolution dans une démarche qualité organisée et structurée, y intégrer l'évolution architecturale, le projet de soins et d'éducation thérapeutique, le projet psychologique, le projet socio-culturel.</p> <p>Il valorisera le travail conséquent de l'ACT sur l'éthique et la bientraitance de l'utilisateur, les modalités.</p> <p>Par ailleurs, l'association se veut actrice des innovations et expérimentations locales respectant ses orientations et valeurs et souhaiterait pouvoir couvrir</p>
--	---

	<p>sa capacité d'accueil en passant de sept résidents accueillis à dix. L'association en lien avec une autre structure du département, souhaiterait aussi se positionner sur le secteur du handicap. En lien avec les opportunités du schéma, ces objectifs stratégiques de développement pourraient être déclinés dans le prochain projet d'établissement.</p> <p>-L'ouverture du service sur son environnement et les partenariats mis en œuvre pour étoffer le plateau technique de l'ACT Page, mais aussi accompagner l'inclusion sociale des résidents, sont des forces à décliner en termes d'objectifs opérationnels évaluables et de moyens mis en œuvre, dans la version rénovée du futur projet.</p> <p>-Mettre en place, plus qu'un calendrier, un tableau de bord de pilotage doté d'indicateurs permettant la gestion, le suivi, la communication, l'atteinte des objectifs réalisés et de leurs effets sur la qualité de vie des résidents, d'une part, des personnels et des partenaires de l'autre. -Présenter ce tableau de bord et ses modalités de gestion dans le Projet d'Etablissement.</p>
--	---

3. Préconisations opérationnelles

	<p>Concernant les droits de l'Usager :</p> <p>-Valoriser dans la version rénovée du Projet d'Etablissement, le travail observé sur le terrain en faveur de l'éthique, la bientraitance, la prévention de la maltraitance et les droits de l'utilisateur.</p> <p>Concernant le projet personnalisé d'accompagnement :</p> <p>-Permettre à la personne recrutée pour prendre en charge l'hygiène des locaux à partir de début 2017, de participer de manière transversale, au projet individualisé du résident.</p> <p>Consacrer un paragraphe à l'accompagnement du Projet Individualisé dans la version remise à jour du Projet d'Etablissement.</p> <p>Concernant la prise en soins :</p> <p>-Continuer à encadrer la prise en charge par des procédures coproduites entre le médecin coordinateur et l'Infirmière coordinatrice et à mettre en place les indicateurs nécessaires à l'évaluation de ces procédures.</p> <p>-Encourager l'engagement des médecins libéraux à participer activement au projet de soins individualisé.</p> <p>Concernant la maîtrise du risque infectieux :</p> <p>-Finaliser la rédaction du D.A.R.I concernant le risque infectieux et mettre en</p>
--	--

place un suivi annuel des indicateurs recommandés par le GREPHH. :

-Veiller à ce que les soignants de jour ou de nuit, ou les hôteliers en charge de l'hygiène des locaux, aient une tenue spécifique pendant l'aide au repas, ou la préparation des petits déjeuner : système de sur blouse à envisager à minima.

Concernant la politique qualité :

-Effectuer le suivi des actions à l'aide du recueil d'indicateurs qualité pertinents qui permettront de mesurer le niveau de qualité de l'amélioration continue de la prise en charge des résidents et de la vie à l'ACT PAGE.

-Planifier des réunions qualité régulières dans l'année afin que le comité de pilotage réalise un bilan périodique à formaliser, sur l'état d'avancement des actions.

Concernant la gestion des risques,

Un paragraphe dans le Projet d'Etablissement sur la gestion des risques, à l'œuvre sur le terrain, permettrait d'en valoriser la qualité, constatée lors de l'évaluation externe.

Concernant la gestion documentaire :

-Contrôler très régulièrement le système global de la gestion documentaire (circuit, modèle type de procédure et protocole, classement, signatures des « rédaction- validation- approbation », modalités de diffusion et d'émargement des professionnels,...).

Gestion des ressources humaines :

-Formaliser dans le Projet d'Etablissement la gestion des ressources humaines, gestion des embauches et des formations en fonction de la stratégie de l'établissement.

