

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE



MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE DE LIMAY

30 Avenue Edouard Fosse
78520 LIMAY

Date d'approbation du directeur d'établissement : 20/11/2009

Date de validation du comité qualité de l'AGEHVS : 03/12/2009 et courriel du 19/01/2010

Date d'approbation définitive du comité de direction de l'AGEHVS :

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

SOMMAIRE

1. Introduction.....	3
2. Présentation de l'établissement.....	3
2.1 Agrément(s), mission(s) et orientations du projet d'établissement	3
2.2 Rappel historique	5
2.3 Positionnement de l'établissement dans son environnement (réseau, partenariats)	7
2.4 Profil de la population accueillie	9
2.5 Orientations et évolutions majeures en cours et à venir	9
2.6 Présentation succincte des différentes activités et prestations	10
3. Engagement dans la démarche qualité	13
4. Déroulement de l'évaluation interne.....	14
4.1 Méthodologie	14
1. Décision d'entrer dans la procédure d'évaluation	14
2. Elaboration du plan de conduite de l'évaluation interne	14
3. Organisation de l'évaluation interne	14
4. Réalisation de l'évaluation interne	15
6. Transmission du rapport d'évaluation interne	15
4.2 Les actions de communication engagées sur l'évaluation interne	16
4.3 Les ressources sollicitées (groupes, composition) et la planification des travaux	17
4.4 Les points forts, les effets induits et les difficultés rencontrées	21

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5. Résultats de l'évaluation par objectif général..... 23

5.1 Objectif général 1 : respecter les droits et les libertés de l'Usager.	23
5.2 Objectif général 2 : utiliser le projet individualisé comme guide de l'action	35
5.3 Objectif général 3 : organiser le processus d'accompagnement de l'Usager.	46
5.4 Objectif général 4 : constituer un dossier de l'Usager qui permette le lien et la continuité de l'action	59
5.5 Objectif général 5 : proposer un cadre et une qualité de vie adaptés aux Usagers.	65
5.6 Objectif général 6 : s'appuyer sur un projet d'établissement pour agir.	73
5.7 Objectif général 7 : développer les partenariats et s'inscrire dans des réseaux.	84
5.8 Objectif général 8 : mobiliser et gérer les ressources humaines	94
5.9 Objectif général 9 : gérer les ressources financières et le système d'information.	111
5.10 Objectif général 10 : assurer la sécurité des Usager et proposer des prestations logistiques adaptées à leurs spécificités	122
5.11 Objectif général 11 : développer l'évaluation et l'amélioration de la qualité.	137

6. Synthèse générale 145

6.1. Résultats globaux du rapport d'évaluation interne :	145
6.2. Axes du programme pluri annuel d'amélioration de la qualité :	147

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

1. Introduction

L'établissement, sur l'impulsion de l'association, a mis en place la démarche d'évaluation interne et d'amélioration continue de la qualité. Ce rapport fait aujourd'hui ressortir la qualité des prises en charge et le manque d'organisation formelle de ces accompagnements. Ce fait s'explique par la jeunesse de l'établissement, qui est ouvert depuis moins de trois ans, période pendant laquelle la priorité majeure était de mettre en œuvre un accompagnement de, pour, et avec les usagers. Cet accompagnement s'exerce dans des cadres légaux, institutionnels et conceptuels classiques. L'établissement s'inscrit donc, depuis quelques mois, de plein pied dans la formalisation de ses systèmes de prises en charges mis en place à partir des propositions :

- des familles des personnes accueillies (réunion de fin juin 2008 et celle du 26 septembre 2009 ex : modalités de création du CVS, courriers aux usagers)
- de la pratique, en construction, des équipes pluri-professionnelles.

Nous tenons ici à remercier toute l'équipe de la MAS qui a participé à l'évaluation interne, ABAQ, et plus particulièrement les membres du COPIL, dont le travail ne s'arrête pas à cette simple évaluation interne. La terminologie utilisée renvoie au glossaire présent sur le site internet de la MAS de Limay.

2. Présentation de l'établissement

2.1 Agrément(s), mission(s) et orientations du projet d'établissement

Compte tenu de l'envoi du dossier au CROSS le 07 février 2002, de l'avis favorable du comité du 23 mai 2002, de l'autorisation du projet par arrêté du Préfet de région en date du 24 juin 2002, le projet de la MAS de Limay a été conçu en référence à la législation antérieure aux lois du 25 janvier 2002 et du 11 février 2005. Cet établissement fonctionne depuis le 18 décembre 2006 et accueille 32 adultes polyhandicapés et 16 adultes ayant une infirmité motrice cérébrale. Ces trois années de fonctionnement ont permis de créer l'ensemble des outils promulgués par les deux dernières lois citées ci-dessus.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

Ces documents sont actuellement disponibles sur le site internet de la Mas sur www.masdelimay.org depuis le 14 janvier 2009 (voir le courrier CNIL sur le site internet). L'établissement assure le bien être physique et moral, la sécurité et l'épanouissement des personnes accueillies et c'est par la mise en œuvre des moyens humains et matériels dont elle dispose.

La Loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées (art 45 et 47) avait prévu l'accueil en établissement ou en service d'accueil et de soins deux catégories de personnes :

- Les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants
- Les malades mentaux.

Des décrets devaient déterminer les conditions d'agrément et de prise en charge par l'assurance maladie, à défaut par l'aide sociale, les dépenses relatives à ces deux catégories de personnes.

C'est le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 qui a institué les Maisons d'Accueil Spécialisées. Le décret qui devait instituer des établissements pour malades mentaux n'est jamais paru. Ces établissements financés par l'Assurance Maladie sont contrôlés par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Selon le décret 78-1211, les MAS ont pour vocation d'accueillir des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou une association de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels, rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence. Elles sont tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

La M.A.S. de Limay, comme les autres MAS, doit assurer de manière permanente :

- L'hébergement,
- Les soins médicaux et paramédicaux correspondants à la vocation spécifique de l'établissement,
- Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies,
- Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées à préserver et améliorer les acquis et prévenir la régression des résidents.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

2.2 Rappel historique

Historique de l'association

L'Association de Gestion des Etablissements pour Handicapés du Val de Seine (AGEHVS) créée en 1972 est adossée au Syndicat Intercommunal des Etablissements pour Handicapés du Val de Seine (SIEHVS) qui rassemble en 2009, 30 communes du Nord-Ouest des Yvelines. Elle regroupe aujourd'hui 11 établissements et services sur le même territoire (voir présentation chronologique ci-dessous).

- 1972 : L'Institut Médico-Educatif « Alfred BINET » des MUREAUX ;
- 1984 : L'Etablissement et Service d'Aide par le Travail d'ECQUEVILLY ;
- 1988 : Le Foyer d'hébergement « Jacques LANDAT » à HARDRICOURT ;
- 1989 : Le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile « André LARCHE » aux MUREAUX ;
- 1989 : Les appartements du Foyer d'hébergement « Jacques LANDAT » à MEULAN ;
- 1990 : La Section d'Adaptation Spécialisée rattachée à l'ESAT d'ECQUEVILLY ;
- 1992 : Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce « Pierre LEGLAND » aux MUREAUX ;
- 1993 : Le siège social ;
- 1994 : Le pavillon du Foyer d'hébergement « Jacques LANDAT » à MEULAN ;
- 1996 : La Maison d'Accueil Spécialisée « Léon HERZ » à ECQUEVILLY ;
- 1998 : Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale du Val de Seine à EPONE ;
- 1998 : Le Foyer de vie d'ECQUEVILLY ;
- 2006 : La Coordination Handicap Locale du Val de Seine à MEULAN ;
- 2006 : La Maison d'Accueil Spécialisée de LIMAY
- 2007 : L'Etablissement et Service d'Aide par le Travail de POISSY

L'AGEHVS adhère aux principes éthiques suivants :

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

- **Le respect de la personne handicapée** en ce qu'elle a d'unique et de global ;
- **La prise en compte de la famille**, car elle est le premier lieu d'accueil et d'accompagnement de la personne handicapée ;
- **La solidarité**, qui contribue à rétablir l'égalité des chances ;
- **La laïcité** en ce qu'elle exige la tolérance et l'absence de tout prosélytisme ;
- **La démocratie**, car l'élu est prioritairement à l'écoute et au service des populations en difficultés ;
- **La citoyenneté**, comme engagement personnel et désintéressé au service de la société.

Son action s'appuie sur les valeurs suivantes :

- **La personne handicapée est membre à part entière de la société.** Elle est appelée à y vivre au mieux de ses capacités d'autonomie grâce à la solidarité ;
- **La famille, les professionnels et l'institution, en lien les uns avec les autres**, sont là pour les y aider.
- **L'association répond individuellement et collectivement**, aux demandes et **aux besoins¹ des personnes handicapées et de leurs familles** ;
- Elle se veut **porteuse de paroles et d'actions pour le respect de la dignité des personnes** ;
- Elle est **engagée dans la réalité économique et sociale** et participe au développement local, notamment par la création d'emplois ;
- Elle **défend un mode pluridisciplinaire de prise en charge** des personnes handicapées ;
- Elle utilise dans sa pratique des **éclairages théoriques différents** en excluant toute mainmise de l'un d'entre eux.

¹ Notamment ceux relevés dans les établissements et services de l'Association

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

Historique de l'établissement

Le projet de création de la MAS de Limay répond au besoin de places pour adultes lourdement handicapés recensés dans les Yvelines. Le département des Yvelines souffre, malgré les nombreux efforts effectués, d'un manque évident de structures d'accueil. Tandis que les besoins sont en constante augmentation, l'Ile-de-France est la région la moins bien pourvue en places d'accueil. Face à cette réalité, la municipalité de Limay a vendu au Syndicat Intercommunal des Etablissements pour Handicapés du Val de Seine un terrain de 15 000 m², pour y construire une Maison d'Accueil Spécialisée. Plus de cinq années auront été nécessaires avant la pose de la première pierre de cet établissement le 26 octobre 2005. Déterminé et opiniâtre, Monsieur Léon Herz, alors président du Syndicat Intercommunal, s'est battu sans relâche pour que le projet puisse aboutir. La MAS de Limay a ouvert ses portes le 20 décembre 2006.

2.3 Positionnement de l'établissement dans son environnement (réseau, partenariats)

Afin de répondre aux mieux aux besoins des résidants, de leur procurer une vie quotidienne de qualité et un cadre de vie sécurisant, l'établissement travaille en collaboration avec de nombreux partenaires. En fonction des besoins, il existe différents niveaux de partenariat, plus ou moins important. Bien entendu, les résidants se situent au centre de nos préoccupations.

Voir le schéma ci-après :



A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

2.4 Profil de la population accueillie

Implantée sur les hauts de Limay, entourée de champs et dans un environnement boisé, la MAS offre un cadre de vie le plus agréable possible aux personnes adultes porteuses de handicap, atteintes d'une déficience intellectuelle, motrice cérébrale ou d'un poly-handicap.

Le bâtiment est situé de plain pied avec accessibilité à tous les lieux. Tout est fait pour que les résidants se sentent « comme à la maison », tout en bénéficiant d'une prise en charge et de soins quotidiens. Sa capacité d'accueil est de 48 places, dont 16 pour des personnes ayant une infirmité motrice cérébrale.

2.5 Orientations et évolutions majeures en cours et à venir

L'évaluation interne permet à l'établissement de regarder les résultats de ses pratiques professionnelles et la manière dont ceux-ci sont perçus par les familles.

Les avancées concrètes permettent, par leurs adéquations avec les valeurs associatives, la législation en vigueur et les résultats obtenus décrits dans ce rapport, de nous encourager à garder le cap en poursuivant l'élaboration, la formulation et la traçabilité d'un accompagnement toujours plus pertinent.

L'arrivée de l'outil informatique (logiciels : résidants, employés, exchange, e-mail professionnel, site internet de la MAS, comptabilité et suivi budgétaire) est un tremplin incontournable de la réalisation des missions médico-sociales et thérapeutiques de la MAS au service des usagers.

Le travail produit par cette évaluation interne est la « première pierre » qui conduira la structure à renouveler son projet d'établissement.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

2.6 Présentation des différentes activités et prestations

Les nombreuses activités proposées par notre établissement, avec son service animation, ont vocation à participer à notre démarche d'accompagnement dans une visée socio-éducative et thérapeutique, elles sont trop nombreuses pour toutes figurer dans cette présentation succincte, ainsi nous mettons en place :

Les activités pour préserver les acquis :

Stimulation à la marche : cette activité s'adresse aux résidents qui ont possibilité sur de courtes distances de marcher, mais qui ont recours principalement au fauteuil pour se déplacer. Ces randonnées se font sur des terrains non accidentés pour permettre un meilleur équilibre. Cette activité est réalisée été comme hiver et est encadrée par l'équipe socio-éducative accompagné de bénévoles. Elle se déroule également à l'intérieur de la structure et est animée par les professionnels.

Randonnée fauteuil : même principe que précédemment, mais pour les personnes en fauteuil.

Balnéothérapie : l'élément aquatique est favorable à la détente et permet également de lutter contre la dégradation physique et l'aggravation du handicap de certains des résidents. Le côté ludique permet aussi un vrai moment de plaisir. Cette activité est menée par différents professionnels dont les kinésithérapeutes, la psychomotricienne et les équipes socio-éducatives qui le souhaitent.

Sans parler du travail mis en œuvre par les kinésithérapeutes, la psychomotricienne et l'ergothérapeute de la MAS : barres parallèles, verticalisation, vélos adaptés ...

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

Les activités pour maintenir une curiosité intellectuelle :

Animation contes : mise en œuvre par le service animation de la MAS, cette activité permet aux résidants de développer leur imaginaire, leur capacité d'écoute et de créativité.

Cinéma : avant toute sortie cinéma, les résidants se réunissent pour déterminer le film qu'ils souhaitent voir. Se rendre au cinéma est également un moyen de rencontrer des personnes extérieures avec lesquelles il est agréable d'échanger. Lors du retour, chacun peut donner ses impressions.

Sorties, promenades, visites : sont des facteurs d'épanouissement qui permettent d'éveiller la curiosité, d'allier détente et socialisation.

Snoezelen : Cette espace permet d'entrer en contact par une communication non verbale en utilisant les différents sens (ouïe, odorat, touché, vue) et en les stimulants. Cette prise en charge est réalisée par les équipes socio-éducatives qui ont été formées à cet effet ou les paramédicaux.

Les activités pour garder une bonne image de soi :

Activité esthétique : avoir une bonne image de soi est particulièrement important pour tous, c'est pourquoi nous offrons aux résidants la possibilité d'accéder à des soins d'esthétique (soins du visage, épilation, maquillage) dans une salle exclusivement réservée à cet effet. Les résidants y trouvent leur compte également !

Activité salon de coiffure : pour ceux qui le peuvent c'est un réel plaisir que de se rendre chez le coiffeur !

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

Les activités de loisirs :

Sorties au restaurant, matchs de foot, spectacles, soirées à thèmes, sorties achats.

De plus, tout au long de l'année des animations ponctuelles sont également organisées en interne avec la participation des résidants et du personnel : fête de Noël, Halloween, fête de la musique, carnaval, anniversaires

Ce sont des moments de plaisir partagés qui permettent aux résidants d'avoir des repères temporels.

Les séjours pour sortir du quotidien :

En plus des activités, des séjours extérieurs pour les résidants sont proposés par les équipes pluridisciplinaires. Leurs objectifs sont les suivants :

- Permettre, plus spécialement à ceux qui sortent peu de la MAS, de changer d'environnement en leur offrant un temps de vacances et en leur proposant des activités différentes.
- Favoriser l'émergence de compétences nouvelles en changeant de lieu de vie (changement d'habitude, éviter l'enfermement dans la pathologie et le repli sur soi).
- Leur permettre de bénéficier d'un encadrement individualisé et/ou de vivre quelques jours en groupe restreint avec des résidants d'autres unités.
- Pouvoir aborder certaines facettes de leur projet de vie individualisé et, si besoin, procéder à son réajustement.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

3. Engagement dans la démarche qualité

Il s'agit de décrire le niveau d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration de la qualité.

En amont de l'évaluation interne, l'établissement n'avait pas mis en œuvre de démarche qualité structurée. Il conçoit l'évaluation interne comme la première étape de cette démarche au long court. C'est ainsi qu'il a choisi, pour conduire son évaluation interne, une démarche participative de gestion de projet.

Cette démarche a été présentée dans le cadre d'une réunion institutionnelle début 2009 où il a été proposé à l'ensemble de l'équipe de s'inscrire dans les différents groupes de travail. Une trentaine de personnes se sont inscrites dans ces cinq groupes de travail organisé par le COPIL de l'établissement (voir le plan de conduite et le planning de l'évaluation interne ci-dessous).

Le programme pluri annuel, consécutif à cette évaluation, guidera les actions d'améliorations de l'établissement sur les cinq prochaines années.

L'établissement a conçu la structure de gestion de projet (directeur, référent qualité, comité de pilotage, groupes et personnes ressources) de sa démarche d'évaluation interne comme pouvant être pérennisée.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

4. Déroulement de l'évaluation interne

4.1 Méthodologie

1. Décision d'entrer dans la procédure d'évaluation

Le Directeur d'établissement décide du démarrage de la procédure d'évaluation, en tenant compte des orientations associatives fixées par le comité de direction de l'association (dénommé CODIR et constitué du Président du CA et du Secrétaire Général). Il en informe le Président, par un acte d'engagement formel. Cet acte d'engagement est également communiqué au Secrétaire Général. Le Directeur informe les autorités de contrôle et de tarification de son engagement dans un processus d'évaluation interne.

2. Elaboration du plan de conduite de l'évaluation interne

Le Directeur d'établissement, en lien avec le(s) référent(s) qualité, et le comité de pilotage (COPIL) planifie les différentes phases de l'évaluation interne.

3. Organisation de l'évaluation interne

Le Directeur de l'établissement, en lien avec le(s) référent(s) qualité, et le comité de pilotage organise les modalités :

- de prise de connaissance et d'appropriation des objectif(s) général (aux).
- d'appropriation de la méthode d'évaluation interne.

Le COPIL et les groupes :

- Identifient les références et les critères dont ils pensent maîtriser les éléments de réponse. Pour les autres, ils identifient les personnes ressources.
- Planifient et répartissent les tâches entre les membres du groupe.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

4. Réalisation de l'évaluation interne

Les membres du COPIL et des groupes d'évaluation (dénommé GEVA) recueillent les éléments de réponse sur les objectifs qui les concernent.

Il est important de favoriser la participation des Usagers (via le CVS, conseil des Usagers ou une enquête) dans le déroulement de l'évaluation interne. Pour cela, il s'agit d'identifier les références (ou critères) pour lesquels une expression de l'Usager est importante à recueillir (DLU, PIU, PAU, CQV plus particulièrement) et de les transformer en questionnaires, puis de les appliquer.

Penser à régulièrement communiquer auprès des professionnels et des Usagers sur l'état d'avancement de l'évaluation.

5. Finalisation, validation et approbation des éléments du rapport d'évaluation interne

GEVA : les éléments d'évaluation interne sont rassemblés et analysés par chaque groupe. A partir de ceux-ci le groupe élabore le rapport sur la partie qui le concerne. Au fur et à mesure, le groupe communique ses travaux pour coordination et validation au comité de pilotage et approbation du Directeur de l'établissement. La partie introductive du rapport est élaborée par le comité de pilotage et le Directeur de l'établissement.

En l'absence de GEVA : le COPIL formule directement le rapport sur les différents objectifs qui lui ont été affectés par le Directeur. Par ailleurs, le(s) référent(s) qualité élabore(nt) pour les autres objectifs généraux des propositions de formulation pour le rapport. Tous les éléments sont validés par le COPIL et approuvés par le Directeur.