-Maintenir dans le plan de formation :

-les formations qualifiantes, selon les besoins de la structure,

- les formations à la bientraitance, internes et externes,

Concernant la prévention des risques professionnels :

Valoriser les méthodes de management collaboratives et la prévention des risques psycho-sociaux dans la prochaine version du Projet d'Etablissement.

Concernant l'expression et le recueil de la parole de l'utilisateur :

Le recueil de l'expression de l'utilisateur est une des forces de l'ACT PAGE, à mettre en avant dans un paragraphe dédié du Projet d'Etablissement.

4. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>La présentation de l'évaluation en tant que tel, la mise en confiance et l'efficacité de l'évaluatrice ont permis aux résidents, à l'équipe, aux partenaires, de s'inscrire dans une dynamique positive et de collaboration opérationnelle pour obtenir un travail de qualité.</p> <p>Tous les interlocuteurs sollicités par l'évaluatrice ont pu s'exprimer librement en livrant leurs observations, leurs commentaires qui ont été soigneusement recueillis.</p> <p>Nous remercions Madame l'évaluatrice qui nous a éclairés dans différents points et qui, grâce à son professionnalisme et à ses compétences nous a apportée des conseils, des recommandations afin d'améliorer notre Projet d'Etablissement ainsi que nos pratiques.</p>	<p>Les conclusions reflètent parfaitement le « climat » actuel de la structure. Cette situation nous permet ainsi de réaliser un bilan à un moment précis afin d'apporter des axes d'amélioration avec la mise en place d'un plan d'avancement des actions mises en place.</p> <p>Les recommandations seront des leviers importants pour actualiser notre Projet d'Etablissement.</p>

Annexes

ANNEXE 1: Glossaire :

A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité dans les Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

C.C.A.S : Centre Communal d'Action Sociale

C.E. : Comité d'Entreprise

C.L.A.N : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

C.L.I.N. : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

C.L.I.C : Centre Local d'Information et de Coordination

COFIL : Comité de Pilotage

C.V.S. : Conseil de Vie Sociale

D.A.R.I. : Document d'Analyse du Risque Infectieux.

D.A.S.R.I. : déchets d'activités de soins à risques infectieux

D.U.E.R.P. : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels.

I.D.E.C. : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice.

P.E. : Projet d'Etablissement.

**Annexe 3 : Contrat d'évaluation externe contenant :
Engagement de l'organisme habilité
CV de l'évaluatrice
et habilitation ANESM**

2A Accompagner Autrement

Conseil, Formation, Evaluations externes internes ESSMS

20 Rue Saint Léon
Bâtiment B1
31400 Toulouse
06 74 36 78 82
lhote.francoise@orange.fr

Toulouse le 03 05 2016

Contrat de réalisation de l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

2A Accompagner Autrement représentée par Madame Françoise LHOTE, réalise l'évaluation externe de l'Association PAGE, située à SEMEAC dans les Hautes Pyrénées.
Ce présent contrat sera annexé au rapport final d'évaluation, conformément au décret 2007-975.

ARTICLE 2 - ABSENCE DE CONFLIT D'INTERET

2A Accompagner Autrement s'engage à ce que la mission, objet du présent contrat, ne soit pas en conflit d'intérêt avec une autre mission en cours ou achevée depuis moins d'un an ou avec une mission d'accompagnement et de conseil pour la réalisation de l'évaluation interne, au cours des trois dernières années.

ARTICLE 3 - OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Conformément au décret 2007-975 (annexe 3-10, chapitre II), l'évaluation externe a pour objectifs de :

- Porter une appréciation globale,
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne,
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques (définis à la section 3),
- Élaborer des propositions et/ou préconisations.

Entre le

ci-après dénommé « le Prestataire »
d'une part,

2A Accompagner Autrement

20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse
SAS au capital de 3500€
N° de déclaration d'existence : 73310773931 Préfecture Région Midi-Pyrénées -
SIRET 809 170 897 00015 - RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 -
Organisme habilité par l'ANESM sous le n° H2015-05-1714

Représentée par Madame Françoise LHOTE, présidente

et

ci-après désigné « le Client »
d'autre part,

Association PAGE
10 RUE LEVERRE
65600 Séméac

Siret :

Représentée par Monsieur Christian Bouhaben, Directeur dûment habilité à signer ce présent contrat.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 4 - INFORMATION DE L'ANESM

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -
Siège Social : 20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse
Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -
RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931
Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



CB SLW

2A Accompagner Autrement informe l'ANESM de la réalisation de l'évaluation externe conformément aux obligations qui lui sont faites, notamment au travers des rapports d'activité.

ARTICLE 5 : METHODOLOGIE D'ÉVALUATION MISE EN ŒUVRE

La méthodologie mise en œuvre est celle qui a été présentée par **2A Accompagner Autrement** dans le cadre de la réponse au cahier des charges et intitulée « Évaluation externe des activités et de la qualité des prestations », qui a été remise à l'établissement le 16 Janvier 2015.

ARTICLE 6 : INFORMATION PRÉALABLE DES PERSONNES ET USAGERS

Conformément au décret 2007-975, le représentant de l'établissement a préalablement informé les personnels et les usagers de la finalité et du déroulement de l'évaluation.

ARTICLE 7 : ACCÈS AUX INFORMATIONS ET PRINCIPES DE TRANSPARENCE

Avant la visite d'évaluation externe et au moins 60 jours avant, le Client s'engage à fournir à l'évaluatrice, les documents mentionnés à la section 3 du chapitre III, de l'annexe 3-10 du décret 2007-975, soit :

- Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement;
- Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis;
- Un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie;
- Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité;
- Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie;
- Le règlement de fonctionnement;
- Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation, conformément à l'article L.311-6;
- Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité, le document unique d'évaluation des risques professionnels;
- Les résultats de l'évaluation interne et tout autre document utile à la compréhension de sa réalisation;
- Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne, (plan d'amélioration continue de la qualité);
- Tout autre document à la discrétion du commanditaire.

Ces documents seront adressés par l'établissement en version informatique sur dropbox (système interne sécurisé permettant de garantir la confidentialité des données). Afin d'y avoir accès, le

2A Accompagner Autrement vous enverra une invitation. Ces documents restent la propriété de l'établissement et l'équipe d'évaluation s'engage à ne pas les divulguer ni à faire état, à l'extérieur, de leur contenu, sauf dans le cadre du rapport final.

Cette liste n'étant pas exhaustive, le Client s'engage à donner accès aux évaluateurs à toutes informations et documents utiles et nécessaires à la conduite de l'évaluation : le principe de transparence permettant aux évaluateurs de porter un jugement sincère et véritable sur les prestations délivrées aux usagers.

Pour tout échange courriel, l'adresse : lhote.francoise@orange.fr est valide.

Cette liste n'étant pas exhaustive, le Client s'engage à donner accès aux évaluateurs à toutes informations et tous documents utiles et nécessaires à la conduite de l'évaluation : le principe de transparence permettant à l'évaluatrice de porter un jugement sincère et véritable sur les prestations délivrées aux usagers.

ARTICLE 8 : ACCÈS AUX PERSONNELS ET LIBRE CIRCULATION DANS L'ÉTABLISSEMENT

Le Client s'engage à laisser toute latitude à l'équipe d'évaluation pour circuler librement dans l'établissement et rencontrer les membres du personnel, y compris les stagiaires.

Le Client met à disposition de l'équipe d'évaluation, les moyens d'entrer et sortir de l'établissement de jour comme de nuit et un bureau ou une salle de réunion.

ARTICLE 9 : ACCÈS AUX USAGERS

Durant l'évaluation externe, le Client s'engage à faciliter l'accès aux usagers, éventuellement à leur famille ou leur tuteur ainsi qu'à toute personne pouvant apporter des éléments propres à réaliser l'évaluation des prestations délivrées à ceux-ci.

ARTICLE 10 : INSTANCES D'ÉVALUATION

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



ES FLW

Conformément au décret 2007-975, l'ensemble de la démarche d'évaluation externe peut être suivie par le comité ou l'instance de suivi de l'évaluation, dont la composition est définie par le représentant de l'établissement.