6. Transmission du rapport d'évaluation interne

Le rapport de l'évaluation interne est transmis au Comité Qualité de l'association (dénommé COQUA) pour avis, puis au Président pour approbation définitive. Le Directeur communique la version approuvée du rapport à l'autorité de contrôle et de tarification.

Le rapport est mis à la disposition des professionnels et des usagers.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

4.2 Les actions de communication engagées sur l'évaluation interne

Dans le cadre d'une réunion institutionnelle en date du 5 février 2009, l'ensemble du personnel a été informé de l'entrée de l'établissement en IMP (Institut Médico Psychologique) dans le processus de l'évaluation interne par le directeur. Cette réunion de démarrage c'est déroulée en trois étapes :

- La première étape a donné lieu à la présentation du contexte législatif de la loi du 2 janvier 2002 concernant l'évaluation interne.
- La deuxième étape a donné lieu à la présentation du référentiel associatif élaboré par le COQUA et de sa méthodologie.
- La troisième étape a donné lieu à un appel à candidature adressé aux personnels afin qu'il intègre les différents groupes de travail.

Ensuite le directeur a envoyé une lettre d'engagement concernant la mise en œuvre de l'évaluation interne adressé au président de l'association M. Hubert FRANCOIS-DAINVILLE. Ce courrier, chacun peut en prendre connaissance, car il est actuellement sur le tableau d'affichage de la Mas.

Puis, enfin, le directeur a fait parvenir à l'ensemble des usagers et/ou des représentants légaux des personnes accueillies un questionnaire de satisfaction. 44% (21 réponses sur 48) des familles et/ou les représentants légaux ont retournés ce questionnaire de satisfaction (voir questionnaire et tableau des résultats ci-dessous). Dans un premier temps nous pouvons souligner l'implication des usagers dans cette démarche et donc l'aspect représentatif de ces données. Le taux moyen de satisfaction est de 94,5 %. Nous constatons que l'établissement dans l'ensemble des différents domaines interrogés (l'accueil, l'accompagnement des résidants, l'échange avec les familles et la qualité du service rendu par pôle d'activité) a d'excellents résultats auprès des usagers et de leurs familles. Ces résultats sont le fruit de trois années de travail et d'implication de l'ensemble de l'équipe de la MAS de Limay.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

4.3 Les ressources sollicitées (groupes, composition) et la planification des travaux

ETABLISSEMENTS POUR HANDICAPES DU VAL DE SEINE

Maison d'Accueil Spécialisée

30 avenue Edouard Fosse

78520 LIMAY

☎01-39-29-60-60

☎01-39-29-60-89

✉masdelimay@orange.fr



PLAN DE CONDUITE ET PLANNING DE L'EVALUATION INTERNE
ANNEE 2009

Pour des raisons de confidentialité nous ne gardons que les prénoms

Groupe	objectif(s) général(aux)	Composition du groupe	DATE	LIEUX	ENCADRANTS ET PERSONNES RESSOURCES
Groupe 1	<p>DLU : Respecter les droits et les libertés de l'usager. (1) PAU : Organiser le processus d'accompagnement de l'usager (3) PE : S'appuyer sur un projet d'établissement pour agir (6)</p> <p style="text-align: right;"><i>Soit 24 références</i></p> <p><i>6 personnes pour 18 réunions (total 34,5h) soit 207 heures</i></p>	<p>Coordonnateur :</p> <p>-Yamina</p> <p>Membres :</p> <p>-Céline -Nathalie</p> <p>-Encadrants : Abdel, Hakima, Estelle.</p> <p>Personnes ressources :</p> <p>- Les chefs de service -Gurutze - Marie Christine -Le Médecin</p>	<p>1/10 mars de 10h -12h 2/ 18 mars 14 h –16h 3/ 27 mars 10-12h 4/ 31 mars 10h–12h 5/ 28 avril 10-12h 6/ 5 mai 14h30-16h30 7/12 mai 10-12h 8/ 14 mai 14h30-16h30 9/ 22 mai 10-12h 10/ 26 mai 14h30-16h30 11/ 29 mai 10-12h 12/ 4 juin 14h30-16h30 13 / 9 juin 14h30-16h 14/ 11 juin 14h30-16h30 15/ 16 juin 14h30-16h 16/ 18 juin 14h30-16h30 17/ 23 juin 14h30-16h 18 / 25 juin 14h30-16h30</p>	<p>1/ Salle des familles 2/ Salle de réunion 3/ Salle de réunion 4/ Salle de réunion 5/ salle des familles 6/ salle de réunion 7/ salle de réunion 8/ salle des familles 9/ salle de réunion 10/ salle de réunion 11/ salle de réunion 12/ salle familles 13/ salle familles 14/ salle familles 15/ salle familles 16/ salle familles 17/ salle familles 18/ salle familles</p>	<p>1/ Abdel, Hakima, Les chefs de services 2/ Estelle Abdel, Les chefs de services 3/ Estelle Abdel, Les chefs de services, Marie-Christine, Gurutze 4/ Estelle Hakima, Les chefs de services Médecin en fonction de son planning. 5/ Hakima, et Estelle, Gurutze 6/ Hakima et Estelle 7/ Hakima 8/ Abdel et Estelle, ide christelle 9/ Estelle et Marie Christine 10/ Abdel et Estelle 11/ Hakima Marie-Christine 12/ Encadrants présents 13/ Encadrants présents 14/ Encadrants présents 15/ Encadrants présents 16/ Encadrants présents 17/Encadrants présents 18/ Encadrants présents</p>

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

Groupe 2	<p>PIU : Utiliser le projet individualisé comme guide de l'action (2) DOS : Constituer un dossier de l'utilisateur qui permette le lien et la continuité des actions (4) CQV : Proposer un cadre et une qualité de vie adaptés aux usagers (5)</p> <p style="text-align: right;"><i>Soit 18 références 6 personnes pour 11 réunions (22h), soit 132 heures</i></p>	<p>Coordonnateur : - Les Chefs de service</p> <p>Membres : - L'équipe infirmière -Edouard -Encadrants : Didier, Anna-Cécilia, Eulalie, Valérie.</p> <p>Personnes ressources : -Nicole - Marie-Christine -Erwan -Les coordinatrices</p>	<p>1/ 9 mars de 10-12h 2/ 17 mars de 10-12h 3/ 26 mars de 14-16 h 4/ 31 mars de 14-16h 5/ 7 avril 14h – 16h 6/ 30 avril de 14-16h 7/ 5 mai de 10 à 12h 8/12 mai 14h30 - 16h30 9/ 15 mai 14h30-16h30 10/19 mai 10-12h 11/ 29 mai 14h30-16h30</p>	<p>1/ Salle des familles 2/ Salle des familles 3/ Salle de réunion 4/ Salle de réunion 5/ salle des familles 6/ salle des familles 7/ salle de réunion 8 / salle familles 9/ salle des familles 10/ salle de réunion 11/ salle des familles</p>	<p>1/ Valérie, Anna-Cécilia, Marie-Christine 2/ Valérie et Eulalie, 3/ Canis Nicole, Didier, Anna Cécilia, 4/ Canis Nicole, Didier Eulalie Médecin en fonction de son planning. 5 / Didier, Ana Cécilia, Marjorie 6/ Valérie et Anna Cécilia, Angèle 7/ Valérie et Anna-Cécilia 8 / Eulalie, Nicole 9/ Valérie et Eulalie 10/ Valérie et Anna Cécilia 11/ Valérie et Eulalie</p>
Groupe 3	<p>GRH : Mobiliser et gérer les ressources humaines (8) GFI : Gérer les ressources financières et le système d'information (9) PAR : Développer les partenariats et s'inscrire dans des réseaux (7)</p> <p style="text-align: right;"><i>Soit 27 références 3 personnes pour 15 réunions (23h), soit 69 heures</i></p>	<p>Coordonnateur : -Mr Martinez (Directeur)</p> <p>Membres : - Bruno -Lysiane</p> <p>Personnes ressources : -Christine et Edouard (pour PAR)</p>	<p>1/ 9 avril 14h30-16h 2/ 14 Avril 14h30-16h 3/ 21 Avril 14h30-16h 4/ 28 Avril 14h30-16h 5/ 7 Mai 14h30-16h 6/ 14 Mai 14h30-16h 7/ 15 mai 11-12h 8/ 19 mai 14h30-16h 9/ 28 mai 14h30-16h 10/ 5 juin 10-12h 11/ 9 juin 14h30-16h 12/ 18 juin 14h30-16h 13/ 23 juin 14h30-16h 14/ 26 juin 10-12h 15/ 30 juin 14h30-16h</p>	<p>1/ salle de réunion 2/ salle de réunion 3/ salle de réunion 4/ salle de réunion 5/ bureau directeur 6/ bureau directeur 7/ bureau directeur 8/ bureau directeur 9/ bureau directeur 10/ bureau directeur 11/ bureau directeur 12/ bureau directeur 13/ bureau directeur 14/ bureau directeur 15/ bureau directeur</p>	<p>PAR Christine ou Edouard.</p>
Groupe 4	<p>SLO : Assurer la sécurité des usagers et proposer des prestations logistiques adaptées à leurs spécificités (10)</p> <p style="text-align: right;"><i>Soit 10 références 4 personnes pour 6 réunions (12h), soit 48h.</i></p>	<p>Coordonnateur : -Les Chefs de service</p> <p>Membres : -Cécile -Jean -Ourdia</p> <p>Personnes ressources : -Ensemble des professionnels -Les coordinateurs</p>	<p>1/ 13 mai 10-12h 2/ 20 mai 10-12h 3/ 3 juin 10-12h 4/ 10 juin 10-12h 5/ 17 juin 10-12h 6/ 24 juin 10-12h</p>	<p>1/ salle de réunion 2/ salle de réunion 3/ salle des familles 4/ salle de réunion 5/ salle de réunion 6/ salle de réunion</p>	<p>1/ Yamina 2/ Marjorie 3/ Linda</p> <p>+ Référence SLO7 IDE pour les médicaments + Référence SLO6 sur la restauration invitation du Cuisinier de Comparest.</p>

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Groupe 5	EAQ : Développer l'évaluation et l'amélioration de la qualité (11) <i>Soit 6 références Soit une réunion de 7h pour 5 personnes, soit 35 h.</i>	Coordonnateur : -Mr Martinez Membres : - Les chefs de service - Yamina Personnes ressources : -Consultant ABAQ	22 avril fait avec ABAQ		
----------	---	---	------------------------------------	--	--

L'ensemble des professionnels de l'établissement sont personnes ressources. La liste des personnes ressources précisée dans ce tableau n'est pas exhaustive. Les groupes peuvent donc interroger tous les professionnels de l'établissement. Les personnes ressources sont invitées par le coordonnateur du groupe ou le Comité de Pilotage (COFIL) constitué de Mme Yamina ..., les chefs de service et M. Martinez.

Les comptes rendus seront consultables sur le réseau informatique de la Mas de Limay « serveur mas » puis dans le dossier « Evaluation interne ».

Ensuite, les usagers ont été consultés aux travers d'une enquête de satisfaction :

ENQUETE DE SATISFACTION GLOBALE

1/ ETES-VOUS SATISFAIT GLOBALEMENT DE L'ACCUEIL MIS EN ŒUVRE PAR L'ETABLISSEMENT ?

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

2/ ETES-VOUS SATISFAIT GLOBALEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT DE VOS ENFANTS ?

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

3/ ETES VOUS SATISFAIT GLOBALEMENT DE LA QUALITE DU DIALOGUE ENTRE VOUS ET L'ETABLISSEMENT ?

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

4/ ETES-VOUS SATISFAIT GLOBALEMENT DE LA QUALITE DES SERVICES QUE VOUS PROPOSE L'ETABLISSEMENT ?

- POLE DIRECTION

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- POLE ADMINISTRATION

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- POLE SOCIAL

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- POLE SOCIO-EDUCATIF

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- POLE PARAMEDICAL

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- POLE MEDICAL

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

- SERVICES GENERAUX

OUI SANS OBJET NON

Si non pourquoi ?

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

RESULTATS : Traitement des données dans le cadre d'une approche quantitative des 21 Réponses sur les 48 questionnaires de satisfaction envoyés.

QUESTION DE SATISFACTION CONCERNANT	OUI	NON	SANS OBJET	% DE SATISFACTION
L'ACCUEIL MIS EN ŒUVRE A LA MAS	21	0	0	100 %
L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDANTS	20	0	1	95 %
LE DIALOGUE AVEC L'ETABLISSEMENT	19	1	1	90 %
LA QUALITE DU SERVICE RENDUE PAR LA MAS	137	1	9	93 %

Pour simplification les arrondis appliqués prennent en compte les conventions classiques : entre 0 et à 0,49 = 0 et entre 0,5 et 0,99 = 1

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

4.4 Les points forts, les effets induits et les difficultés rencontrées

- Ce qu'a apporté l'évaluation interne :
 - Point objectif en relation avec le référentiel associatif sur la situation actuelle de l'établissement démontrant l'importance de l'évolution positive de l'accompagnement socio-éducatif et thérapeutique de la structure depuis sa création.
 - Identification des éléments manquants à produire pour répondre au référentiel associatif.
 - Formulation de l'état d'esprit de service mis en œuvre par les professionnels de l'établissement au bénéfice des usagers.
 - La très grande satisfaction des familles concernant le service rendu dans sa globalité à un taux moyen de 94,5%

- Les limites rencontrées dans sa mise en œuvre :
 - Désorganisation de la vie quotidienne.
 - Essoufflement de l'équipe sur la durée
 - Reports fréquents de sorties socio-éducatives.
 - Fait de nouveau émerger les éléments de demande de rebasage d'octobre 2007, transmis à la DDASS, constatant un décalage entre les objectifs d'accompagnements et les moyens humains octroyés.

- La direction a inscrit l'évaluation interne dans une démarche participative préexistante et nécessaire :
 - A la continuité d'une bonne dynamique d'équipe.
 - A un travail de qualité encré dans le vécu de la vie quotidienne.
 - A la poursuite de l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers dans la limite des moyens humains octroyés.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

5. Résultats de l'évaluation par objectif général.

5.1 Objectif général 1 : respecter les droits et les libertés de l'Usager.

5.1.1 Synthèse pour l'objectif général 1 :

Points forts	Les droits et libertés des usagers font partis des priorités de l'établissement. Les professionnels et usagers sont informés de ces droits lors de leur entrée dans la structure. Les professionnels au travers d'outils et de sollicitations quotidiennes favorisent l'expression de l'usager et recueillent son consentement concernant les décisions relatives à sa prise en charge. Les usagers sont accueillis sans discrimination dans le respect du cadre posé par l'agrément de l'établissement et les professionnels sont attentifs au respect de l'intimité et de l'intégrité (physique et morale) des personnes accueillies.
Points perfectibles	La politique de respect des droits et libertés des usagers n'est pas formalisée, même si les contenus sont accessibles au travers des outils existants (Bulletin d'Information, Site Internet). Le résultat de l'enquête de satisfaction n'a pas encore été diffusé. La procédure d'admission a besoin d'être de nouveau réactualisée car elle ne correspond plus à la pratique actuelle. Le système de signalement des maltraitances nécessite une appropriation continue des professionnels et ces derniers manquent de formation sur ce thème.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le CVS après élaboration des modalités par le groupe de l'Association AGEHVS • Définir ses modalités d'administration et de dépouillement de l'enquête de satisfaction au travers d'une procédure. • Travailler à une appropriation continue de la procédure de signalement des maltraitances, interne à l'établissement. • Retourner le dossier d'admission incomplet à l'institution d'origine, aux parents ou aux représentants légaux dans le but d'avoir un dossier complet reflétant la personne dans sa globalité et de permettre un accueil individualisé. Si le dossier est incomplet, il y a refus de le traiter. • Ecrire la procédure d'admission dans ses étapes de déroulement et qu'elle soit accessible à tous. • Former le personnel sur la violence et la maltraitance des usagers.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.1.2 Résultat par référence de l'objectif général 1 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DLU.1 :	L'établissement affirme le caractère prioritaire du respect des droits de l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DLU.1.a : Une politique de diffusion et d'appropriation des textes réglementaires et internes en direction des professionnels et usagers est définie.	Le Règlement de fonctionnement fait l'objet d'un affichage dans les locaux de l'établissement à disposition du personnel (couloir d'accès de la cafétéria). Le Règlement de fonctionnement est remis à chaque nouvelle embauche avec le Règlement intérieur. Ils sont remis avec le Livret d'Accueil à tous les futurs usagers souhaitant intégrer la Maison d'Accueil Spécialisée. Cependant, il n'existe pas de politique formalisée de diffusion et d'appropriation des documents réglementaires et internes envers les professionnels et les usagers. Le site internet de la MAS met à disposition certains textes législatifs accessibles à tous et a créé un lien avec le site du service public donnant accès au droit : www.legifrance.gouv.fr	Règlement de fonctionnement Livret d'Accueil Règlement intérieur www.masdelimay.org	C
DLU.1.b : L'utilisateur et son représentant sont informés de leurs droits, obligations et libertés.	Le Règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le Livret d'Accueil sont remis à chaque nouvelle personne accueillie et / ou son représentant légal. Les professionnels informent oralement l'utilisateur et/ou son représentant légal de leurs droits. La charte des droits et libertés est affichée dans le couloir principal, à la vue de tous (usager, professionnels, familles, visiteurs).	Règlement de fonctionnement Article 5 page 12 Livret d'Accueil Contrat de séjour Charte des droits et libertés de la personne accueillie Procédure d'admission	B
DLU.1.c : Les usagers sont encouragés et accompagnés dans l'exercice de leurs droits.	Actuellement les usagers sont encouragés et accompagnés dans l'exercice de leurs droits au sein de l'établissement et en tant que citoyen (CVS en cours de constitution, obtention de papiers d'identité, d'ouverture de droit, exercice du droit de vote...)	Projet d'établissement page 11 art 5 page 12 Livret d'accueil page 2. Ces deux documents dans leur ensemble parcourent le DLU.1c.	B
DLU.1.d : L'établissement organise la veille documentaire et rend les documents (textes réglementaires) accessibles	La veille documentaire est réalisée par le directeur, lequel diffuse aux professionnels les derniers textes législatifs au travers du site internet de la MAS, des articles en lien avec l'association et le secteur, les informations locales, les revues (type ASH). Cette mise à disposition se fait au travers du BI (Bulletin d'Information) et d'une bibliothèque interne gérée par les animateurs.	Bulletin d'information Logiciel « Bibliothèque » www.masdelimay.org	B
Synthèse de la référence	L'établissement affirme, notamment dans le projet d'établissement, le caractère fondamental du respect de la personne accueillie. Les professionnels sont informés des droits de l'utilisateur lors de leur arrivée dans l'établissement, de même que les usagers. Cependant les éléments de la politique de diffusion restent à formaliser.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Conseil de la Vie Sociale Droits et libertés	Mettre en place le CVS après élaboration des modalités par le groupe de l'Association AGEHVS Mettre en place l'accompagnement aux urnes
Droits et libertés	Rédiger une politique de diffusion et d'appropriation des textes réglementaires envers les professionnels et les usagers et l'inclure dans le PE