ARTICLE 11 : RESPECT DU PLAN D'ÉVALUATION

Le Client s'engage à respecter le plan d'évaluation établi conjointement avec les évaluateurs en amont de la visite sur site. En cas de force majeure mettant un des professionnels « référents » (Directeur...) dans l'impossibilité de participer à l'évaluation, **LA Accompagner Autrement** se réserve le droit de facturer en sus les frais de déplacements et de prestations liés à la nécessité de ré-intervention sur site.

ARTICLE 12 : CALENDRIER D'INTERVENTION

Phase 1 Examen documentaire J-60 : 10 Octobre 2016
Phase 2 Élaboration du plan d'évaluation et du questionnaire évaluatif J-20 : 18 Novembre 2016
Phase 3 Évaluation sur site 08 et 09 décembre 2016
Phase 4 Remise du pré rapport d'évaluation J +30 : 06 janvier 2017
Mise en débat du pré-rapport et potentielles observations de l'établissement
Phase 5 Remise du rapport définitif J+45 : 19 janvier 2017

ARTICLE 13 : ÉQUIPE D'ÉVALUATION

LA Accompagner Autrement missionne l'équipe d'évaluation suivante : Françoise LHOPE.

LA Accompagner Autrement atteste que l'évaluatrice nommée ci-dessus répond aux conditions de compétences et de qualification prévues par le décret 2007-975 (section 2 du chapitre III, de l'annexe 3-10). En cas de force majeure mettant l'évaluatrice dans l'impossibilité de poursuivre la mission assignée, le représentant de l'établissement pourra soit, de sa propre initiative, rompre le contrat sans possibilité de recours de la part du prestataire ou soit, se voir proposer par **LA Accompagner Autrement** un autre évaluateur.

ARTICLE 14 : OBLIGATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

LA Accompagner Autrement et l'évaluatrice missionnée sont soumises au secret professionnel et s'engagent à ne transmettre aucun document, aucune information sur l'établissement évalué, avant, pendant ou après l'évaluation. De plus, elles s'engagent à respecter la confidentialité des données recueillies, particulièrement lorsqu'il s'agit de points de vue de personnes, qu'ils soient exprimés de façon individuelle ou en groupe. Néanmoins, l'évaluatrice est tenue de dénoncer tout fait répréhensible dans les conditions fixées par la loi.

ARTICLE 15 : DÉLAI DE PRÉ-RAPPORT

Le pré-rapport en format informatique (PDF) est adressé à l'organisme gestionnaire et au responsable de l'établissement dans les 30 jours suivants la visite d'évaluation. Ils s'assurent de la représentation des opinions de chacune des personnes interrogées, et le cas échéant, formulent des observations qu'ils adressent aux évaluateurs par l'intermédiaire de **LA Accompagner Autrement** dans un délai de 15 jours. Le pré-rapport est consultable par toutes les personnes de l'établissement ayant contribué à l'évaluation externe.

ARTICLE 16 : DÉLAI DU RAPPORT DÉFINITIF

Le rapport définitif rédigé par l'évaluatrice est remis en un exemplaire papier et en version Informatique (PDF) à l'organisme gestionnaire et au responsable de l'établissement dans les 45 jours suivants la visite d'évaluation. Ce rapport définitif comporte les éléments définis dans le décret 2007-975 et notamment la synthèse et l'abrégé du rapport sur le modèle fixé par l'ANESM. Le représentant de l'établissement peut faire figurer en annexe de ce rapport des observations, conformément aux dispositions de l'article D.312-200. Ce rapport sera transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation par le gestionnaire de l'établissement.

ARTICLE 17 : PROPRIÉTÉ DES DOCUMENTS PRODUITS

Le pré-rapport et le rapport final sont la propriété exclusive de l'établissement. **LA Accompagner Autrement** ne peut diffuser, en toute ou partie, ou en faire état de son contenu, sous quelle que forme que ce soit et quel qu'en soit le support sans l'accord préalable explicite et écrit du représentant de l'établissement. Par contre, **LA Accompagner Autrement** et l'évaluatrice peuvent mentionner la réalisation de l'évaluation externe au titre de leurs références.