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DLU.2 :	Le fonctionnement favorise la participation et l'expression de l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	quotation (A, B, C, D)
DLU.2.a : Les modalités d'expression de l'utilisateur et de participation au fonctionnement de l'établissement sont définies dans le règlement de fonctionnement.	Notre établissement a clairement défini les modalités d'expressions et de participations de l'utilisateur dans le règlement de fonctionnement Pour les résidents qui peuvent s'exprimer verbalement, leur participation est sollicitée notamment dans tous les actes de la vie quotidienne les concernant. Pour les personnes qui ne peuvent verbaliser oralement, il est recherché d'autres modes de communication (pictogrammes, images, cours de LSF en interne). Les tuteurs et les familles sont impliqués dans les prises de décisions concernant les résidents	Règlement de fonctionnement art 4 page 10,11 art 5 page 12 art 6 page 14	B
DLU.2.b : L'établissement met en place un dispositif permettant l'expression des usagers ou de leurs représentants.	<u>Communication :</u> Un cahier a été mis en place en tant qu'outil de communication tripartite personnel, Famille, résident. <u>Prestation repas :</u> une réunion mensuelle est mise en place avec la société COMPAREST (diététicienne, directeur cuisinier), l'équipe de direction, les coordinatrices, infirmière, et encadrant. Avec, comme support de travail, le cahier de suivi des repas où sont notés par les encadrants. toutes les demandes et remarques des résidents concernant les menus. <u>Espace d'échanges et expressions :</u> Différents entretiens individuels sont proposés de façon formelle et informelle aux résidents et aux familles ou représentants légaux avec l'assistante sociale, psychologue, encadrants, équipe de direction, médecin et l'équipe paramédicale. Différentes activités sont mises en place comme lieu d'expressions et d'échanges en groupe tel que l'atelier mémoire, les sorties, les fêtes en fonction des besoins et des demandes des résidents. Après chaque synthèse les résidents ainsi que leur familles et ou représentant légal sont reçus par le directeur afin de faire le point sur leur projet de vie.	Cahier de liaison Cahier de suivi qualité des repas Compte rendu des commissions menu Planning de prise en charge psychologue Planning d'activités Planning des animateurs Ordre de missions Planning individuel des résidents Projet de vie du résident	B
DLU.2.c : Toutes les insatisfactions ou réclamations exprimées par les usagers sont analysées et traitées. Elles donnent lieu à une réponse individualisée.	Mise en place d'une commission "menu" En attente de la mise en place du Conseil de la Vie Sociale, l'établissement est très attentif aux demandes et besoins exprimés par les résidents (organisation de sorties à la demande, mise en place de groupe de parole, prise en charge psychologique...) Sorties pour la liberté de culte, pour le moment une seule personne en a fait la demande..., respect du rite musulman (porc).	Règlement de fonctionnement dans sa globalité remis avec le Livret d'Accueil Livret d'Accueil page 19 Compte-rendu de commissions menues Projet d'Etablissement dans sa globalité	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

DLU 2 d : L'utilisateur peut rencontrer à sa demande toute personne concernée par sa prise en charge.	Chaque résident est accueilli par les différents personnels lorsqu'il le souhaite. Il lui faut cependant respecter les prises en charge en cours, ainsi que la présence des personnels concernés.	Les plannings des différentes prises en charge paramédicales et éducatives Projet d'Etablissement en général exemple pages 6 et 21 Règlement de Fonctionnement exemple pages 10 et 11, le document complet pouvant être utilisé comme référence dans ce DLU	B
DLU 2 e : L'établissement met en œuvre des enquêtes de satisfaction à destination des usagers.	Une enquête de satisfaction a été envoyée à l'ensemble des familles. Cette enquête a été établie pour permettre aux usagers de participer à l'évaluation interne.	Enquête de satisfaction 2009	B
DLU.2.f : Les résultats de ces enquêtes sont communiqués et font l'objet d'actions d'amélioration.	Les données de l'enquête de satisfaction sont traitées mais nous n'avons pas, à ce jour eu le temps de diffuser ces données.	Retour du questionnaire de l'enquête de satisfaction fait par les usagers	C
Synthèse de la référence	L'établissement favorise l'expression de l'utilisateur, par une sollicitation constante des professionnels, qui utilisent les moyens de communication adaptés aux capacités d'expression des usagers qui ne parlent pas. Des outils de communication sont mis à disposition des familles. Cependant l'établissement n'a pas eu encore le temps de diffuser l'enquête de satisfaction envoyé aux usagers.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Enquête de satisfaction	Définir les modalités d'administration et de dépouillement de l'enquête de satisfaction au travers d'une procédure.
Conseil de la Vie Sociale	Organiser les élections des membres du CVS

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DLU.3 :	L'établissement accueille l'utilisateur sans discrimination dans le cadre de l'autorisation		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	quotation (A, B, C, D)
DLU.3.a : L'établissement définit ses critères d'admission dans le cadre de son agrément	Nous accueillons toutes personnes orientées par la MDPH ou CDAPH étant en situation de poly-handicap. Personnes adultes ayant un handicap intellectuel, moteur et somatique grave ou une association de handicap intellectuel, moteur ou sensoriel les privant d'autonomie (IMOC). Nos critères d'admission sont : l'existence chez la personne accueillie d'un handicap avec une contre-indication pour les maladies psychiatriques évolutives, être un adulte de moins de 60 ans avec une absence d'autonomie et un besoin de soins et de surveillance médicale constants. Ces critères sont définis formellement.	Article 2.1 projet d'établissement page 2, 3, 4, 5(Décret 78-1211) Article 1 du contrat de séjour. Livret d'accueil page 19 Règlement de fonctionnement article 4 page 10 et 11 (L'éthique institutionnelle)	B
DLU.3.b : Une procédure d'examen des candidatures garantissant la non discrimination est définie.	Toute candidature est traitée suite à la réception d'un dossier de préadmission ou figure des renseignements médicaux, sociaux, familiaux. Ce dossier est visé par l'équipe pluridisciplinaire. L'action sociale menée par l'établissement est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux en leur garantissant un accès équitable. Il existe une procédure d'admission qui détaille l'examen des candidatures, mais celle-ci doit être remise à jour pour correspondre à la pratique actuelle.	Règlement de fonctionnement article 4 page 10. Livret d'accueil préambule page 4 et article 1 page 26 Première feuille du dossier de pré admission	C
DLU.3.c : Les convictions personnelles, philosophiques et religieuses sont respectées conformément aux textes réglementaires en vigueur.	Notre établissement accueille des personnes de religions, de cultures et d'origines différentes, sans aucune distinction. Un accompagnement à la pratique religieuse est mis en place. Les salariés respectent l'intimité et les convictions des résidents et de leurs familles. Cependant, l'établissement ne propose pas d'accompagnement à l'exercice du droit de vote pour les usagers, actuellement.	Livret d'accueil (charte des droits et libertés de la personne accueillie de la page 26 à la page 29). Règlement de fonctionnement page 10 et 11 et article 5 page 12. Règlement intérieur du personnel page 2 titre 3, article 3.2, page 6 article 3.15 et page 7 article 3.20 et 3.21. Projet d'établissement page 8 paragraphe 3.3	B
Synthèse de la référence	L'établissement, à partir de ces critères d'admission, et de son agrément, accueille l'utilisateur sans discrimination en respectant ses convictions personnelles et religieuses. Cependant, la procédure d'admission n'est plus à jour et il reste à mettre en place un accompagnement au vote des usagers.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Accueil et admission	Retourner le dossier d'admission incomplet à l'institution d'origine, aux parents ou aux représentants légaux dans le but d'avoir un dossier complet reflétant la personne dans sa globalité et de permettre un accueil individualisé. Si dossier incomplet, refus de traiter le dossier.
Droit de vote	Mettre en place l'accompagnement au droit de vote.
Accueil et admission	Remettre à jour la procédure d'admission en fonction des pratiques actuelles.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DLU.4 :	Le libre choix et le consentement éclairé de l'utilisateur sont recherchés		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DLU.4.a : Le temps d'admission intègre une période d'observations qui vise le consentement éclairé.	Lors du temps d'admission, l'utilisateur bénéficie d'une période d'essai dans l'établissement, défini au moment de l'admission. Le résidant dès sa première visite dans la structure, se voit exposer la vie et le projet de l'établissement, l'équipe interdisciplinaire l'accompagne tout au long de ce processus afin de recueillir ses impressions et celle de son entourage. Le résidant reste maître de la décision d'intégrer l'établissement et ce jusqu'au bout du processus d'admission. Pour certains usagers, un bilan a été réalisé à mi parcours durant la période d'essai, afin d'évaluer l'opportunité d'intégrer l'établissement.	Règlement de fonctionnement article n°6 et 10 ; Livret d'accueil charte du résidant Contrat de séjour article 2	B
DLU.4.b : L'établissement sollicite la participation de l'utilisateur pour toute décision le concernant et en vérifie la bonne compréhension.	Pour les résidents qui peuvent s'exprimer verbalement, leur participation est sollicitée, notamment lors des sorties, activités ou transferts, mais également pour les prises en charge paramédicales, les commissions "menus". Pour les personnes qui ne peuvent verbaliser oralement, il est recherché, par d'autres modes de communication et d'expression, leur participation à une prise de décision.	Projet d'établissement 3.2.2 ; charte du résidant art 2 ; Contrat de séjour art 2 ; 3 et 6. Bilans paramédicaux, éducatifs de prise en charge. Transmissions écrites Synthèse et projet de vie individualisé.	B
DLU.4.c : L'établissement formalise l'engagement réciproque pris avec l'utilisateur.	Les engagements sont formalisés notamment lors de l'élaboration du contrat de séjour et du projet de vie individualisé.	Livret d'accueil, contrat de séjour, projet de vie individualisé.	B
Synthèse de la référence	L'établissement recueille le consentement du résidant pour toute décision le concernant, notamment pour toutes les prises en charges éducatives au sein de l'établissement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Accueil et admission	Ecrire la procédure d'admission dans ses étapes de déroulement et la présenter aux professionnels de la MAS et informer les usagers potentiels demandeurs.
Droits et libertés	Sensibiliser et accompagner le personnel autour de la participation du résidant à son accompagnement, rendre accessible les documents.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

DLU.5 :	L'intimité, l'intégrité psychologique et physique de l'utilisateur sont protégées		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DLU.5.a : L'établissement organise la libre communication avec l'extérieur et favorise la construction, le maintien et le développement des liens familiaux et sociaux.	L'établissement est ouvert entre 10h et 20h, ce qui permet aux usagers de recevoir des visites. Des droits ouverts aux sorties sont mis en place (45 jours par an). Chaque famille peut donc déterminer un calendrier de sorties de son parent avec l'aide des coordinatrices. Les usagers peuvent de plus, avec l'aide des encadrants, utiliser le téléphone pour contacter les personnes de leur choix. Sur demande ou proposition de l'équipe, les professionnels accompagnent les usagers à l'extérieur (cinéma, spectacle, église...).	Livret d'accueil page 23 Contrat de séjour page 5 Calendrier de sortie en famille Ordre de mission Projet de séjour extérieur	B
DLU.5.b : L'intimité, l'intégrité psychologique et physique de l'utilisateur sont respectées.	Les usagers disposent de chambres individuelles qu'ils peuvent décorer selon leurs goûts. Les professionnels sont attentifs au respect de l'intimité de l'utilisateur, notamment durant les soins de nursing. Le règlement intérieur précise les règles de respect que doivent respecter les professionnels vis-à-vis des usagers.	Livret d'accueil page 13 Règlement de fonctionnement page 13 article 9 Règlement intérieur article 3.15 Règlement de fonctionnement page 5 article 5	B
DLU.5.c : Les attitudes, les gestes, les paroles des professionnels envers les usagers sont respectueux.	Le règlement intérieur précise les règles de respect que doivent suivre les professionnels vis-à-vis des usagers. En cas de dérives, le directeur prend les mesures appropriées.	Règlement intérieur article 3.15 Règlement de fonctionnement page 22 article 17	B
DLU.5.d : L'établissement définit et met en œuvre la liberté de circulation de l'utilisateur.	L'établissement, étant donné les problématiques des personnes qu'il accueille (personnes désorientées), a défini les limites de circulation pour l'utilisateur, ce afin de garantir sa sécurité. L'établissement dispose de 3 zones identifiées : Intérieur, parking, jardin. Ainsi, les usagers peuvent se déplacer librement dans chacune des 2 premières zones (intérieur et jardin), cependant les changements de zones se font avec l'accompagnement d'un professionnel.	Règlement de fonctionnement page 12 article 8 et 9	C
DLU.5.e : L'utilisation de la contention physique fait l'objet d'une prescription médicale et de protocoles définis.	L'utilisation de la contention physique (ceinture de maintien au sein de l'établissement, isolement nocturne) fait toujours l'objet d'une prescription médicale par le médecin de l'établissement, rangée dans le dossier de l'utilisateur. Il existe des protocoles individuels, adaptés à chaque usager, déterminant comment mettre en place les mesures de contention définies dans la prescription. L'ensemble de ces documents sont centralisés à l'infirmerie. Les usagers sont systématiquement informés.	Exemple de protocole de contention Courrier des usagers concernés	B
DLU.5.f : La gestion des objets et des effets personnels est organisée.	L'établissement gère uniquement l'argent de poche des usagers. Les effets personnels et biens de valeurs ne sont pas autorisés, les familles restent responsables des effets personnels et des biens de valeurs laissés dans les chambres des usagers.	Règlement de fonctionnement page 12 Contrat de séjour article 9 p.10 www.masdelimay.org	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Synthèse de la référence	L'établissement garantit à l'utilisateur le respect de son intimité, de son intégrité. Les professionnels sont attentifs au respect du résident, l'ensemble de ces règles étant définies formellement.
--------------------------	--

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Exploiter les résultats des évaluations du nombre de sorties par usager, tenus par la secrétaire, afin d'exploiter de nouvelles pistes de travail dans les projets individuels.
Droits et libertés	Formaliser la liberté de circulation de l'utilisateur au sein de l'établissement dans le livret d'accueil (répartition en trois zones).
Soins	Homogénéiser la forme des protocoles de contention physique.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DLU.6 :	L'établissement est organisé pour assurer la prévention et le traitement des violences et des maltraitances physiques, psychiques ou verbales		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DLU.6.a : L'établissement donne les moyens à tout usager ou professionnel de signaler tout acte de violence ou de maltraitance et prend les mesures appropriées.	Dans un cas bien précis, s'étant passé récemment, le règlement de fonctionnement s'est appliqué à la lettre. Le personnel doit et l'usager peut à tout moment signaler tout acte de maltraitance ou de violence envers les résidents aux coordinatrices, chefs de service et au directeur qui prend les mesures appropriées.	Règlement de fonctionnement Projet d'établissement, Mission de l'encadrement pages 28, 29. Transmission information résident du 29/05/2008 Classeur pour inscrire les maltraitances local (SSI) Lettre d'information du 7 mai 2009 Fiche de poste	B
DLU.6.b : Les professionnels concernés sont informés et formés pour faire face aux situations de violence verbales et/ou physiques.	Réunions de santé : une fois par semaine le médecin informe les équipes sur les situations à risques, et le comportement adapté à avoir afin de répondre à ce genre de problématiques. L'établissement se positionne clairement sur les violences en institution.	Planning de réunion Règlement de fonctionnement Projet d'établissement Courrier précisant l'interdiction des relations sexuelles encadrants/usagers	B
DLU.6.c : Les personnels disposent d'un lieu de parole et d'écoute au sein de l'établissement.	Réunion Analyse des Pratiques toutes les semaines en alternance des services, avec un psychologue/psychanalyste. Le personnel dispose également d'un temps de réunion de travail tous les jours, encadrés par les coordinatrices, auxquels tous professionnels de l'établissement en contact direct avec les usagers peuvent participer après accord de la direction.	Projet d'établissement page 22 Déroulement des journées	B
DLU.6.d : La parole de l'usager est prise en compte et l'établissement dispose d'une procédure d'enregistrement et de traitement des plaintes de l'usager.	Tous les usagers ont la possibilité de remonter leurs plaintes soit aux encadrants, aux coordinatrices, voir directement aux Chefs de service. Les plaintes ont toutes été jusqu'à présent traitées de façon individuelle. Les plaintes sont formalisées par les professionnels ou les usagers dans un courrier adressé au directeur, conservés dans les dossiers administratifs des personnes, ou selon la gravité, dans un classeur dans le coffre de l'établissement.		C
DLU.6.e : L'établissement dispose d'une procédure de signalement en interne et auprès des autorités extérieures compétentes, connue du personnel.	Une procédure classique de transmission d'informations concernant les résidents a été établie. De plus une lettre d'information datée du 07 mai 2009, a été portée à la connaissance du personnel contre signature. Cette lettre rappelle les obligations du personnel dans le cadre de la prévention et du traitement de la maltraitance.	Transmission information résident du 29/05/2008 Lettre d'information du 7 mai 2009 Classeur notifiant les maltraitances local (SSI)	B
DLU.6.f : Afin de prévenir les risques de	Le personnel a la possibilité, en cas de difficultés, de s'adresser aux membres de son équipe pour une « passation de relais ». Ils peuvent s'adresser aux	Numéros du médecin du travail et de l'inspecteur du travail affichés	C

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

maltraitance, les personnels peuvent faire appel à des personnes ressources.	médecins, psychologues, infirmières, équipe de direction, coordinatrices... pour tous questionnements liés à la prise en charge des résidents Le groupe d'analyse des pratiques permet aux équipes de parler librement des difficultés qu'elles rencontrent sur le terrain.	Intervention hebdomadaire de M. MOVALALLI, psychologue externe à l'établissement	
Synthèse de la référence	L'établissement garantit la protection des usagers et est organisé pour le suivi et le traitement des risques de violences ou maltraitements au sein de notre établissement. Il existe actuellement un manque de formation du personnel qui doit s'approprier les procédures. Les outils de suivi et de traitement		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Procédures d'urgence	Permettre l'appropriation de procédure mettre en place un groupe de travail pour les cas de problèmes majeurs graves qui aura pour objectif l'écriture d'une procédure d'urgence.
Formation des professionnels	Former le personnel sur la violence et la maltraitance des usagers.
Bonnes pratiques professionnelles	Formaliser les réflexions sur les pratiques conduites pendant les réunions santé et transmission et les compiler dans un classeur de bonnes pratiques professionnelles, accessibles à tous les professionnels.
Signalement des maltraitements	Reformuler une procédure de signalement des maltraitements, interne à l'établissement, en s'appuyant sur l'existant (Transmissions information résidant du 29/05/2008, cahier maltraitance ...)

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.2.2 Synthèse pour l'objectif général 2 :

Points forts	L'accompagnement des personnes accueillies s'effectue dans une approche globale de chaque résidant et est adapté aux besoins et capacités de chaque individu au travers du projet individuel. L'utilisateur participe à la conception de son projet individuel, lequel détaille les axes de travail, objectifs, moyens et partenariats à mettre en place. Chaque résidant dispose de deux référents de projet individuel dont l'ensemble des missions sont formalisées. Les réunions de synthèse permettent l'actualisation du projet individuel. Les professionnels évaluent l'effectivité des prises en charge.
Points perfectibles	Cependant la procédure de conception du projet individuel n'est pas connue par tous les professionnels. Les partenaires ne participent pas à la conception ou à l'actualisation du projet de l'utilisateur. Le projet individuel dans son ensemble est signé par l'utilisateur et placé en annexe au contrat de séjour, ce qui limite son niveau de détail. Le projet individuel ne fait pas encore l'objet d'évaluations concernant sa mise en œuvre, et sa méthodologie.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour (si nécessaire) et diffuser la procédure de création du projet individualisé • Questionner de façon plus systématique les résidents qui ont la possibilité de s'exprimer pour ce qui est de leurs attentes, desideratas et besoins • Ajouter les temps et modalités de signature du contrat de séjour dans la procédure en cohérence avec les délais légaux. • Détailler davantage les projets individuels (moyens chiffrés par exemple) afin de faciliter les évaluations ultérieures. • Ajouter un avenant au contrat de séjour à chaque réactualisation du projet individualisé et le faire signer à l'utilisateur ou sa famille à la place du projet individuel comme actuellement • Formaliser la procédure d'évaluation du projet individuel : déterminer les champs à évaluer (effectivité, pertinence des prises en charges, efficacité des prises en charge, méthode de création du projet...) et déterminer les modalités de mise en œuvre de ces évaluations.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.2.2 Résultat par référence de l'objectif général 2 :

Rédacteurs : M.SAYAH	Approbateur :	M. MARTINEZ	Date : le 09/03/09
----------------------	---------------	-------------	--------------------

Constats et niveaux de conformité

PIU.1 :	En référence au projet associatif, au projet institutionnel, le projet individualisé prend en compte la personne dans sa globalité l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.1.a : La politique du projet individualisé est définie, le principe du projet individualisé est posé auprès des professionnels et des usagers, ses objets et les conditions de sa mise en œuvre sont établis.	Le projet d'établissement insiste sur l'importance de placer la personne au centre des préoccupations de l'établissement et inscrit le projet individuel comme outil permettant d'atteindre cet objectif. L'établissement a posé les conditions de mise en œuvre du projet, notamment la notion de référence et de co-référence, diffusé aux professionnels par le biais du Bulletin d'Information.	Projet d'établissement page 15 Bulletin d'information n°9/2008 du 10 au 17/03/08	B
PIU.1.b : Une cohérence et un lien de réciprocité existent entre le projet institutionnel et les projets individuels.	Les projets individuels sont cohérents avec le projet d'établissement et permettent d'adapter les prises en charge présentées dans le PE aux besoins et capacités des usagers. Les professionnels constatent parfois, lors de la rédaction des projets individualisés, des améliorations à apporter à la prise en charge, ce qui permettra de faire évoluer le PE lors de sa réactualisation.	Le projet d'établissement Le projet individualisé	B
PIU.1.c : L'établissement propose aux usagers des réponses individualisées, globales, précoces et de proximité qui visent l'intégration, la citoyenneté en le maintien ou l'accompagnement dans ou vers le milieu ordinaire.	En ce qui concerne la citoyenneté, il existe un investissement dans le cadre des manifestations de la ville. Les résidents ne font pas encore l'objet d'inscription au niveau électoral. Les usagers sont accompagnés dans le milieu ordinaire (médiathèque, piscine, lieux de culte, cinéma, concerts...)	Projet d'établissement page 10 à 13 Les ordres de missions concernant les sorties, les projets formalisés dans le cadre des activités les projets de transferts	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Synthèse de la référence	L'établissement prend en compte la personne dans son intégralité au travers des projets individualisés, des activités proposées. Les professionnels adaptent ainsi les axes du PE aux besoins et capacités des usagers.
--------------------------	---

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Formaliser un outil permettant de publier des statistiques en termes de caractéristiques des usagers, ce qui devra permettre de faire évoluer le projet d'établissement.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs : V.SASS	Approbateur :	Date : le 17/03/09
---------------------	---------------	--------------------

Constats et niveaux de conformité

PIU.2 :	Le projet individualisé implique la participation active de l'utilisateur (ou du représentant légal)		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.2.a : Il existe une procédure d'élaboration et de mise en œuvre concernant le Projet Individualisé, connue et utilisée.	Le projet individualisé se base sur la procédure de pré-admission qui a pour but de recueillir les attentes et besoins de l'utilisateur. S'en suit l'élaboration des besoins fondamentaux qui permet une prise en charge adaptée. Les réunions de pré-synthèse permettent ensuite de réactualiser le projet individualisé du résident.	Règlement de fonctionnement art 10 p.21 Contrat de séjour préambule p.3 Calendrier des pré-synthèses existant et diffusé	C
PIU.2.b : Le recueil des attentes exprimées par l'utilisateur est formalisé dans le projet individualisé qui fait l'objet d'un document écrit précisant l'engagement et la volonté de l'utilisateur.	Les attentes de l'utilisateur sont prises en compte dans l'élaboration du projet individualisé de manière formalisée. Les moyens relatifs au projet individualisé (activités, sorties, ...) mis en place, font l'objet d'une transmission éducative pour chacun des résidents.	Contrat de séjour p.4 Livret d'accueil p.19&20 Dossier individualisé du résident	B
Synthèse de la référence	Le projet individuel implique l'utilisateur lors de la conception du document. Cependant la procédure de création du document n'est pas connue par tous les membres du personnel.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Mettre en place l'entretien réguliers, afin de recueillir les attentes ou souhaits des résidents dans le cadre du projet individuel
Projet individuel	Mettre en place un outil de transmission éducatif permettant d'évaluer la pertinence de l'activité ou de la sortie proposée. (par ex : mise en place d'un intercalaire dans le dossier du résident)
Projet individuel	Mettre à jour (si nécessaire) et diffuser la procédure de création du projet individualisé

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs : V.SASS	Approbateur :	Date : le 31/03/09
---------------------	---------------	--------------------

Constats et niveaux de conformité

PIU.3 :	Un professionnel référent, interlocuteur privilégié de l'utilisateur est identifié		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.3.a : Le principe d'un professionnel « référent du projet de l'utilisateur » est instauré et proposé pour chaque usager.	Chaque résident bénéficie d'un professionnel référent et co-référent. Les résidents peuvent choisir leur référent, lorsqu'il leur est possible de s'exprimer.	Liste des référents et co-référents Fiche de poste aide-soignant et aide médico-psychologique de jour. Bulletin d'information n°9/2008 du 10 au 17/03/08	B
PIU.3.b : Les missions et rôles de ce référent sont clairement établis.	Le référent est porteur de l'histoire de l'utilisateur et garant du projet individualisé défini en équipe pluridisciplinaire. Ces missions et rôles sont clairement établis dans le bulletin d'information.	Fiche de poste aide-soignant et aide médico-psychologique de jour. Bulletin d'information n°9/2008 du 10 au 17/03/08	B
Synthèse de la référence	Un professionnel référent est mis en place pour chaque résident. Les missions et rôles de ce référent sont définis formellement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet Individuel	Mettre en place le temps d'échange formalisés entre le référent, co-référent et le résident
Projet individuel	Organiser des temps d'échange entre le référent et l'équipe concernant le projet individualisé du résident
Projet individuel	Automatiser le principe de laisser les résidents choisir leur référent.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs : V.SASS	Approbateur :	Date : le 7/04/09
---------------------	---------------	-------------------

Constats et niveaux de conformité

index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU 4 : Le projet individualisé repose sur des objectifs partagés (usager, professionnels, prescripteurs, partenaires) et évaluables, des moyens, des étapes dont l'établissement garantit la mise en œuvre			
PIU.4.a : Le projet individualisé précise les objectifs prioritaires qui tiennent compte de l'usager, des moyens de l'établissement et des possibilités de partenariat avec l'extérieur.	<p>Le projet individualisé contient une partie « axes de travail principaux », décliné en objectifs et en sous objectifs. La détermination de ces objectifs tient compte des attentes et capacités de l'usager, des moyens de l'établissement et des partenariats possibles.</p> <p>Pour déterminer les attentes du résident, deux cas de figure se présentent à la MAS de Limay :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les résidents qui ont des capacités de communication réduites: leurs attentes et leurs goûts sont interprétées en fonction des observations menées lors de l'activité ou de la sortie et orientent leur projet individualisé. - Pour les résidents ayant la capacité de s'exprimer : leur appréciation des activités proposées sont recueillies et orientent les objectifs du projet individualisé. <p>Les moyens mis à disposition (humains, matériel) contraignent parfois à mener la relation individuelle au sein du collectif.</p> <p>En fonction des besoins médicaux, paramédicaux et éducatifs des résidents, des partenariats extérieurs (hôpitaux, spécialistes, associations, centres culturels, etc...) sont mis en place.</p>	<p>Projet personnalisé du résident.</p> <p>Transmissions éducatives médicales et paramédicales.</p> <p>Conventions de bénévolat et/ou de partenariat.</p> <p>Projets collectifs écrits (transferts, animation, ateliers et activités menés ...)</p> <p>Contrat de séjour p.4</p> <p>Livret d'accueil p.19&20</p>	B
PIU.4.b : Le projet individualisé prend en compte tous les aspects de la prise en charge (éducatifs, thérapeutiques, sociaux, etc.).	<p>Les aspects éducatifs, thérapeutiques et sociaux sont pris en compte dans l'élaboration du projet individualisé réévalué au cours des réunions de présynthèse, interprofessionnelles.</p> <p>Leur mise en place reste fonction des moyens à disposition.</p>	<p>Projet personnalisé du résident.</p> <p>Compte-rendu de pré-synthèse.</p> <p>Contrat de séjour p.4</p> <p>Livret d'accueil p.19&20</p>	B
Synthèse de la référence	Le projet individuel de l'usager repose sur les besoins et attentes de l'usager. Le projet donne lieu à la formalisation d'axes principaux de travail, lesquels détaillent les moyens, attentes et partenariats nécessaires pour la mise en place de l'accompagnement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Projet individuel	Questionner de façon plus systématique les résidants qui ont la possibilité de s'exprimer pour ce qui est de leurs attentes, desideratas et besoins
Projet individuel	Mettre en place des temps systématique d'appropriation (lecture/relecture) du dossier du résidant quelque soit sa problématique

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	V. SASS	Approbateur :	Eulalie	Date	12/05/2009
--------------	---------	---------------	---------	------	------------

Constats et niveaux de conformité

PIU 5 :	Le projet individualisé est régulièrement évalué et actualisé		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.5.a : La réunion de synthèse programmée au moins une fois par an permet de faire le point sur l'avancée du projet individualisé et de l'actualiser.	Les premières synthèses ont eu lieu. Elles se basent sur le projet individualisé élaboré dans l'ancienne structure. Le projet est réactualisé en pré-synthèse puis en synthèse en équipe pluridisciplinaire.	Le calendrier des synthèses Préparation de synthèse Le compte rendu de synthèse	C
PIU.5.b : La réactualisation du projet associe l'utilisateur, les intervenants de l'établissement et les partenaires extérieurs.	La réactualisation du projet se base sur les besoins et désirs exprimés par le résidant ou observés pour le résidant. Elle associe tous les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et l'utilisateur, si celui-ci souhaite y participer. Le projet intègre les partenaires extérieurs en fonction des objectifs posés, mais ne leur donne pas encore la possibilité de participer à la réunion de synthèse.	Le tableau récapitulatif du projet individualisé Le planning des réunions de la MAS	C
Synthèse de la référence	La réunion de synthèse permet une actualisation du projet individualisé, de façon pluridisciplinaire. Elle intègre la parole de l'utilisateur et/ou les besoins recensés pour lui. Le projet individualisé intègre les partenaires extérieurs mais ne les fait pas participer à la synthèse.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Inviter les partenaires des partenaires extérieurs à la réunion de synthèse
Projet individuel	Rédiger une procédure de création et d'actualisation et de réévaluation du projet individuel

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	V. SASS	Approbateur :	EULALIE	Date	12/05/2009
--------------	---------	---------------	---------	------	------------

Constats et niveaux de conformité

PIU 6 :	Le contrat de séjour formalise un engagement réciproque entre l'établissement et l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.6.a : Un contrat de séjour nominatif est établi et signé entre l'utilisateur et le représentant de l'établissement dans le respect des délais réglementaires. Une copie leur est remise.	Le contrat de séjour est bien établi entre le résidant et le représentant de l'établissement. Le contrat de séjour a été actualisé, mais cette nouvelle version n'a pas été signée par tous les usagers ou leurs représentants légaux. Cependant la première version du contrat de séjour a été signée par les deux parties et une copie a été remise en main propre aux usagers et/ou à leurs représentants légaux.	Contrats de séjour (génération 1&2) www.masdelimay.org	C
PIU.6.b : Ce contrat précise les objectifs de l'accompagnement, les phases du parcours individualisé et les informations relatives aux conditions financières.	Les objectifs de la prise en charge sont décrits. Les différents aspects du parcours individualisé sont détaillés dans le contrat de séjour. Les informations relatives aux conditions financières figurent dans le descriptif des prestations facturées.	Art 3. p. 2 du contrat de séjour Art 2, 3& 4 p.2 & 3 du contrat de séjour Art 7, p.6 du contrat de séjour	B
PIU.6.c : Toute réactualisation du projet individualisé est inscrite dans un avenant au contrat de séjour original.	Nous venons de commencer la première rotation des synthèses des premiers résidents arrivés à la MAS, par contre actuellement, aucun avenant n'a été réactualisé depuis l'arrivée des résidents.	Calendrier des synthèses	C
PIU.6.d : Les signataires du contrat ont chacun copie de celui-ci et de ses avenants.	Le contrat de séjour est signé au minimum en double exemplaire. Le premier est pour l'utilisateur et le second pour la mas de Limay. Ce dernier est situé dans les éléments administratifs du dossier unique. Aucun avenant n'a encore été produit.	Dossier unique du résidant, partie administrative	C
Synthèse de la référence	La première version du contrat de séjour a été signée et remise aux usagers ou représentants légaux. La deuxième version du contrat de séjour est actuellement en cours de signature. Enfin il n'existe pas d'avenant au contrat de séjour détaillant les objectifs de prise en charge, ils le sont dans le projet personnalisé..		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Ajouter un avenant au contrat de séjour à chaque réactualisation du projet individualisé et le faire signer à l'utilisateur ou sa famille à la place du projet individuel comme actuellement
Accueil et admission	Ajouter les temps et modalités de signature du contrat de séjour dans la procédure en cohérence avec les délais légaux.
Projet individuel	Ajouter aux détails des projets individuels des moyens chiffrés afin de faciliter les évaluations ultérieures.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	V. SASS	Approbateur :	Eulalie	Date	12/05/2009
--------------	---------	---------------	---------	------	------------

Constats et niveaux de conformité

PIU 7 :	La démarche (élaboration, mise en œuvre, suivi) de projet individualisé fait l'objet d'évaluations régulières		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PIU.7.a : Une évaluation de l'effectivité des prises en charge définies par les projets individualisés est réalisée.	Les professionnels suivent régulièrement la mise en œuvre des éléments définis dans le projet individuel. Cependant, les résultats des évaluations ne sont pas intégrés dans le projet individuel, mais dans les parties du dossier unique de l'utilisateur.	Dossier unique de l'utilisateur	C
PIU.7.b : Les résultats des évaluations font l'objet d'informations et d'actions d'améliorations auprès de tous les acteurs de l'établissement.	Les évaluations menées actuellement permettent de réaliser des améliorations de la prise en charge, ces éléments sont intégrés au niveau du dossier unique de l'utilisateur. Cela a permis la création de classeur d'accompagnement présent dans chacune des chambres des résidents. Les professionnels modifient les prises en charge par secteur et partagent ces changements dans le cadre de différentes réunions, les mettent dans le dossier unique et sur le réseau informatique de la MAS ou un espace est dédié exclusivement aux résidents. Cet espace est accessible par tous les professionnels. Un logiciel résident est acquis et va permettre la retranscription de l'ensemble de ces éléments et un suivi régulier. Son utilisation reste à venir.	Classeur d'accompagnement Elaboration d'une fiche de décision d'équipe Planning des réunions Réseau serveur MAS Logiciel résident Yumi Technologie.	C
Synthèse de la référence	L'établissement s'initie la mise en place des projets individuels selon certaines modalités, il n'y a donc pas encore d'évaluation des méthodologies organisées qui sont actuellement utilisées. Cependant les professionnels évaluent l'effectivité des prises en charge.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Formaliser la procédure d'évaluation du projet individuel : déterminer les champs à évaluer (effectivité, pertinence des prises en charge, efficacité des prises en charge, méthode de création du projet...) et déterminer les modalités de mise en œuvre des ces évaluations.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.3 Objectif général 3 : organiser le processus d'accompagnement de l'Usager.

5.3.1 Synthèse pour l'objectif général 3 :

Points forts	L'établissement met en place un accompagnement adapté à la situation de chaque usager, déterminé en fonction des résultats de l'évaluation initiale réalisée lors de l'arrivée de l'usager dans la structure. L'établissement fait appel à différents partenaires lorsqu'il ne peut répondre seul à un besoin de l'usager. Le dossier permet de garantir la continuité, la sécurité et la cohérence de l'accompagnement des résidents accueillis. L'accompagnement (éducatif, médical, social) est bâti en fonction des besoins, demandes et attentes des usagers, avec une attention particulière concernant le maintien des liens familiaux. L'accompagnement de fin de vie est réalisé avec l'aide d'un partenaire.
Points perfectibles	Les activités proposées aux usagers ne sont pas toujours en lien avec les besoins identifiés dans le projet individuel.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des évaluations de la pertinence des activités pour chaque usager dans le projet individuel • Mettre en place un document permettant de recueillir les demandes et remarques ou plaintes des usagers quant à la prise en charge (et notamment aux activités) • Formaliser la possibilité pour l'usager de rencontrer tout professionnel concerné par sa prise en charge et lui remettre ce document. • Formaliser les modalités (rythme, infos à transmettre, personnels concernés) de communication avec les familles. • Mettre en place une traçabilité des entretiens avec la famille. • Concrétiser par une convention les actions déjà en place avec le réseau Odyssee