ARTICLE 18 : FAIT

LA Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -
Siège Social : 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse
Tél 06 74 36 78 82 - mail : lhope.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -
RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931
Préfecture Région Midi-Pyrénées -
LA Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



FLH

Le coût total de l'évaluation externe, hors frais de déplacement, s'élève à 4000€ H, Taux de TVA en vigueur
Ce tarif comprend ainsi qu'indiqué ci-dessous :

- la préparation, la réalisation de l'évaluation sur site, la rédaction du pré-rapport,
- l'écriture du rapport définitif et sa remise en un exemplaire original,
- les frais de déplacement pour se rendre sur le site.

Ce tarif se répartira ainsi :

	ACTION	Coût/ Jour	NB jours	Total par phase en € HT	TVA	TOTAL TTC
Phase 1	Examen documentaire, élaboration du questionnaire évaluatif	800€	1.5	1200 €	300€	1500€
Phase 2	Réunion de cadrage de la mission - élaboration du plan d'évaluation gracieux	800€				Non facturé
Phase 3	Evaluation externe sur site : 2 jours à 1 évaluateur	800€	2 j	1600 €	400€	2000€
Phase 4	Elaboration du pré-rapport d'évaluation	800€	1.5 j	1200 €	300€	1500€
Phase 5	Elaboration du rapport du rapport final gracieux	800€				Non facturé
Coût de la prestation HT				4000 €	1000€	5000€

Frais de déplacements :

Frais de Madame L'Hôte : déplacements 800 euros TTC

ARTICLE 19. MODALITES DE PAIEMENT

La facture sera adressée à l'établissement après la remis définitive du rapport

ARTICLE 20. SUSPENSION OU RETRAIT D'HABILITATION PAR L'ANESM

En cas de retrait ou de suspension de son habilitation par l'ANESM, avant ou pendant la procédure d'évaluation externe, **24 Accompagner Autrement** s'engage à en informer expressément le client, le contrat étant alors résilié sans que **24 Accompagner Autrement** ne puisse prétendre à des indemnités.

24 Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

24 Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



CB FLH

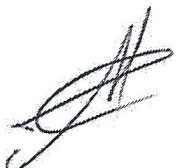
ARTICLE 15. LE PROCESSUS ÉVALUATIF

En cas de litige survenant avec l'équipe d'évaluation quant à l'exécution de tout ou partie des dispositions du présent contrat, ou de manquements constatés par l'un des cocontractants aux dispositions légales ou réglementaires et notamment du cahier des charges prévu à l'article 2 du décret 2007-975 du 15 mai 2007 ou aux dispositions déontologiques fixées par l'ANESM, une réunion est organisée entre l'établissement et **2A Accompagner Autrement**. Si le litige persiste, le processus évaluatif peut être interrompu à l'initiative de l'un des cocontractants. Le contrat ne pourra être rompu par l'une ou par l'autre des parties qu'au vu des manquements graves aux dispositions précitées. Les contentieux sont portés devant la juridiction compétente du lieu du siège de **2A Accompagner Autrement**.

Fait en deux exemplaires,

Pour l'Association PAGE
Monsieur Christian BOUHABEN

Le *27 mai*2016



A.C.T. PAGE
Direction
10, rue Leverre
65600 SEMEAC
Tél. : 05 62 93 16 94
Mail : page65@orange.fr

Pour **2A Accompagner Autrement**
Madame Françoise LHOTE

le 03 MAI 2016



2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -
Siège Social : 20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse
Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -
RCS Toulouse - APE 8559A - TVA Intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931
Préfecture Région Midi-Pyrénées -

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



2A Accompagner Autrement

Conseil, Formation, Evaluations externes internes ESSMS

20 Rue Saint Léon
Bâtiment B1
31400 Toulouse
06 74 36 78 82
lhote.francoise@orange.fr

Toulouse le 04 12 2016

**Avenant au contrat de réalisation de l'évaluation externe des activités et de la
qualité des prestations**

La Phase 3 : Évaluation sur site évoquée à l'article 12 du contrat signé le 17 mai 2016 par la structure
ACT PAGE :
Les dates des 08 et 09 décembre 2016 sont remplacées par les dates des 08 et 15 décembre 2016,