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.3.2 Résultat par référence de l'objectif général 3 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 1 :	L'accueil, dans ses différentes modalités, constitue une phase structurante du parcours		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.1.a : L'établissement dispose d'une procédure d'admission et de gestion des candidatures définissant les critères, les modalités et les délais.	L'Etablissement dispose d'une procédure d'admission mais celle-ci ne définit pas les modalités et les délais. Les critères d'admission sont établis par l'agrément de l'établissement : Personnes polyhandicapés Personnes IMOC (glossaire)	procédure d'admission projet d'établissement	C
PAU.1.b : Lorsque les besoins de l'utilisateur ne peuvent être pris en charge par l'établissement, une information est donnée à l'utilisateur sur les possibilités qui lui sont offertes.	Le service rendu par la MAS de Limay aux résidents et à leur famille est évidemment limité. Un travail collaboratif est effectif afin d'affiner notre accompagnement. Un relais est mis en place avec l'assistante sociale pour l'ouverture des droits des résidents (PCH par exemple). Nous orientons les familles vers les organismes extérieurs afin qu'elles puissent trouver des réponses aux besoins de leurs parents.	Courriers aux familles Service social de l'établissement	C
PAU.1.c : L'établissement mobilise les professionnels pour que l'utilisateur se sente accueilli au quotidien.	L'Etablissement a fait signer par les encadrants une organisation des journées que les professionnels sont tenus de respecter. Ce document dévoile le rythme d'une journée type. Dès leur arrivée les professionnels (CDD, CDI) reçoivent le projet de l'établissement, le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement, la charte informatique. Ces éléments réceptionnés contre signature avec le contrat de travail sont indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. Les nouveaux contrats de travail incluent les valeurs associatives.	Organisation des journées Signature des documents officiels de la MAS Contrat de travail avec les valeurs associatives	B
Synthèse de la référence	Les modalités et la procédure d'accueil sont définies. Lorsqu'une admission se réalise, une évaluation préalable permet aux professionnels de se mobiliser de façon adaptée autour de la personne accueillie. En cas de non possibilité de répondre aux besoins de la personne accueillie en intra, l'établissement met en place un partenariat extérieur dans la mesure du possible.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 2 :	L'accompagnement de l'utilisateur est établi en fonction d'une évaluation initiale et de ses besoins spécifiques.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.2.a : Des observations et un bilan pluridisciplinaire initial sont effectués en vue de l'élaboration du projet individualisé.	Les besoins fondamentaux sont transcrits à partir de l'observation quotidienne des encadrants alimentés par les paramédicaux. Des axes de travail sont élaborés par les équipes en relation avec les besoins des résidents. Les paramédicaux établissent un bilan pour les résidents. Ces éléments sont réunis dans le dossier unique de l'utilisateur pour ensuite être vu en présynthèse qui est une des réunions pluridisciplinaires de l'établissement.	Besoins fondamentaux Documents présynthèses Planning des réunions	B
PAU.2.b : Les antécédents et le cursus antérieur de l'utilisateur sont recherchés et pris en compte.	Lors de cette présynthèse les éléments précédents sont indiqués par l'anamnèse du résident, son parcours institutionnel, la transmission de l'avis de la famille.	Document de présynthèse	B
PAU.2.c : L'adhésion de l'utilisateur est recherchée.	Suite à la présynthèse les axes de travail qui correspondent aux besoins du résident établis par les professionnels en équipe pluridisciplinaire sont expliqués aux résidents et à leurs familles par les référents les coordinatrice et/ou un cadre. L'adhésion du résident est recherchée dans le cadre de son planning d'activité. Certains ont été capables de manifester leur non désir de participer à telle ou telle activités.	Espace d'écriture pour les résidents et les familles	C
Synthèse de la référence	L'évaluation initiale et les évaluations régulières définissent l'accompagnement mis en place. L'adhésion du résident est systématiquement recherchée et vérifiée.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 3 :	L'équipe pluridisciplinaire est mobilisée pour la conduite, la coordination, la cohérence et la continuité de l'accompagnement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.3.a : L'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en charge organise et planifie les réunions pluridisciplinaires (réunions de synthèse, coordination, projet individualisé, etc.).	Notre établissement organise et planifie des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires (telles que des réunions médicales, paramédicales, transmissions, institutionnelles, animations, coordinations...)	Planning de réunion (19 réunions) Projet d'établissement page 24 à 26	B
PAU.3.b : Les modalités de prise en charge des usagers sont définies dans le règlement de fonctionnement et/ou dans le projet d'établissement.	Les modalités de prises en charge des activités sont clairement définies dans notre projet d'établissement. Un document précise l'organisation des journées d'accompagnement et définit une journée type au sein de l'établissement.	Projet d'établissement page 9 à 20 Organisation des journées sur les unités	B
PAU.3.c : L'établissement sensibilise les familles sur les actions à conduire dans le cadre familial pour assurer la cohérence avec celles réalisées dans l'établissement.	L'établissement inscrit le maintien des liens familiaux comme une des priorités de son accompagnement. Les familles peuvent à tout moments solliciter l'équipe pluridisciplinaire, pour toutes questions ou propositions concernant leurs enfants mais ces moments restent toujours informels, seul le projet individualisé est présenté par l'équipe de direction aux familles. Un cahier de liaison a été mis en place entre l'établissement et la famille concernant l'accompagnement des résidents. Non seulement les familles peuvent demander des informations par écrits, mais aussi par téléphone. A l'intérieur de ce carnet les numéros de téléphone des professionnels de MAS sont indiqués	Cahier de liaison Liste des numéros de téléphone des professionnels de la MAS Projet d'établissement page 10	B
Synthèse de la référence	Le système mis en place par l'établissement, au travers du dossier et des réunions générales entre les professionnels, permet de garantir la continuité, la cohérence et la sécurité de l'accompagnement.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 5 :	L'accompagnement éducatif est personnalisé.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.5.a : L'accompagnement éducatif est organisé dans le respect des besoins de l'usager.	L'accompagnement éducatif respecte l'intimité du résident, prend en compte ses besoins personnels, insiste sur la vie sociale (interne et externe) et cherche à ouvrir des nouvelles perspectives pour le résident. Le dossier unique, et le document « organisation des journées sur les unités » permettent d'organiser la prise en charge.	Organisation des journées sur les unités Projet d'établissement page 13 et 21	B
PAU.5.b : L'usager a la possibilité de participer, selon ses choix, à des activités socio éducatives et de loisirs.	Les professionnels demandent systématiquement aux usagers s'ils souhaitent participer à l'activité mise en place (sortie karaoké, discothèque, église, équitation, séjours individuels, ateliers...). L'établissement recueille la parole des usagers quant à l'organisation d'une activité nouvelle.	Projet d'établissement page 12, 13, 18, 19, 20	B
PAU.5.c : L'usager est sensibilisé à l'apprentissage des règles d'hygiène de vie (toilette, tenue vestimentaire, équilibre alimentaire).	Les résidents sont sensibilisés à l'apprentissage ou au maintien des règles d'hygiène de vie. Les professionnels travaillent dans cette dynamique dans le cadre de l'accompagnement à l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (mettre la table ou s'habiller seul, par exemple) en adaptant la prise en charge aux capacités des usagers (par des méthodes, rythmes ou matériels adaptés)	Projet d'établissement page 13 Protocole installation repas.	B
PAU.5.d : L'usager a la possibilité d'avoir des temps d'échanges (temps d'écoute, discussions, temps de bilan).	L'usager peut à sa demande être reçu, par les coordinatrices, la psychologue...par l'ensemble du personnel dans la mesure où ces derniers sont disponibles.	Contrat de séjour article 6	C
PAU.5.e : L'individualité de l'usager est respectée au sein du groupe.	L'usager a la possibilité de participer aux activités proposées, s'il le souhaite, ou de s'isoler dans sa chambre, s'il en ressent le besoin. Toute prise en charge du résident est faite en fonction de son état de santé, de son emploi du temps et de ses envies. Tout en respectant la vie du groupe.	Projet d'établissement page 17	B
PAU.5.f : Pour les internes, l'équipe éducative favorise les échanges entre les membres d'une même fratrie.	Les membres d'une même fratrie sont regroupés sur la même rue afin qu'ils puissent partager le maximum de temps ensemble.	Emplacement des résidents sur la même rue	C

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

PAU.5.g : L'utilisateur interne a la possibilité d'être en relation avec sa famille.	L'utilisateur a la possibilité de recevoir les membres de sa famille, l'établissement est ouvert de 10h à 20h. Ils peuvent venir déjeuner avec le résident et également l'emmener à l'extérieur de l'établissement.	Projet d'établissement page 21 Règlement de fonctionnement article 6 page 14 et article 8 page 17	B
PAU.5.h : Les acquis de l'utilisateur (savoir faire, savoir être) sont régulièrement évalués.	Les acquis éducatifs sont évalués tous les ans dans le cadre de la réunion de synthèse au travers d'un outil faisant référence aux « besoins fondamentaux ».	« Besoins fondamentaux »	C
PAU.5.i : L'équipe éducative communique avec la famille selon des modalités définies et adaptées.	Un cahier de liaison a été mis en place entre les familles et l'établissement (un par résident) avec la liste des numéros de téléphone des professionnels dans l'établissement et notamment l'emploi du temps de la semaine pour l'utilisateur. L'interlocuteur privilégié de la famille est la coordinatrice de l'unité.	Cahier de liaison	C
Synthèse de la référence	L'accompagnement éducatif proposé aux résidents est individualisé et basé sur les capacités, demandes, goûts des usagers. L'établissement apporte une attention particulière au maintien des liens avec les familles. Il reste cependant à proposer des activités plus en liens avec le projet individuel de chaque personne accueillie.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Mettre en place des évaluations de la pertinence des activités pour chaque usager en relation avec le projet individuel
Expression de l'utilisateur	Mettre en place un document permettant de recueillir les demandes et remarques ou plaintes des usagers quant à la prise en charge (et notamment aux activités)
Expression de l'utilisateur	Formaliser la possibilité, pour l'utilisateur, de rencontrer tout professionnel concerné par sa prise en charge et lui remettre ce document.
Communication externe	Formaliser les modalités (rythme, infos à transmettre, personnels concernés) de communication avec les familles.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 6:	Un suivi médical et thérapeutique est organisé par l'établissement		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.6.a : Le temps global du suivi médical et thérapeutique (rythme et horaires) tient compte des besoins de l'utilisateur.	Le planning médical et paramédical est établi en fonction des besoins, des capacités et de la fatigabilité des usagers. Le planning est réactualisé en fonction des besoins des usagers et de leur évolution.	Planning paramédical	C
PAU.6.b : L'établissement met en œuvre l'ensemble des compétences médicales et thérapeutiques nécessaires en interne et en externe.	L'établissement a actuellement un nombre certain de compétences au travers de ses paramédicaux (IDE, Ergothérapeute, psychomotricienne, kinésithérapeutes, et de ses médecins (généraliste, rééducation fonctionnelle, psychiatre). Les infirmières ont créé un réseau de soins en collaboration avec le médecin généraliste qui nous permet d'ajouter d'autres compétences, comme la stomatologie, la neurologie, podologie,	Contrat de travail Voir les rendez vous externes - Podologue - Orthophoniste Comme pour les résidents	C
PAU.6.c : L'utilisateur est informé du fonctionnement et des disponibilités du service médical et thérapeutique (heures d'ouverture de l'infirmier, jours de présence du médecin, procédures...).	Le résident est informé oralement, des ces rendez vous de soins en interne-externe par ses référents, la coordinatrice et les professionnels de santé. Au sein de la MAS de Limay, se sont, d'avantage les professionnels qui vont vers les résidents pour ces questions de soins.	Informations à organiser	C
PAU.6.d : La famille est associée au suivi médical et thérapeutique.	Les familles sont pleinement associées à cette démarche de soins. Elles peuvent appeler directement le médecin ou les infirmières et accompagner leurs proches aux rendez-vous médicaux pris par les infirmières.	Lettre aux familles	C
PAU.6.e : Des bilans sont réalisés régulièrement et les résultats sont communiqués selon des modalités définies.	Des bilans sont réalisés en fonction des besoins de chaque usager. Les résultats des bilans sont communiqués à la famille dans la mesure où le bilan amène à une évolution de la prise en charge.	Dossier médical Dossier de l'utilisateur	C
Synthèse de la référence	L'établissement assure le suivi médical et thérapeutique de chaque usager. Ce suivi est individualisé et permet d'établir les plannings et de réadapter la prise en charge si nécessaire.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Soins	Mettre en place une traçabilité des entretiens avec la famille.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date 4 Juin 2009
--------------	---------------	------------------

Constats et niveaux de conformité

PAU 7:	Un suivi social est organisé par l'établissement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.7.a : L'établissement met en œuvre l'ensemble des compétences et actions sociales nécessaires (en fonction des besoins et demandes de l'utilisateur).	L'établissement répond individuellement et collectivement aux besoins et aux demandes des résidents et de leurs familles. L'établissement dispose, de plus, d'une assistante sociale qui intervient auprès des familles pour l'ouverture des droits et la constitution des dossiers administratifs.	Projet d'établissement page 23	B
PAU.7.b : La famille est associée au suivi social.	Les familles sont reçues à leur demande pour toutes leurs questions concernant la prise en charge des résidents, également pour les questions d'ordre administratives (Assistante Sociale, Comptable...).	Contrat de séjour page 6 Projet d'établissement page 23	B
Synthèse de la référence	L'établissement organise le suivi social des usagers, réalisé par l'assistante sociale, qui rencontre les familles en fonction des besoins.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 9 :	La sortie, ou la fin de l'accompagnement par l'établissement, est préparée, coordonnée et suivie, au service d'une intégration adaptée		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.9.a : L'orientation de l'utilisateur est proposée en réunion de synthèse ou de projet.	A ce jour les seules réorientations réalisées, l'ont été, suite à des demandes formulées par les résidents ou leurs familles. Des échanges avec le directeur ont été réalisés.	Contrat de séjour article 8 page 7, 8, 9 et 10	B
PAU.9.b : L'orientation ou la sortie de l'utilisateur est discuté et préparée avec lui.	La MAS est le dernier lieu d'accueil proposé aux personnes polyhandicapées. Il n'existe pas actuellement de réorientation possible pour ce public et les résidents qui le souhaitent, changent de structure d'accueil mais toujours en MAS. Jusqu'à présent les demandes émanaient toujours des résidents ou de leurs familles et une rencontre est réalisée avec la direction pour préparer ce départ.	Contrat de séjour article 8 page 7, 8, 9 et 10	B
PAU.9.c : L'établissement organise des relais avec des partenaires (dont la MDPH) et établissements d'accueil.	Dans les cas de départ vécus par l'établissement, celui-ci organise le départ avec l'établissement d'accueil et si l'agrément nécessite une actualisation il contacte la MDPH.	/	C
Synthèse de la référence	La sortie est préparée avec l'utilisateur par des réunions avec la famille et la direction. Cependant les seuls cas vécus par l'établissement concernent des usagers qui ont formulé une demande de départ et qui avaient donc déjà organisé leur transfert.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 10 :	Si nécessaire, l'établissement coordonne un accompagnement de fin de vie.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.10.a : La fin de vie fait l'objet d'un accompagnement spécifique.	Le médecin de l'établissement et la direction assurent une prise en charge spécifique aux résidents en fin de vie. L'établissement fait alors appel aux réseaux de soins palliatifs « le Pallium » et « Odyssee » qui envoient des professionnels sur l'établissement pour organiser, avec l'équipe, la prise en charge des résidents concernés. Ces réseaux assurent aussi un soutien de l'équipe lors de cet accompagnement.	Relation avec le réseau Le Pallium Adhésion au réseau Odyssee	B
PAU.10.b : L'établissement soutient la famille dans l'accompagnement de son parent en fin de vie.	Depuis l'ouverture de notre établissement, nous avons eu deux décès. L'accompagnement des familles a été principalement mené par l'équipe de direction, le médecin, les infirmières, la psychologue, l'assistante sociale, les coordinatrices et l'équipe encadrante présente.	Projet d'établissement page 21	B
PAU.10.c : Le personnel est formé à l'accompagnement de fin de vie.	A ce jour, une seule infirmière de la MAS suit la formation référent "accompagnement fin de vie" organisé par Le Pallium. Cette formation est spécialement adressée aux établissements médico-sociaux. Actuellement, cette première session de formation est le fruit d'un travail en réseau entre le pallium et quelques directeurs de structures dont celui de la MAS de Limay. Une deuxième infirmière embauchée en début d'année vient d'un service d'accompagnement de fin de vie.	Plan de formation 2009 Facture Pallium 2009	B
Synthèse de la référence	L'accompagnement est réalisé avec l'aide du réseau Odyssee qui accompagne les professionnels lors d'une fin de vie d'un résident		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Convention réseau	Concrétiser par une convention les actions déjà en place avec le réseau Odyssee

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAU 11 :	Lors d'un décès, l'établissement est attentif aux volontés exprimées par l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAU.11.a : L'établissement prend en compte les souhaits de l'utilisateur et de sa famille relatifs au décès et à l'inhumation.	L'établissement dans son contrat de séjour aborde les modalités relatives au décès du résident.	Contrat de séjour page 10 article 8.f	B
PAU.11.b : L'établissement définit et met en œuvre les modalités d'accompagnement des professionnels et des autres usagers après le décès.	Suite au premier décès le directeur a mis en place un accompagnement « groupe de parole » avec un psychologue/psychanalyste extérieur à l'établissement. Cette action a inclus l'ensemble des professionnels de la MAS, services généraux compris. Cette action s'est ensuite poursuivie pour l'ensemble des personnels en relation direct avec les résidents. Des liens sont créés avec les réseaux d'accompagnement fin de vie (Le Pallium et Odyssee) et une formation référent « accompagnement fin de vie » est actuellement en cours.	Formation accompagnement fin de vie – Plan de formation Facture de psychanalyste externe	C
Synthèse de la référence	L'établissement est attentif aux demandes des usagers lors d'un décès, mais il n'a jamais reçu de demandes liées à ce point jusqu'à aujourd'hui.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Décès du résident	Formaliser les modalités d'accompagnement des professionnels et des autres usagers suite à un décès.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.4 Objectif général 4 : constituer un dossier de l'Usager qui permette le lien et la continuité de l'action.

5.4.1 Synthèse pour l'objectif général 4 :

Points forts	Chaque usager dispose d'un dossier unique, utilisé par l'ensemble des professionnels dans la pratique quotidienne. La tenue et la confidentialité du dossier sont assurées par les professionnels. L'établissement a défini et communique les conditions et modalités d'accès au dossier par les usagers.
Points perfectibles	Le dossier présente des difficultés de stockage, d'archivage et de consultation (en termes de temps par les professionnels) dans son utilisation quotidienne. Le dossier ne fait pas l'objet de procédure concernant sa constitution, son utilisation et son archivage. Son architecture et son contenu ne sont pas formalisés. Le passage à un dossier informatisé est indispensable pour résoudre les difficultés rencontrées, tout en respectant la confidentialité. La nécessité de tracer la consultation des nouvelles informations est aussi indispensable pour maintenir une qualité de la continuité de l'accompagnement.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Archiver des différentes parties du dossier à organiser (en cas de décès ou de départ d'un usager, archivage régulier des transmissions éducatives, infirmières, médicales...) et à formaliser au travers d'une procédure (détaillant la constitution et le suivi/évaluation) du dossier • Formaliser l'architecture du dossier de l'usager avec les pièces constitutives de chaque partie de celui-ci, qui pourra être remise à l'usager ou à son représentant. • Ecrire les procédures de consultation et d'utilisation du dossier • Formaliser l'architecture et le contenu du dossier de l'usager • Définir les notions de notes personnelles • Mettre un dossier informatisé

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.4.2 Résultat par référence de l'objectif général 4 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DOS 1 :	Chaque usager dispose d'un dossier unique.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DOS.1.a : La réglementation concernant le dossier unique est connue de l'ensemble des membres du personnel.	La MAS de Limay a constitué pour chacun des résidants, un dossier unique. Les professionnels sont informés de la réglementation. Cette information est disponible sur le site de la MAS en accès libre (rubrique « veille générale » puis « dossier unique de l'utilisateur »).	BI n°27-2009 www.masdelimay.org	B
DOS.1.b : Le dossier unique contient l'intégralité des informations nécessaires à la sécurité de l'utilisateur, à la continuité et la cohérence de son accompagnement et le projet individualisé est intégré dans le dossier de l'utilisateur.	Le dossier unique de l'utilisateur est un élément dynamique de l'accompagnement du résidant au sein de la MAS de Limay. Le fait qu'il ne soit pas statique nécessite un temps de découverte de nouvelles informations et un temps d'appropriation de celles-ci. Cette difficulté rend indispensable le passage à l'informatique. Les équipes doivent participer à l'enrichissement permanent de ce dossier, ce qui serait facilité par le passage à l'informatique.	Dossier unique type Achat du logiciel usager Yumi technologie	B
Synthèse de la référence	Le dossier unique de l'utilisateur est en place depuis maintenant un an et demi. Une difficulté apparaît concernant le stockage et l'archivage du dossier du résidant.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Dossier unique de l'utilisateur	Tracer la consultation des nouvelles informations pour maintenir une qualité de la continuité de l'accompagnement.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	V. Sass, A.C Chantereau, M. Creusvaux	Approbateur :		Date	15/05/09
--------------	---------------------------------------	---------------	--	------	----------

Constats et niveaux de conformité

DOS 2 :	La tenue du dossier de l'utilisateur permet une gestion fiable et sécurisée des informations durant et après la prise en charge.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DOS.2.a : L'établissement définit les modalités de constitution, de gestion, de conservation et d'archivage du dossier de l'utilisateur.	Il existe une trame commune à la constitution du dossier de l'utilisateur. Elle est utilisée pour chacun d'entre eux, au niveau administratif, médical, paramédical et éducatif. Les transmissions éducatives font l'objet d'un archivage régulier. Il n'existe actuellement pas de procédure d'archivage du dossier du résident.	Dossiers d'archives des transmissions éducatives Dossier type du résident.	C
DOS.2.b : L'architecture du dossier (dossier, sous dossier, pièces constitutives...) de l'utilisateur est définie et connue des professionnels.	Le dossier de l'utilisateur possède toujours la même architecture, quelque soit l'utilisateur. Il est constitué des parties suivantes : l'administratif, le médical, le social, les différents sous-dossiers paramédicaux, l'éducatif. Il existe un accès en ligne de toutes les parties du dossier.	Dossier type du résident.	B
DOS.2.c : Les pièces constitutives sont datées et comportent les éléments nécessaires à l'identification de l'utilisateur et du professionnel concerné.	Toutes les pièces constitutives des dossiers éducatifs, médicaux et sociaux comportent le nom du résident, le nom du professionnel et la date. Pour les dossiers paramédicaux, les trois informations ne figurent pas systématiquement.	Dossier du résident	C
DOS.2.d : Les professionnels sont formés aux règles d'utilisation (consultation et mise à jour) du dossier.	Les règles d'utilisation et de consultation des dossiers sont connues des professionnels. La majorité des supports écrits comportent les cases « nom du résident / nom du professionnel / date » : il faut donc les renseigner.	Dossier du résident.	C
DOS.2.e : L'établissement définit les éléments du dossier de l'utilisateur à transmettre dans le cadre d'une réorientation.	Le cas ne s'est pas encore présenté. Nous n'avons pas de pratique en ce domaine. Les pièces transmises seraient les bilans éducatifs, médicaux paramédicaux sociaux et administratifs, mais aucun écrit ne porte sur la procédure de réorientation.	Besoins fondamentaux. Synthèses. Bilans des différents professionnels. Protocoles d'installations.	D
Synthèse de la référence	La tenue et la confidentialité du dossier du résident est assurée par l'équipe pluridisciplinaire. Il manque cependant les procédures écrites décrivant la constitution, l'utilisation, l'archivage du dossier du résident ainsi que la constitution du dossier de réorientation.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Dossier de l'utilisateur	Archiver les différentes parties du dossier à organiser (en cas de décès ou de départ d'un usager, archivage régulier des transmissions éducatives, infirmières, médicales...) et à formaliser au travers d'une procédure (détaillant la constitution et le suivi/évaluation) du dossier
Dossier de l'utilisateur	Formaliser l'architecture du dossier de l'utilisateur avec les pièces constitutives de chaque partie de celui-ci, qui pourra être remise à l'utilisateur ou à son représentant.
Dossier de l'utilisateur	Insérer pour tous les professionnels les noms du résident, du professionnel et la date en haut ou bas de page : définir cette pratique dans la politique du dossier de l'utilisateur.
Dossier de l'utilisateur	Ecrire la procédure de consultation et d'utilisation du dossier
Dossier de l'utilisateur	Définir les notions de notes personnelles et de contenu du dossier de l'utilisateur.
Dossier de l'utilisateur	Définir les pièces à transmettre à l'utilisateur ou à l'établissement suivant dans le cas d'une réorientation.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DOS 3 :	La gestion du dossier de l'utilisateur est organisée de façon à favoriser et à sécuriser l'accès aux informations.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DOS.3.a : L'établissement a défini les droits et les conditions d'accès au dossier pour les professionnels concernés (internes ou externes).	L'Etablissement a réparti le dossier unique de l'utilisateur, entre le bureau de coordination, pour les éléments socio-éducatif et paramédicaux, le pôle sanitaire, pour la partie médicale, et enfin le secrétariat pour la partie administrative. Aucun élément de procédure n'explique cette répartition.	\	C
DOS.3.b : Les professionnels appliquent les règles de confidentialité liées à l'usage du dossier.	Les professionnels sont tenus d'appliquer les règles de confidentialités inscrites dans le règlement intérieur. A cela s'ajoute une obligation de discrétion professionnelle concernant la connaissance de faits dans l'exercice de leur fonction.	Règlement intérieur p.7 Fiche de poste AS/AMP/Candidate-.Elève préambule p.1 Contrat de travail	B
Synthèse de la référence	Le dossier unique de l'utilisateur est consultable et utilisé par l'ensemble des professionnels qui ont un devoir de secret. Un protocole de répartition des éléments du dossier unique est à écrire.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Dossier de l'utilisateur	Formaliser l'architecture et le contenu du dossier de l'utilisateur

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

DOS 4 :	Les conditions d'accès à son dossier par l'utilisateur sont définies.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
DOS.4.a : L'établissement définit et organise pour l'utilisateur des modalités d'accès à son dossier.	L'Etablissement a défini les droits et conditions d'accès dans un guide spécifique, dans lequel il est établi les modalités et les lieux de consultations. Ce guide est en accès libre pour les familles sur le site de la MAS et il est joint au cahier de liaison.	Contrat de séjour p.10 Guide d'accès aux documents Consultation sur www.masdelimay.org	B
DOS.4.b : L'utilisateur est informé des conditions d'accès à son dossier et lui propose un accompagnement adapté lors de la consultation de celui-ci.	Les usagers sont informés par leurs référents, les équipes et la coordinatrice de la possibilité de consulter leur dossier.	Guide d'accès aux documents mis dans le cahier de liaison des familles www.masdelimay.org	B
DOS.4.c : L'informatisation des données fait l'objet d'une information de l'utilisateur et d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).	Une déclaration CNIL a été faite auprès de l'organisme cité. Elle est consultable sur le site internet de la Mas de Limay.	www.masdelimay.org	B
Synthèse de la référence	L'Etablissement a mis en place une procédure d'accès au dossier pour les résidents et leur représentant.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Dossier de l'utilisateur	Informar les familles de la procédure d'accès aux données de leurs parents contenues dans le dossier

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.5 Objectif général 5 : proposer un cadre et une qualité de vie adaptés aux Usagers.

5.5.1 Synthèse pour l'objectif général 5 :

Points forts	L'établissement et les professionnels veillent au bien-être des usagers, au travers de la prise en compte de leurs attentes, besoins et projets éventuels. L'environnement (notamment les locaux, équipements et signalétique) fait l'objet d'une attention particulière et est adapté aux besoins et capacités des personnes accueillies. L'utilisateur est sollicité pour participer à sa prise en charge. L'établissement veille tout particulièrement au maintien et au développement des liens sociaux avec les familles, professionnels ou autres usagers.
Points perfectibles	Cependant, le recueil des attentes et projets des usagers n'est pas toujours formalisé, notamment lorsque leur expression est réalisée pendant la prise en charge quotidienne. L'équipe n'est pas encore organisée pour rendre l'utilisateur pleinement acteur de son accompagnement. L'établissement n'a pas développé de démarche de développement durable. La signalétique extérieure n'est pas toujours bien visible.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des entretiens permettant de recueillir les besoins et attentes des usagers et élaboration d'un compte rendu associé ▪ Mettre en place des outils permettant de relever les attentes et projets des usagers exprimés dans le quotidien ▪ Réaliser une évaluation globale des obstacles à l'autonomie pour l'ensemble d'une population admissible à la MAS. ▪ Définir dans le projet individuel, en fonction des capacités des usagers, le niveau d'intervention des professionnels auprès des usagers ; rendre l'utilisateur acteur : l'accompagner et pas seulement le prendre en charge (aider à faire et pas faire à la place de) ▪ Permettre aux équipes de réfléchir au comment mettre en œuvre cette démarche de développement durable. ▪ Demander à la mairie de signaler l'accès à la MAS dans la ville de Limay. ▪ Systématiser la maintenance des équipements

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.5.2 Résultat par référence de l'objectif général 5 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 1 :	Le cadre d'accueil (ou de vie) et l'accompagnement favorisent le sentiment de bien être, renforce l'autonomie de la personne accueillie.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.1.a : L'établissement mesure la capacité de l'utilisateur à faire des projets.	Les professionnels sont attentifs aux différents projets que peut faire l'utilisateur. Ces projets ne sont pas toujours formalisés dans le dossier ou le projet. De même, l'établissement ne possède pas d'outils afin d'interroger la personne sur ses projets et attentes éventuels, si ce n'est la parole des professionnels.	Transmission	C
CQV.1.b : L'établissement soutient l'utilisateur dans le maintien de ses acquis et dans ses progrès.	Les besoins fondamentaux des usagers font régulièrement l'objet d'évaluations, et l'ensemble de la prise en charge de l'utilisateur est donc orienté afin de permettre de maintenir et de développer ses capacités.	Projet individuel Bilan séjour extérieur	B
CQV.1.c : L'établissement est attentif et réactif aux signes de perte de volonté et de motivation.	Par le biais de réunions et de transmissions quotidiennes, l'état de santé et le comportement de l'utilisateur font l'objet d'évaluations qui permettent la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire sur la conduite à tenir.	Transmissions ciblées Transmissions éducatives Cahier de transmission PE page 3	B
CQV.1.d : L'établissement agit pour l'embellissement (couleurs, décorations...).	L'établissement réalise des embellissements au niveau de la décoration des chambres, et du mobilier adapté, en sollicitant la participation des usagers.	Factures des meubles (cadres, stickers, rideau...)	C
Synthèse de la référence	Les professionnels sont attentifs aux projets, à l'humeur de l'utilisateur dans la recherche du meilleur bien-être possible. L'établissement, de plus est vigilant, quant à proposer un environnement agréable.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet individuel	Mettre en place des entretiens permettant de recueillir les besoins et attentes des usagers et un compte rendu associé
Projet individuel	Mettre en place des outils permettant de relever les attentes et projets des usagers exprimés dans le quotidien

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 2 :	L'établissement met en œuvre les moyens et actions qui permettent à l'utilisateur d'optimiser sa capacité à décider et à agir au sein de son environnement		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.2.a : L'établissement recense et analyse les obstacles à l'autonomie.	L'établissement évalue les obstacles à l'autonomie pour chaque usager, mais ceux-ci ne sont pas nécessairement formalisés.	/	C
CQV.2.b : L'établissement met en œuvre les moyens nécessaires pour aider l'utilisateur à comprendre et à décider, et le rendre acteur de son accompagnement.	Les professionnels sont attentifs à expliquer aux usagers, l'accompagnement qu'ils lui proposent et à l'aider à devenir acteur dans sa prise en charge.	/	C
Synthèse de la référence	Dans la mesure du possible, en fonction des capacités des usagers, l'établissement sollicite l'utilisateur concernant son accompagnement. Cependant ces systèmes ne sont pas formalisés.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Réaliser une évaluation globale des obstacles à l'autonomie pour l'ensemble d'une population admissible à la MAS.
Projet individuel	Définir dans le projet individuel, en fonction des capacités des usagers, le niveau d'intervention des professionnels auprès des usagers ; rendre l'utilisateur acteur : l'accompagner et pas seulement le prendre en charge (aider à faire et pas faire à la place de)

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 3 :	L'établissement favorise le maintien et le développement du lien social.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.3.a : L'établissement favorise les échanges entre les usagers.	La majorité des temps de prise en charge sont réalisées en commun (repas, sorties, activités), les couloirs contiennent des lieux permettant aux usagers d'échanger (siège permettant aux usagers de s'asseoir ensemble). Pendant les activités les professionnels sollicitent les usagers afin de créer des échanges.	Projet d'activité Projet de séjours extérieurs	B
CQV.3.b : l'établissement favorise les échanges entre les usagers et les professionnels.	Les différentes activités de prise en charge par l'établissement ont pour vocation de créer un lien structurant entre les professionnels et les résidents.	Bulletin d'information Divers courriers aux familles	B
CQV.3.c : L'établissement favorise des échanges entre les usagers et l'environnement social, culturel, de loisirs...	L'établissement a mis en place des partenariats avec les municipalités et associations environnantes, ce qui permet de proposer des activités créatrices de lien social avec l'extérieur pour les résidents de la MAS.	Conventions de partenariats Conventions de bénévolat	B
CQV.3.d : L'établissement favorise les relations entre les usagers et leurs familles.	L'établissement met à disposition des familles une salle qui leur est réservée (salle des familles). Les familles sont libres de venir à tout moment dans l'établissement pour venir voir l'utilisateur. Enfin les usagers ont 45 jours de sorties par an de l'établissement pour retour en famille; l'établissement encourage les usagers à profiter de l'intégralité de ces journées.	Calendrier des sorties Règlement de fonctionnement article 6 (page 14) et 9 (page 19) Livret d'accueil Courrier aux familles Cahier de liaison	B
Synthèse de la référence	L'établissement encourage les usagers à développer des liens et à échanger avec leur famille, les professionnels et les autres usagers.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 4 :	L'établissement s'inscrit dans une démarche de développement durable.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.4.a : l'établissement engage des actions de sensibilisation des professionnels et des usagers sur son engagement dans une démarche de développement durable.	L'établissement n'a engagé aucune action de sensibilisation auprès des personnels et des usagers concernant un engagement dans une démarche de développement durable.	\	D
CQV.4.b : L'établissement privilégie l'emploi d'énergies renouvelables.	L'Etablissement n'utilise pas d'énergie renouvelable.	\	D
CQV.4.c : L'établissement maîtrise ses consommations d'énergies.	L'Etablissement possède un système de chauffage en relation avec la température extérieure. Une attention particulière est demandée aux personnels afin qu'ils puissent systématiquement éteindre les lumières de l'établissement. Les ampoules que nous changeons sont systématiquement remplacées par des ampoules basses consommation.	\	C
CQV.4.d : L'établissement limite le recours aux consommables et favorise les filières de recyclage.	L'Etablissement utilise les consommables dont il a besoin. Les piles rechargeables sont utilisées mais, représente une infime partie de sa consommation. La filière du recyclage n'est pas utilisée pour des raisons de conformité d'usage du matériel informatique.	\	D
Synthèse de la référence	L'établissement, au vu des éléments précités ne s'inscrit pas dans une démarche de développement durable.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Ecologie	Permettre aux équipes de réfléchir au comment mettre en œuvre cette démarche de développement durable.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 5 :	L'accès à l'établissement et la signalétique sont adaptés.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.5.a : Un plan d'accès à l'établissement est diffusé et accessible aux personnes extérieures.	Un plan d'accès à la MAS figure dans le livret d'accueil qui est remis à chacune des familles et/ou représentant légaux des résidents accueillis à la MAS. Ce livret peut aussi être envoyé à la demande, notamment pour les personnes qui soumettent une demande d'admission. Il est consultable sur le site internet de la MAS	Plan de la MAS Livret d'accueil www.masdelimay.org	B
CQV.5.b : Les locaux sont accessibles et adaptés à tous les usagers.	L'établissement est conçu pour l'accueil et la circulation de résidents en fauteuil. La structure est totalement de plain pied pour les résidents, la largeur des couloirs est adaptée et les tables sont échancrées et réglables en hauteur. En outre, chaque résident bénéficie d'une salle de bain individuelle et totalement accessible.	Plan architectural de la MAS Livret d'accueil	B
CQV.5.c : Un système de fléchage extérieur et la signalétique interne facilitent la circulation de tous et sont adaptés aux usagers (taille des caractères, pictogrammes, couleurs différenciées, éclairages,...).	Un panneau extérieur permet d'identifier l'établissement à partir de la route. Une signalétique extérieure permet d'identifier l'accès principal de l'établissement par un panneau de fléchage pour l'entrée. A l'intérieur, un plan décrit la répartition des unités de vie et des différents lieux de l'établissement. Chaque unité est distincte des autres par la couleur qui lui est attribuée.	Signalétique en place	C
Synthèse de la référence	La signalétique et l'accessibilité de la structure sont adaptées à l'accueil de personnes handicapées. La signalétique extérieure peut être améliorée.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Signalisation extérieure de la MAS	Demander à la mairie de signaler l'accès à la MAS dans la ville de Limay.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 6 :	Les locaux et les équipements sont adaptés à l'exercice professionnel et à la nature des prestations.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.6.a : La législation en matière d'équipement et de matériel est respectée.	Tout le matériel nécessaire à la prise en soin de résidents polyhandicapés est présent dans l'établissement. La législation concernant l'équipement et le matériel est respectée.	Facture de maintenance des différents équipements.	C
CQV.6.b : Les locaux et les équipements sont adaptés aux professionnels en termes d'ergonomie et d'environnement de travail.	Les lits sont médicalisés pour ceux qui le nécessitent. Chacune des huit unités est dotée d'au moins un lève-malade. Des chariots douches et fauteuils douches réglables en hauteur sont présents sur les unités. Des sièges et tabourets réglables en hauteur sont à disposition du personnel.	Listing des équipements mis à disposition	C
CQV.6.c : Les équipements nécessaires aux transferts (manipulation) des usagers sont adaptés.	Pour les transferts, une initiation est effectuée par les paramédicaux pour chacun des résidents qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne ou d'un matériel dans les actes de la vie quotidienne. Des lève-malade, disques de transfert, barres d'appui, potences sont utilisés pour faciliter la manipulation des usagers.	Listing des équipements mis à disposition	C
Synthèse de la référence	L'établissement bénéficie d'équipement et de matériel adaptés à la prise en soin de résidents polyhandicapés. Ce matériel est ergonomique et facilite les conditions de travail des professionnels.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Equipements	Systematiser la maintenance des équipements

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

CQV 7 :	Les conditions matérielles d'accompagnement sont adaptées aux usagers.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
CQV.7.a : La présence du personnel permet d'assurer la continuité de l'accompagnement.	Dans le cadre d'un établissement ouvert en H24 et cela toute l'année, l'organisation de la présence du personnel auprès des résidents est une condition sine qua non d'un accompagnement adapté.	Planning des encadrants jour et nuit Organisation des journées et de la nuit	B
CQV.7.b : Les locaux, les équipements et prestations liés à l'accueil sont en adéquation avec les besoins des usagers.	L'établissement permet à chaque résident d'avoir une chambre individuelle. Des locaux d'animation, de soins et d'accompagnement thérapeutique sont aménagés. Ces espaces répondent aux besoins des résidents.	Plan de l'établissement Règlement de fonctionnement attribution des locaux	B
CQV.7.c : L'établissement anticipe et budgétise les investissements nécessaires au maintien et à l'amélioration du cadre de vie.	La direction inscrit dans le cadre des budgets à venir les demandes faites aux autorités de tarification pour répondre aux besoins des résidents. La principale étant le besoin humain qui permet un accompagnement de qualité, tout en garantissant une sécurité optimum.	Rebasage d'octobre 2007 Budget 2008	B
Synthèse de la référence	Le matériel dont dispose l'établissement, l'organisation du bâtiment, l'organisation du travail sont pensés afin de garantir une prise en charge des usagers dans de bonnes conditions.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Décrire l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.6 Objectif général 6 : s'appuyer sur un projet d'établissement pour agir.