Fait en deux exemplaires,
Pour l'Association PAGE
Monsieur Christian BOUHABEN
Le 04.12.2016

A.C.T. PAGE*Direction*

10, rue Leverre
65600 SEMEAC
Tél. : 05 62 93 16 94
Mail : page65@orange.fr

Pour 2A Accompagner Autrement
Madame Françoise LHOTE
Le 04 décembre 2016

SAS 2A Accompagner Autrement
20, Rue Saint Léon - Bât. B1
Tél. 06 74 36 78 82
Siret : 809 170 897 00015
N° de déclaration d'activité : 73310773931
Habilitation ANESM : H2015-05-1714

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -
Siège Social : 20 Rue Saint Léon - Bâtiment B1 - 31400 Toulouse
Tél 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -
RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931
Préfecture Région Midi-Pyrénées-
2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



ANNEXE 1 : ENGAGEMENT DE L'ORGANISME HABILITÉ

« Ces obligations ne se substituent pas aux dispositions législatives et réglementaires applicables. Elles complètent et précisent, notamment, les dispositions de même nature contenues dans le décret n° 2007- 975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et son annexe, dispositions qui s'imposent à tout organisme habilité. »

1. INTÉGRITÉ

- 1.1. Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2. Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- 1.3. Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts.
- 1.4. Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5. Déclarer sans délai au commanditaire et à l'Agence toute modification affectant la situation, le statut, les capacités de l'organisme habilité ou des personnes chargées de réaliser les évaluations.
- 1.6. Ne pas avoir de conflit d'intérêt avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec un établissement ou service qu'il évalue.

2. OBJECTIVITÉ

- 2.1. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2. S'interdire, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, d'avoir, au moment de l'évaluation externe, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné.
- 2.3 S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie, ou avec l'organisme gestionnaire.
- 2.4. Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.5. Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.6. A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, du service ou de l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui le contrôle, ou qui est contrôlé par lui au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce.
- 2.7. Lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.
- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.
- 2.9. Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné qui précède l'évaluation.

3. CONFIDENTIALITÉ

- 3.1. Se tenir à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A -TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)

3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.

4. COMPÉTENCE

4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.

4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.

4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'ANESM conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.

4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'ANESM, un détail des procédures suivies.

4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'ANESM renseignant la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation ».

4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.

4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.

4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'ANESM conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.

4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'ANESM, un détail des procédures suivies.

4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'ANESM renseignant la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation ».

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A - TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)

ANNEXE 2 : CV de l'évaluatrice

Françoise L'Hôte
15 ans d'expérience du champ médico-social
Formée aux méthodes évaluatives en regard des politiques publiques
et des recommandations de bonnes pratiques validées

Domaines d'intervention

- Evaluation Externe d'Établissements Sociaux et Médico Sociaux.
- Accompagnement méthodologique d'établissements sanitaires, et du secteur social et médico-social dans leur politique de qualité.
- Pilotage et animation de projets de soins et projets hôteliers.
- Ingénierie de formation et formation professionnelle en secteur social et médico-social.
- Diététique thérapeutique et formation concernant la prise en charge nutritionnelle.

Ingénierie de formation: références

2002/2009 : ISC (32) : Responsable des formations de « services à la personne » En charge du développement et de la gestion de formations sanitaires de niveau V:

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie Sociale.
- Titre homologué Agent d'Accompagnement pour Personnes Agées et ou Dépendantes.
- BEPA Services aux Personnes.
- Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant.
- CAP Petite Enfance.

Ingénierie de formation : missions

- Organisation de l'ingénierie.
- Recrutement et management des formateurs.
- Gestion administrative et financière des formations.
- Développement commercial auprès des comptes clés.
- Coordination des épreuves.
- Accompagnement suivi administratif des stagiaires.