5.6.1 Synthèse pour l'objectif général 6 :

Points forts	Le projet d'établissement est cohérent avec le projet associatif et les textes légaux en vigueur. Le projet, bâti pour l'ouverture de l'établissement, a permis d'organiser la prise en charge et le fonctionnement général de la structure ; il décrit les pratiques et organisations à mettre en place dans la structure. Il est consultable sur le site internet de l'établissement. Enfin le PE fait l'objet d'un suivi par l'établissement.
Points perfectibles	Le projet d'établissement ne présente pas d'axes stratégiques formalisés, puisque celui-ci était destiné à organiser la prise en charge lors de l'ouverture de l'établissement. Les professionnels n'ont pas participé à son élaboration puisqu'il a été rédigé par l'Association avant l'ouverture de l'établissement. Le projet ne présente pas de notion d'évolution des usagers, de l'environnement, des pratiques puisqu'il est le premier projet de la MAS.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de faciliter l'étude de la population nécessaire à l'actualisation du projet d'établissement, réaliser un recensement des besoins qui n'entre pas dans le domaine de compétence de l'établissement mais sur lequel il est sollicité (notamment les personnes non prises sur la liste d'attente) • Faire apparaître les orientations stratégiques de l'établissement dans le PE et les planifier dans le temps, en les déclinant par année. • Impliquer les professionnels dans la réactualisation du PE • Présenter le projet d'établissement aux instances représentatives du personnel et en faire mention dans le PE. • Détailler de manière plus précise les caractéristiques, besoins, et attentes de la population accueillie dans le PE • Détailler les forces/faiblesses, opportunités/menaces dans le PE • Détailler les évolutions de l'environnement de l'établissement. • Détailler l'évolution des connaissances relatives au public accueilli et en tenir compte dans les modalités de prise en charge détaillée dans le PE. • Faire du projet d'établissement un outil de négociation avec les autorités de contrôle et de tarification

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.6.2 Résultat par référence de l'objectif général 6 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 1 :	Le Projet d'établissement intègre les orientations politiques définies par l'association		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.1.a : Le projet d'établissement doit intégrer les principes fondamentaux du projet associatif : l'accompagnement, la promotion de l'autonomie, l'accession au savoir et à la culture, le respect et la reconnaissance de la personne handicapée dans la société.	<p>Les orientations politiques de l'association sont clairement identifiées dans le projet d'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accueil dans un cadre adapté et sécurisant - L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de la personne - Les soins en fonction des besoins de chacun - La vie sociale : activités, sorties culturelles et loisirs dans le but de maintenir leurs acquis. 	Projet d'établissement page 8	B
PE.1.b : Le projet d'établissement est cohérent avec les éléments du projet associatif.	Notre projet d'établissement est en parfaite cohésion avec les valeurs de l'Association : respect de la personne, solidarité, laïcité, démocratie et citoyenneté.	Projet d'établissement page 7 et 8	B
Synthèse de la référence	Notre projet d'établissement est en adéquation avec celui de l'Association.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Evaluer et réactualiser du projet d'établissement.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 2 :	Les axes stratégiques sont clairement définis et validés.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.2.a : L'utilisateur est au centre de la réflexion préalable à l'élaboration du projet d'établissement.	Une réflexion collective a été menée en amont par l'Association et la MAS d'Ecquevilly, ce qui a permis l'élaboration de notre projet d'établissement actuel, qui se concentre sur l'utilisateur et son projet de vie. Il présente les modalités d'accueil, d'accompagnement de l'utilisateur, les principaux axes de travail et les différents projets y concourant. Ce projet d'établissement a précédé l'ouverture de notre établissement.	Page 1 à 39	B
PE.2.b : Une étude préalable a précédé l'élaboration du projet d'établissement.	Le projet d'établissement a été écrit dans un contexte d'ouverture avec pour inspiration celui de la MAS d'Ecquevilly, en lien avec les axes stratégiques de l'Association, dans la mesure où la population accueillie est sensiblement la même. Cependant, le projet ne fait pas apparaître de résultats d'étude préalable. L'Association s'est basée sur le Schéma Départemental qui détaille un besoin de places de MAS sur le département.	Projet d'établissement page 2	C
PE.2.c : Le projet d'établissement définit des orientations stratégiques pluriannuelles en cohérence avec l'étude préalable.	Le projet d'établissement est avant tout un projet d'ouverture qui détaille les modalités d'installation de l'établissement. En cela les orientations que présente le projet sont principalement tournées vers la prise en charge de l'utilisateur et son organisation.	Pages 14 à 22	D
PE.2.d : Les orientations pluriannuelles sont déclinées en objectifs opérationnels et planifiés pour l'établissement.	Les orientations stratégiques ne sont pas définies dans le PE, elles ne sont pas planifiées.	/	D
Synthèse de la référence	Les axes stratégiques de l'établissement n'apparaissent pas dans le projet d'établissement, puisque celui-ci est un projet d'organisation de la prise en charge réalisé avant l'ouverture.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Elaborer le projet d'établissement en équipe pluridisciplinaire avec des axes stratégiques planifiés dans le temps.
Projet d'établissement	Faciliter l'étude de la population nécessaire à l'actualisation du projet d'établissement, pour cela, réaliser un recensement des besoins qui n'entrent pas dans le domaine de compétence de l'établissement mais sur lesquels il est sollicité (notamment les personnes non prises sur la liste d'attente)
Projet d'établissement	Faire apparaître les orientations stratégiques de l'établissement dans le PE et les planifier dans le temps, en les déclinant par année.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 3 :	Le projet d'établissement est élaboré de manière participative, puis présenté pour avis ou approbation aux instances compétentes		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.3.a : Les professionnels participent, à travers la mise en place d'une organisation spécifique, à l'élaboration, l'évaluation et l'adaptation du projet d'établissement.	Notre projet d'établissement actuel a été élaboré par l'Association avant l'ouverture de notre établissement, les professionnels de la MAS ne pouvaient donc pas être impliqués dans sa conception.	/	D
PE.3.b : Le projet d'établissement est soumis pour avis aux instances représentatives du personnel et aux instances représentatives des usagers.	Le projet d'établissement ne fait pas mention d'une présentation aux instances représentatives du personnel.	/	D
PE.3.c : Le projet d'établissement est approuvé par l'association.	L'Association a été porteuse du projet d'établissement actuel puisqu'elle l'a rédigé.	Projet d'établissement page 2	B
Synthèse de la référence	Le projet a été élaboré par l'Association avant l'ouverture de l'établissement. Il n'y a donc pas eu de participation des personnels.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Impliquer les professionnels dans la réactualisation du PE
Projet d'établissement	Présenter le projet d'établissement aux instances représentatives du personnel et en faire mention dans le PE.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 4 :	Le projet d'établissement place l'utilisateur au centre de l'action qui le concerne et décrit l'action menée sur l'environnement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.4.a : Les caractéristiques, besoins ou attentes de la population sont explicités dans le projet.	La population accueillie regroupe : des personnes polyhandicapées, des IMC et des IMOC, tous majeurs. Les besoins et les attentes sont les suivants : hébergement, soins, accompagnement dans les AVQ et socialisation. Le projet ne présente cependant pas de façon détaillée, les caractéristiques de la population	Projet d'établissement page 2 et 3	B
PE.4.b: Les modalités de réponses à ces besoins et ces attentes sont exposées.	Une équipe pluridisciplinaire, Un lieu sécurisé, du matériel adapté, pour répondre à tous les besoins de nos résidents, figurent sur notre projet d'établissement.	Projet d'établissement pages 14 à 32	B
PE.4.c : Le projet d'établissement présente les forces/faiblesses et opportunités/menaces concernant la prise en charge des usagers.	Le projet d'établissement ne présente pas les forces/faiblesses et opportunités/menaces auquel celui-ci doit faire face.	/	D
PE.4.d : Les offres de service répondant à ces besoins et ces attentes sont exposées.	Le projet d'établissement présente clairement tous les services que propose notre établissement à nos résidents. (Hébergement, alimentation, soins nursing, paramédical et médical, animation etc.)	Projet d'établissement page 9 à 32	B
PE.4.e: Le projet d'établissement tient compte des caractéristiques et de l'évolution de son environnement (partenaires, réseau).	Le PE présente les partenariats que l'établissement développe. Cependant il ne présente pas l'évolution de son environnement, étant donné qu'il reste le premier projet de l'établissement.	PE page 15	B
PE.4.f : Le projet d'établissement tient compte de l'évolution des connaissances relatives au public accueilli et modifie les pratiques en conséquence.	Le projet ne présente pas l'évolution des connaissances relatives au public accueilli. Il n'en tient donc pas compte.	/	D

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

PE.4.g: Le projet d'établissement décrit les principes d'organisation, de fonctionnement ainsi que les évaluations mis en place.	Le projet détaille les organisations mises en place dans la structure, notamment concernant le Projet individuel, le dossier de l'usager, la prise en charge, les activités, l'organisation des services... Cependant la partie évaluation n'est pas développée.	Projet page 9 à 39	B
Synthèse de la référence	Le projet d'établissement décrit les organisations et fonctionnements qui devaient être mis en place lors de l'ouverture de l'établissement. Cependant, il ne présente et ne tient compte d'aucune notion d'évolution (usager, environnement, pratiques...)		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Détailler de manière plus précise les caractéristiques, besoins, et attentes de la population accueillie dans le PE
Projet d'établissement	Détailler les forces/faiblesses, opportunités/menaces dans le PE
Projet d'établissement	Détailler les évolutions de l'environnement de l'établissement.
Projet d'établissement	Détailler l'évolution des connaissances relatives au public accueilli et en tenir compte dans les modalités de prise en charge détaillée dans le PE.
Projet d'établissement	Développer les évaluations à mettre en place dans le nouveau projet d'établissement concernant les organisations et fonctionnements en vigueur dans l'établissement.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 5 :	Le projet d'établissement est cohérent avec les orientations des politiques sociales et médicaux sociales (départementale, régionale, nationale)		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.5.a : Le projet prend en compte les axes de développement des schémas départementaux.	Le projet d'établissement a été créé dans le respect des axes de développement des schémas départementaux et devant le manque de place sur le département des Yvelines pour les personnes polyhandicapées. La Mas de Limay offre 32 places.	Livret d'Accueil p. 11	C
PE.5.b : Le projet est cohérent avec les orientations de la politique sociale et médico-sociale, avec les textes législatifs réglementaires, avec l'agrément de l'établissement et les préconisations en vigueur.	Le projet d'établissement a été conçu et validé, avec, pour référence la législation antérieure aux lois du 25 janvier 2002 et du 11 février 2005. Nos valeurs s'appuient sur les textes de lois en vigueur la loi du 2 janvier 2002 et la loi du 11 février 2005. L'Etablissement possède un agrément pour accueillir 48 personnes handicapées.	Projet d'Etablissement page 6 ET 7	B
PE.5.c : Le projet d'établissement est aussi un outil de négociation et de concertation avec les autorités de contrôles et de tarification.	Actuellement ce n'est pas le cas	\	D
Synthèse de la référence	Le projet d'établissement a été établi en continuité de l'autorisation du CROSM et avant l'ouverture de l'établissement. Même si celui-ci est cohérent avec les politiques sociales il est nécessaire de travailler une réécriture de ce projet en y ajoutant explicitement les éléments de cette cohérence.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Réécrire le projet d'établissement en y intégrant les derniers textes législatifs Faire du projet d'établissement un outil de négociation avec les autorités de contrôle et de tarification

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 6 :	Le projet d'établissement décrit les pratiques professionnelles, leurs organisations et les complémentarités (internes et externes)		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.6.a : Le projet d'établissement décrit les pratiques et organisations existantes ainsi que leur évolution.	L'organisation et les pratiques telles que : Le projet de vie individualisé, l'organisation sur les unités de vies, les activités, les séjours, le rôle de tous les professionnels sont clairement notifiés dans notre projet d'établissement.	Projet d'établissement page 16 à 21.	B
PE.6.b : Le projet d'établissement décrit les organisations mises en œuvre et à développer dans le cadre des partenariats.	Le projet d'établissement définit clairement les organisations partenaires en vue d'un accompagnement global de la personne. Celui-ci est affiché en interne sur l'établissement et présent dans le livret	Projet d'établissement page 14 et 15	B
PE.6.c : L'organigramme actuel et à développer est inscrit dans le projet d'établissement.	L'organigramme de la MAS ne figure pas sur le projet d'établissement. Il se situe d'une part sur le tableau d'affichage de la MAS et d'autre part sur le livret d'accueil de l'établissement à la page 17	www.masdelimay.org	C
PE.6.d : Le projet d'établissement est un outil de référence pour les professionnels.	Les valeurs du projet d'établissement sont celles des professionnels qui travaillent sur notre établissement, notre prise en charge quotidienne s'appuie sur les valeurs associatives. Les professionnels s'appuient sur le Projet d'Etablissement pour mettre en œuvre l'accompagnement de la personne accueillie.	Projet d'établissement page 8	B
Synthèse de la référence	Le Projet d'Etablissement décrit les pratiques professionnelles et leurs organisations. Il manque l'organigramme hiérarchique et professionnel de l'établissement inscrit dans le projet d'établissement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'Etablissement	Mettre l'organigramme dans le projet d'établissement

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 7 :	Le projet d'établissement est un outil de communication (interne et externe) et de management.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.7.a : Le projet d'établissement fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des professionnels, partenaires, usagers, instances et autorités de contrôle de l'établissement. L'établissement en définit les modalités.	Le projet d'établissement est mis à disposition des professionnels dès leur embauche. Les usagers et leurs familles ou tuteur peuvent consulter notre projet d'établissement qui se trouve dans un classeur au niveau du secrétariat. De plus le projet d'établissement peut être consulté par tout le monde car il est disponible sur le site de la MAS de Limay en page d'accueil.	Classeur interne. www.masdelimay.org	B
PE.7.b : le projet d'établissement est mis à disposition des usagers et des partenaires.	Un classeur est mis à disposition des usagers et des partenaires au niveau du secrétariat ainsi que sur le site internet de la MAS.	Classeur secrétariat www.masdelimay.org	B
PE.7.c : Une fiche de synthèse (outil de communication) est remise aux usagers et aux partenaires.	A ce jour nous n'avons pas encore de fiche de synthèse. Le projet d'établissement est consultable par tous, et cela 24 heures sur 24 sur le site de l'établissement.	www.masdelimay.org	D
Synthèse de la référence	Le projet d'établissement est consultable par tous aussi bien sur internet que sur l'établissement. La fiche de synthèse n'existe pas.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	Créer la fiche de synthèse pour le projet d'établissement.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PE 8 :	Le projet d'établissement intègre son propre système de suivi et d'évaluation.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PE.8.a : L'établissement organise le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du projet d'établissement.	Le projet d'établissement intègre une partie suivie de sa propre évaluation en vue de l'amélioration de la qualité de son service rendu aux usagers. L'Etablissement a mis en place sur son site internet un espace de travail collaboratif, sécurisé afin de soutenir l'action du COPIL. Cette espace permet le suivi de la mise en œuvre de l'évaluation au travers de forum, texte, wiki ...	Projet d'établissement pp. 33 à 37 www.masdelimay.org	B
PE.8.b : L'évaluation des objectifs donne lieu à des actions d'ajustement si nécessaire.	L'Etablissement est en constante évolution. Aussi, des éléments comme l'arrivée du logiciel RH et du logiciel Résidents est une conséquence directe de l'évaluation continue (et non de l'évaluation interne) dans l'ajustement de l'accompagnement et de l'organisation de la MAS de Limay	Octime Yumi technologie « vision-sociale-	B
PE.8.c : La durée de validité du projet est connue de l'ensemble des acteurs concernés.	L'ensemble du personnel, des tuteurs, des familles, des partenaires est informé par l'intermédiaire du site internet. Un article de M.GACOIN et d'autres éléments sont en accès libre « connexion en tant qu'invité » dans la rubrique « Evaluation Interne »	www.masdelimay.org	B
Synthèse de la référence	Les éléments du suivi et de l'évaluation du projet d'établissement existent. Le temps pour ce travail n'est pas comptabilisé dans le budget de l'établissement, seul le temps de l'accompagnement est établie et pas dans sa totalité (voir demande de rebasage d'Octobre 2007)		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Demande de moyen	Continuer de demander à la DDASS du temps supplémentaire pour permettre d'une part, la réalisation de l'évaluation, et d'autre part, le remplacement de ces personnels auprès des résidents.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.7 Objectif général 7 : développer les partenariats et s'inscrire dans des réseaux.

5.7.1 Synthèse pour l'objectif général 7 :

Points forts	L'établissement est engagé dans une démarche d'intégration des personnes handicapées comme le précise le PE. L'établissement participe à des manifestations extérieures dans le but de se faire connaître et de renforcer le lien des résidents avec le milieu ordinaire. L'établissement dispose de supports de communication destinés à être connu du grand public. L'établissement développe les partenariats nécessaires à sa prise en charge et participe à la formation des futurs professionnels du secteur.
Points perfectibles	Les moyens de l'établissement limite les possibilités d'action d'intégration des usagers, du fait du manque de véhicules ou de personnels disponibles. Les démarches entreprises, pour faire connaître l'établissement et intégrer les usagers au milieu extérieur, ne sont pas formalisées, si ce n'est par le travail en réseau. Tous les partenariats ne font pas l'objet d'une formalisation sous forme de convention. L'établissement n'intervient pas au niveau des universités.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler cet axe « politique d'intégration » dans la réévaluation du prochain projet d'établissement. • Demander à la DDASS des moyens humains et matériels afin de réaliser les objectifs de son projet. • Rédiger la convention d'échange de service avec le service culturel de la mairie de Limay et des associations locales • Créer des forums d'échanges sur le site internet • Rendre le sigle de l'Association plus visible de la rue • Elaborer des conventions de collaborations démontrant l'existence des pratiques déjà en place • Avoir des relations avec les facultés impliquant des recherches sur le polyhandicap et les IMOC.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.7.2 Résultat par référence de l'objectif général 7 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR.1 :	L'établissement définit et met en place une politique d'intégration des usagers		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.1.a : La politique d'intégration est un axe stratégique du projet d'établissement.	Le projet d'établissement n'aborde pas cette question de l'intégration comme un axe stratégique. La politique mise en œuvre au sein de l'établissement s'oriente aussi vers l'intégration des personnes handicapées au travers d'activités sur et avec l'extérieur.	Journée à la mer ordre de mission Transfert convention Le partenariat mis en place avec la ville de Limay convention	C
PAR.1.b : L'établissement prend des initiatives pour rendre l'environnement accessible.	L'Établissement , dans le cadre de l'utilisation des ses excédents, a pris l'initiative de proposer à la DDASS des aménagements de son espace extérieur. La direction participe à une commission d'accessibilité de la mairie de Mantes la Jolie ? pour réfléchir à l'amélioration de l'accessibilité des infrastructures collectiveS.	Budget 2009 Devis terrassement et air de jeux Convocation commission accessibilité	B
Synthèse de la référence	L'Établissement est engagé dans une démarche d'intégration de personne handicapée. En cela, la MAS de LIMAY va au-delà de son projet d'établissement		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Projet d'établissement	formuler cet axe « politique d'intégration » dans la réévaluation du prochain projet d'établissement.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR 2 :	L'établissement privilégie des réponses de proximité		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.2.a : L'établissement utilise les ressources extérieures existantes à proximité du lieu de vie de l'utilisateur.	Un partenariat est mis en œuvre avec la Mairie de Limay. Des contacts et des actions sont réalisés avec le service culturel, la médiathèque et l'école de musique. La société d'étude de sciences naturelles du Mantois et du Vexin (SESMMV) accompagne des groupes pour la connaissance du milieu naturel. Un travail est initié avec l'association « Rire 78 ». Des partenariats sont mis en place avec le sanitaire, médecins (cabinet médical de Limay)... Des visites ont été faites avec d'autres organismes pour des partenariats futurs comme Elypses 78 (sport) Cheval dire (équitation) et la fédération Agora qui regroupe une partie importante des associations du Mantois. La ville de Mantes nous met à disposition une animatrice spécialisée pour découvrir le parc ornithologique de Mantes.	Réseau accompagnement soin palliatifs protocole Cotisation Handivoix Projet musique	B
PAR.2.b : L'établissement s'organise pour pouvoir dispenser des prestations extérieures favorables à l'intégration sociale, scolaire et professionnelle.	Les prestations extérieures effectuées par la MAS de Limay concerne surtout l'intégration sociale des résidents et non pas le scolaire ni le professionnel. Dans le cadre de la vie quotidienne les résidents qui le souhaitent peuvent aller au salon de coiffure, réaliser leurs propres achats selon leurs désirs et certains besoins comme les produits d'hygiène. Des participations à des sorties sont élaborées régulièrement (actuellement chaque semaine) comme des concerts, visite d'exposition, spectacle, restaurant, karaoké ... En dehors de la vie quotidienne, des séjours extérieurs sont mis en place (Douds, Vendée, Morzine ...)	Les deux Protocoles transferts Projet Atelier conte par la médiathèque Ordre de missions Projet handivoix	B
Synthèse de la référence	L'établissement privilégie, effectivement, une intégration sociale des résidents. Cette intégration sociale est réduite du fait des moyens matériels (voiture supplémentaire) et humains (professionnels)		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Demande de moyens	Bénéficiaire des moyens supplémentaires