Formation - Accompagnement méthodologique : références

Depuis 2000 :

- FJT de l'URHAJ : midi pyrénées
- 200 EHPADs du groupe DOMUS VI DOLCEA, 156 EHPADs du groupe MEDICA France, EHPADs de Calmont (31), Notre Dame de l'Espérance - Luz Saint Sauveur, Maubourguet (65), Le Bugue, Lalinde, Montignac (24), Les Lavandes - Puy L'Evêque (46), Louise Rocquelaure - Mirepoix, Gaston de Foix - Mazères(09), Le Clos Joli - Meyssac (19), La Roussilhe – Enraygue sur Truyère (12) ...
- CHU de Villefranche de Rouergue (12), Sète (34), CH Montpon Ménéstérol, CH du Bugue (24), CH du pays d'Olmes, CH Jules Rousse Tarascon, CH St Louis d'Ax les Thermes, CH de Lavelanet et communauté de communes de la Vallée d'AX (09), CH de Saint Géniez d'Olt (12), CH de Saint Gaudens (31), CH de St Pons de Thomières (34)
- Unité centrale de Toulouse pour les crèches de Toulouse CCAS (31)
Maison d'enfants la Perle Cerdane (66).
- CIAS des Hautes vallées de Gascogne, de Val de Gers, Val et village en Astarac, CCAS de Gimont, Mirande, L'Isle
- Jourdain (32)...

Formation - Accompagnement méthodologique : missions et thèmes

- Accompagnements et pilotage de projets et formations méthodologiques :
- Projet d'établissement,
- Projet personnalisé,
- L'Evaluation Interne,
- Préparation d'Établissements Sociaux et Médico Sociaux à l'Evaluation Externe.
- 2015
- Mise en place du Plan de Maîtrise Sanitaire en établissements du secteur Médico-Social.

Analyse des pratiques et formation et accompagnement V.A.E. sur des formations diplômantes :

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaires de Vie Sociale.
- Assistant de Soins en Gérontologie.
- Agent d'Accompagnement pour Personnes Agées et ou Dépendantes.
- CAP Petite Enfance.

Formations techniques et thématiques :

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A -TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)

- La bientraitance dans les pratiques professionnelles
- La mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé
- Comprendre et Appliquer le Plan National Nutrition Santé.
- L'alimentation de la personne âgée.
- L'alimentation de l'enfant et de l'adolescent.
- L'alimentation des personnes en situation de handicap.
- La mise en place des attendus nutritionnels en restauration collective scolaire.
- Le moment repas dans toutes ces dimensions.
- L'équilibre nutritionnel et les prises en charge nutritionnelles thérapeutiques.
- L'aide au repas : évaluer, accompagner, faciliter.
- Prévenir les troubles de la déglutition et le risque de fausses routes.
- Optimiser la qualité de l'accueil hôtelier en établissement médico-social.
- Travailler les textures modifiées en cuisine.
- L'hygiène, l'organisation et la qualité en Restauration Collective.

Apport des expériences antérieures en management

**Aptitude à développer, animer et gérer une démarche globale.
Maîtrise du management stratégique et opérationnel.
Démarches méthodologiques.**

Capacité de communication et d'intégration.

- 1985 / 1993: **Groupe Pierre Fabre** (31) division O.T.C. :
Responsable Stratégique : Marketing / Communication / Ventes
- 1993 / 1994 : **Groupe Warner Lambert** (92) division Parke Davis Consumer :
Directrice de Clientèle grands comptes.
- 1995 : **Groupe 3 A** (31) division Boncolac : Chef de marché
- 1996 / 1997 : **Groupe S.M.S** (31) : Responsable Qualité et Organisation

Apport des expériences de diététicienne : connaissance des secteurs sanitaire et médico-social :

- 2000 / 2003: **I.N.S.E.R.M.** (U317 -Toulouse 31) : Encadrement français de la prise en charge diététique d'un programme européen de recherche sur l'obésité.
- 2005 / 2009 : **Groupe MEDICA France division médico-social**: Responsable Qualité Restauration de la Direction Médicale et Qualité.
- 2001 / 2009 : **Groupe DOMUS VI** : Diététicienne Référente Restauration EHPADs.
- 2009 / 2014: **SADIR ASSISTANCE(31)**,
- Depuis 2015 : **LINDE HOME CARE** prestation médico technique à domicile : Prestataire diététicienne : responsable projets d'éducation thérapeutique en lien avec le soin diététique - Rédaction de référentiels et bonnes pratiques concernant la prise en charge diététique - Encadrement mise en œuvre du projet de soins diététiques, à domicile et formation des équipes de soins libérales.

Qualification :

- 2014 : **Formation d'Évaluateur Externe (FORMAT différence Toulouse)**
- 2000 : **Ingénierie de formation et formation de formateur (CREAP Angers)**
- 2000 : **Diplômée du B.T.S. diététique (Institut Limayrac Toulouse).**
- 1996 : **diplômée Institut Français de Gestion (analyse et décisions financières - niveau II).**
- 1995 : **diplômée Institut National du Marketing (marketing stratégique - niveau II).**
- 1986 : **diplômée Institut Français de Gestion (cycle I.F.A.G. - niveau II).**
- 1983 : **D.U.T. de gestion (option gestion appliquée aux P.M.E.**

ANNEXE 3 : HABILITATION ANESM

2A Accompagner Autrement - Société par Actions Simplifiée au capital de 3500€ -

Siège Social : 20 Rue Saint Léon – Bâtiment B1 – 31400 Toulouse

Tel 06 74 36 78 82 - mail : lhote.francoise@orange.fr - SIRET 809 170 897 00015 -

RCS Toulouse - APE 8559A -TVA intracommunautaire - FR 15 809170897 - N° d'organisme de formation 73310773931

Préfecture Région Midi-Pyrénées-

2A Accompagner Autrement est enregistrée auprès de L'ANESM comme évaluateur externe (H2015-05-1714)



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Le Directeur

2A ACCOMPAGNER AUTREMENT
Madame Françoise LHOTE
20 rue Saint-Léon
Bâtiment B1
31400 TOULOUSE

Nos Réf. : EE/15 05 93

Saint-Denis, le 18 mai 2015

LRAR

Objet : notification de la décision d'habilitation et des décisions du Directeur de l'Anesm n°2012001 en date du 11 mai 2012 et n°D2014-11 en date du 9 juin 2014

Madame,

Par décision n°H2015-05-1714 en date du 7 avril 2015 publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale du 15 mai 2015 et sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr), je vous informe que l'organisme 2A ACCOMPAGNER AUTREMENT immatriculé sous le numéro SIREN 809170897, sis 20 rue Saint-Léon, Bâtiment B1 – 31400 TOULOUSE, est habilité à procéder à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles en application de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

La présente décision est notifiée à Madame Françoise LHOTE, représentant légal de l'organisme 2A ACCOMPAGNER AUTREMENT.

Je vous informe que la présente décision est susceptible de recours dans un délai de deux mois à compter de sa notification, auprès du Tribunal administratif de Montreuil – 7, rue Catherine Puig – 93100 MONTREUIL, compétent pour statuer en premier ressort, conformément à l'article R.312-1 du code de justice administrative.

.../...

Pour connaître l'ensemble des obligations incombant aux organismes habilités, vous trouverez, ci jointes, deux décisions ainsi qu'une note d'information du Directeur de l'Anesm à l'attention des organismes habilités et inscrits, également consultables sur le site internet de l'Anesm depuis la rubrique « Habilitation/Inscription », puis « Outils / Textes de référence » :

- **décision n°2012001 du 11 mai 2012** relative à la déclaration de tout changement dans les indications données dans le cadre de la demande d'habilitation ou d'inscription,
- **décision n°D2014-11 du 9 juin 2014** relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi des organismes habilités et prestataires inscrits au titre de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Par ailleurs, pour mener à bien vos missions d'évaluation externe, je vous invite à consulter régulièrement le site internet de l'Anesm à l'adresse suivante (<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>) et notamment l'onglet « Evaluation externe ».

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur,
Par délégation,



Elodie ERREDE