b

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR 3 :	L'établissement développe une politique de communication pour promouvoir la connaissance de la situation de handicap, auprès des partenaires et de l'environnement de l'utilisateur		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.3.a : L'établissement organise des manifestations destinées à valoriser les potentiels d'intégration des personnes en situation de handicap ouvertes au public et invite ses principaux partenaires (maire, DDASS, médias...).	L'établissement, lors de la pose de la première pierre et de son inauguration, a invité l'ensemble de ses partenaires à visiter l'établissement et à considérer la vie institutionnelle qui s'y attache. L'Adjointe au Maire chargée du social de la Mairie de Limay est venue, à plusieurs reprises avec la directrice du CCAS. Le service culturel de la Mairie de Limay et le directeur de l'école de musique ont visité l'établissement afin de promouvoir des projets d'animations communs. Le JTM, l'hebdomadaire du Mantois a édité différents articles dans la rubrique pôle emploi sur les différents métiers exercés au sein de la MAS (AMP, Psychomotricienne, Animateur socio-culturel).	Rencontre avec le service culturel de Limay le 30 janvier 2009 JTM du 28 mai au 3 juin 2009 n°169 p.7	C
PAR.3.b : L'établissement propose des conseils et/ou des interventions spécialisées pour favoriser les situations d'intégration.	Dans le cadre de la formation continue pour les ambulanciers du Val de Seine, la MAS de Limay, en décembre 2008, en partenariat avec P2S et le foyer « Jacques Landat », a accueillie les acteurs de cette formation ayant pour thème " la relation avec les personnes handicapées". Trois sessions de formation de 10 personnes chacune ont été accomplies. Le Directeur de la MAS a été formateur lors de ces journées de travail sur le handicap. L'établissement dans sa politique d'ouverture accueille dans ces locaux des professionnels et des bénévoles sur des missions particulières (atelier terre, conte, musique, chorale...) dans la perspectives que ces personnes transmettent ou accueillent l'handicap dans leur vie professionnelle et personnelle avec un autre regard, une meilleure approche et des connaissances.	Convention de bénévolat Projet conte rédigé Projet Chorale rédigé	B
PAR.3.c : L'établissement développe une politique d'information locale, départementale, régionale et nationale afin de faire connaître ses activités.	La démarche d'information de l'établissement touche d'avantage à nous faire connaître. Cela se décline aux travers d'articles de journaux de rencontre avec les journalistes, de partenariat avec des organismes de formations (P2S, Tempo Action, AFPA, les écoles d'IDE ...), d'un site internet... Nous avons des partenariats formalisés avec Handivoix, une association qui regroupe des chorales de personnes handicapées dans l'ensemble du département. Nous avons des contacts avec « Elypse » une association qui s'occupe de promouvoir et d'organiser des rencontres sportives et culturelles sur le département. Nos actions et notre présence se situe au niveau local.	Article de la Guiguettes courrier de mantes 28 janvier 2009 JTM différents métiers n°157 p.7 / n°162 p. 7 Conventions de stages www.masdelimay.org	C
PAR.3.d : L'établissement participe	L'établissement a d'avantage investi ses relations avec la Mairie de Limay. Nous avons reçu l'association locale « les clowns rient ». Sur la demande de certains	Convention de bénévolat de Mme Torez (foi et lumière). Convention musique avec la ville de Limay	

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

à la vie associative locale.	résidents l'établissement accueille « foi et lumière » association de Mantas la Jolie, émanant de l'Eglise catholique, pour des visites de type religieuses. Un premier contact est pris pour assister aux répétitions des groupes de musique locaux. Nous avons participé au carnaval de Limay, cette année.	Photos du carnaval de la ville de Limay	
PAR.3.e : L'établissement propose des prestations de service qui lui permettent d'être connu.	Nous ne sommes pas prestataire de service en dehors des « actes » d'accompagnement que nous mettons en œuvre pour les résidents de la MAS, par contre, le directeur de l'établissement, s'est investi auprès de différents centre de formations. Nous aussi reçu le réseau des ambulanciers du Val Seine pour leur faire connaître le handicap de nos résidents afin qu'ils ne soient pas démunis lors des prises en charges ambulancières. Des propositions ont été faites aux personnels de la Mairie de LIMAY afin d'être présent au cours de LSF donné au sein de l'établissement. Lors des formations Snoezelen, une personne a rejoint le groupe de travail de la MAS. Un récapitulatif d'articles de journaux est présenté sur le site de la MAS dans la rubrique « une MAS ouverte sur l'extérieur » en libre accès par « informations générales MAS ». Ces éléments sont aussi consultables au secrétariat.	Pas d'éléments preuves pour l'instant www.masdelimay.org	C
PAR.3.f : L'établissement est représenté lors de manifestations officielles.	L'établissement participe aux inaugurations auxquelles nous sommes invités. Le directeur participe régulièrement aux vœux du Maire de la commune de Limay.	Invitation Exposition percunutation (dessein et musique) Invitation mairie Invitation autres établissements Invitation SIEHVS/AGEHVS	B
Synthèse de la référence	De nombreuses actions sont mises en place pour faire vivre l'établissement à l'extérieur. Ces actions ne sont pas, au départ, formalisées car nous avons dans un premier temps privilégié les rencontres et les actions à la dimension administrative même si des projets sont écrits.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Convention	Rédiger la convention d'échange de service avec le service culturel de la Mairie de Limay et des associations locales

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR 4 :	L'établissement met en place des supports adaptés pour se faire connaître auprès du public.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.4.a : La dénomination de l'établissement est informative.	La dénomination de l'établissement indique la prestation de service qu'elle offre et le lieu de l'exercice de ce service.	En-tête des documents (courrier facture ...)	C
PAR.4.b : L'établissement utilise un logotype sur tous ses supports de communication.	Effectivement, l'établissement utilise le logo associatif type de l'AGEHVS. Ce logo se retrouve sur l'ensemble des documents de la MAS à usage interne et externe. Ce logo associatif est disponible sur le serveur afin de permettre, lors de la création d'un document quel qu'il soit, de l'y associer systématiquement avec la visée de la direction. Dès l'entrée de la MAS, un panneau signalétique indique l'appartenance de l'établissement à l'association AGEHVS.	Courrier Bulletin d'Information Planning Badges de l'établissement Carte de visite du directeur	B
PAR.4.c : L'établissement possède et utilise une plaquette générale, et si nécessaire spécifique (par entité...) de présentation.	Actuellement une commission communication réactualise la plaquette d'informations associative et du syndicat intercommunal. Cette plaquette donne une information sur l'ensemble des établissements existants en date de sa parution (2002). Le directeur de la MAS de Limay participe à cette commission.	Plaquette d'information	C
PAR.4.d : Les caractéristiques de l'établissement sont accessibles via internet.	L'établissement possède un site internet sur lequel les éléments suivants sont téléchargeables : 1/ Le Livret d'accueil 2/ Le Projet d'établissement 3/ le Règlement de fonctionnement 4/ charte informatique de la MAS 5/ Déclaration CNIL du site internet de la Mas et Résidents 6/ Les postes à pourvoir de l'AGEHVS 7/ un lien vers le site du SIEHVS 8/ Glossaire de la Mas de Limay Avec de nombreuses rubriques existantes et à venir.	www.masdelimay.org	B
PAR.4.e : L'établissement possède d'autres supports d'informations (panneaux, vidéos, diapos, dvd, cd) utilisables dans le cadre	L'établissement possède un diaporama qui relate les participations aux événements, aux activités internes et externes faites par les résidents. Un petit film interne est en cours de réalisation sur le transfert des résidents à Morzine. Ces supports sont projetés régulièrement.	Diaporama Le film	C

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

d'une communication externe.			
PAR.4.f : L'établissement est répertorié (annuaires général et spécialisés).	L'établissement est répertorié dans l'annuaire des pages jaunes et sur leur site internet mais aussi sur des sites comme, celui du syndicat intercommunal, ou de l'ADAPEI 78.	http://www.pagesjaunes.fr/trouverlesprofessionnels/rechercheClassique.do?idConte xt=-666987703&portail=PJ http://www.adapei78.com/hebergement/reenseignements.htm www.siehvs.fr	B
Synthèse de la référence	L'établissement met en place différents supports pour communiquer. Ces supports sont à améliorer		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Site internet	Créer des forums d'échanges sur le site internet
Sigle de l'association	Rendre le sigle de l'association plus visible de la rue

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR 5 :	L'établissement participe à une dynamique de réseau et développe tous les partenariats nécessaires à ses engagements.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.5.a : L'établissement développe une dynamique de réseaux.	L'établissement participe à une dynamique de réseaux au travers d'une ouverture vers l'extérieur, que se soit au niveau médical, paramédical, administratif, socio-éducatif, du bénévolat ou de l'animation avec le monde associatif local. Des réseaux internes au niveau de l'association existent pour les directeurs et les secrétaires. Un rencontre initiale a été organisée entre les animateurs de la MAS de Limay et celle d'Ecquevilly, ainsi que pour les comptables au niveau de l'AGEHVS (9/06/2009).	Conventions de stages Conventions de bénévoles Société d'étude et sciences naturel du mantois et du Vexin Ville de mantes Planning des rencontres réseaux Agora (fax : fédération des associations bénévoles du mantois)	B
PAR.5.b : L'établissement identifie les partenaires nécessaires à la prise en charge des usagers.	L'établissement est en relation avec des partenaires nous apportant un service nécessaire à la prise en charge quotidienne des résidents dans tous les actes de la vie (au niveau médical, paramédical, social éducatif et l'animation).	Docteur Ribat CHL / MDPH / Mutuelle / Sécurité Sociale / tuteur Coiffeur extérieure à la MAS Réseau sociale Medecin ORL (Facture) Podologue (facture) Prothésiste Fournisseur de matériel médical Service de la Mairie Ambulancier Restaurant le rageant le petit prince discothèque de limay	B
PAR.5.c : En tant que de besoin, l'établissement recherche des partenaires dans le cadre de la formation et de l'insertion professionnelle des usagers.	Nous ne sommes pas concernés par la formation et l'insertion professionnelle, car l'ensemble des résidents orientés à la MAS de Limay sont considérés comme inaptes au travail.	Décision MDPH	D
PAR.5.d : L'établissement formalise les partenariats (convention, participation aux synthèses, envoi de comptes rendus...).	L'établissement à commencé à formaliser ses partenariats, aussi bien au niveau de la formation que du bénévolat. Par contre, d'autres partenariats précités sont existants et nécessitent également la mise en place d'une formalisation.	Convention de formations Convention de stages Convention de bénévoles Participation écrite de l'orthophoniste à la présynthèse d'ASL et VC	C
PAR.5.e : L'établissement est	L'établissement est pleinement ouvert aux sollicitations des partenaires extérieurs. Ces sollicitations se font par téléphone. Elles se concrétisent par des	Courrier du CE Les comptes rendus « suivis des activités »	C

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

ouvert aux sollicitations des partenaires.	stages, des visites, activités et des interventions. Le CE de l'AGEHVS propose aussi des prestations extérieures au sein de la MAS de Limay.		
Synthèse de la référence	L'établissement développe une politique d'ouverture vers et à l'extérieur. Il se doit de parfaire la formalisation de l'ensemble des partenariats.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Ouverture sur l'extérieur	Elaborer des conventions de collaborations démontrant l'existence des pratiques déjà en place

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

PAR 6 :	L'établissement participe à la formation des futurs professionnels et à des travaux d'études et de recherches.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
PAR.6.a : L'établissement accueille des intervenants extérieurs dans le cadre d'une recherche.	L'Etablissement n'a jamais accueilli de chercheurs	Néant	D
PAR.6.b : Des échanges avec d'autres établissements dans le but de faire évoluer les pratiques professionnelles sont régulièrement mis en œuvre.	L'établissement n'a pas, actuellement, d'échanges réguliers avec d'autres établissements afin de faire évoluer les pratiques professionnelles, par contre, nos relations régulières avec la Médiathèque ont permis une évolution des pratiques professionnelles de cet établissement envers le handicap. Le partenariat établi avec le foyer d'Ecquevilly a permis l'intervention de sa Chef de service éducative en qualité de formatrice Snoezelen, toujours dans un but d'évolution de nos pratiques professionnelles. Des formations pour les ambulanciers du Val de Seine ont été organisées à la MAS de Limay avec le foyer d'Hardricourt pour faire connaître le handicap à ces professionnels.	Emargement de la formation snoezelen La rémunération de la chef de service Projet de la médiathèque Evaluation médiathèque Relation avec P2S	C
PAR.6.c : L'établissement développe des conventions avec des universités, des organismes ou des centres de formation.	L'établissement a des conventions avec différents organismes de formations par l'intermédiaire des stagiaires qu'il accueille.	Tempo-Action AFPA Lycée professionnel d'Aubergenville La Croix rouge de Mantes la Jolie Le CPCV de Trappes Buc ressources Rapport de stage ...	B
Synthèse de la référence	L'établissement participe à la formation des futurs professionnels en relation avec de nombreux organismes professionnels. Par contre très peu de contacts existent au niveau universitaire		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Contacteur les Universités	Avoir des relations avec les facultés impliquant des recherches sur le polyhandicap et les IMOC.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.7 Objectif général 8 : Mobiliser et gérer les ressources humaines

5.7.1 Synthèse pour l'objectif général 8 :

Points forts	L'établissement applique la politique de gestion des ressources humaines définies par le siège et respectueuse de la législation. Les recrutements sont effectués en fonction des besoins de l'établissement, identifiés sur l'organigramme. Les rôles, et les missions de chacun sont connus des professionnels et mis en œuvre. Les délégations et astreintes sont définies formellement. L'établissement propose aux professionnels des formations en lien avec les besoins des usagers. Les pratiques professionnelles sont adaptées à chaque usager, et des réunions d'analyse de ces pratiques existent. L'organisation du travail permet de répondre aux besoins de prise en charge des résidents. Chaque professionnel dispose d'un dossier personnel sécurisé. Une politique de prévention des risques professionnels est mise en place au sein de l'établissement. Les outils de communication interne sont connus des professionnels et utilisés.
Points perfectibles	La politique de gestion des ressources humaines n'est pas finalisée par le siège. Il n'existe pas de procédure de recrutement, d'accueil et d'intégration des professionnels formalisée. Toutes les fiches de poste de sont pas formalisées. Il n'existe pas d'entretiens annuels d'évaluation des professionnels, les outils n'étant pas finalisés. Il n'existe pas d'outils d'analyse de la pratique. Il n'existe pas encore de délégués du personnel élus, bien que leur élection soit d'ores et déjà prévue. Les modalités de gestion des dossiers du personnel ne sont pas définies formellement. L'ensemble des réunions ne fait pas toujours l'objet de comptes rendus formels.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser la procédure d'accueil et d'intégration des professionnels • Formaliser une procédure de recrutement des professionnels et des stagiaires, interne à l'établissement • Finaliser les fiches de postes manquantes (paramédicaux et services généraux) • Organiser et Programmer les entretiens annuels : Finaliser la mise en place des entretiens annuels d'évaluation du personnel. • Créer 'un système d'analyse de pratiques professionnelles • Réaliser les élections des DP • Créer des rubriques spécifiques à la prévention des risques professionnels pour les informations régulières et systématique dans le BI

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.8.2 Résultat par référence de l'objectif général 8 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH.1 :	L'établissement met en œuvre la politique associative de gestion des ressources humaines.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.1.a : Il existe une politique de gestion des ressources humaines en lien avec le projet associatif.	La politique de gestion des ressources humaines est opérationnelle tant sur le recrutement des cadres que la mobilité interne. L'établissement est acteur avec le siège en lien avec projet de l'Association pour une transmission de ses valeurs.	Document type de la mobilité Candidatures émanant de la MAS d'Ecquevilly Valeurs inscrites sur tous les contrats de travail depuis octobre 2008	C
GRH.1.b : L'établissement respecte les préconisations de la politique RH.	Un travail d'équipe est mis en place avec l'adjointe aux ressources humaines du siège dans le cadre du suivi administratif des contrats de travail par exemple.	Non suppression du solde de tout compte mail d'IB date 16/04/2009 à 10h53	C
Synthèse de la référence	L'établissement met en œuvre la politique associative de gestion des ressources humaines. Cette démarche nécessite d'être approfondie pour l'ensemble des obligations de l'employeur.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des Ressources Humaines	Poursuivre et approfondir la relation avec le siège
Gestion des Ressources Humaines	Formaliser la politique de GRH

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 2 :	Le recrutement répond à un besoin identifié et tient compte des profils de poste.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.2.a : L'opportunité et la décision de recrutement sont validées selon les procédures en vigueur.	Le recrutement se fait en fonction des postes disponibles et des besoins ponctuels de remplacement dans l'établissement. Il existe une procédure écrite au niveau des cadres, publiée par le siège.	Procédure recrutement cadre	C
GRH.2.b : Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste et d'une évaluation des capacités des candidats.	Le candidat est reçu sur la base du besoin du poste disponible. Au cours de l'entretien, le professionnel est évalué. Il est mis en place une journée d'accueil en bénévolat afin de permettre à la personne de tester le poste. Suite à cette journée, une concertation est organisée avec le candidat retenu. L'annonce est subrogée aux conclusions des deux parties.	Annonce légale (ANPE, ASH)	C
Synthèse de la référence	Le recrutement est basé sur les besoins de l'établissement, déterminés par l'organigramme. Cependant cette pratique n'est pas formalisée actuellement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Formaliser les échanges durant l'entretien annuel avec les professionnels
Gestion des ressources humaines	Formaliser une procédure de recrutement des professionnels et des stagiaires, interne à l'établissement

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 3 :	L'accueil et l'intégration des professionnels et des stagiaires sont organisés.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.3.a : L'accueil de chaque nouveau salarié ou stagiaire est personnalisé.	On prend le temps d'accueillir chaque personne en lui montrant l'intégralité de l'établissement. Un temps est pris avec les stagiaires pour présenter la convention de stage et les modalités de fonctionnement de l'établissement. Chaque professionnel reçoit divers documents.	Liste des documents administratifs à fournir pour l'embauche	C
GRH.3.b : Un document de présentation de l'association et de l'établissement est remis à chaque nouveau salarié.	Rencontre avec la secrétaire pour la constitution du dossier personnel des nouveaux salariés. Concernant les stagiaires nous constituons un dossier de stage. Chaque nouveau professionnel consulte un livret d'accueil et l'ensemble des documents listés ci-contre.	Contrat de travail avec les valeurs de l'association Règlement intérieur Règlement de fonctionnement Charte informatique Fiche de poste AMP/AS (glossaire) Déroulement des journées Stagiaire + une plaquette de l'association	B
Synthèse de la référence	L'accueil et l'intégration des professionnels et des stagiaires sont organisés mais non formalisés actuellement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Formaliser la procédure d'accueil et d'intégration des professionnels

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 4 :	Les missions, les rôles, les responsabilités des professionnels sont clairement définis.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.4.a : Les différentes instances organisationnelles et décisionnelles de l'association et de l'établissement sont clairement définies.	Actuellement, le CE associatif et le CHSCT de l'établissement ont été mis en place. Les DP seront élus en Octobre 2009, l'attente est voulue par le siège pour entrer dans une démarche associative globale. Les syndicats ont accepté cette attente. Cette absence de DP manque actuellement à l'établissement.	Tableau CE Document Affichage obligatoire avec les noms des membres du CHSCT Ordre du jour et compte-rendu des réunions des réunions trimestrielles du CHSCT	C
GRH.4.b : L'établissement dispose d'organigrammes hiérarchiques et fonctionnels, connus des professionnels.	Les organigrammes (associatif et établissement) sont actuellement affichés sur le tableau d'information du personnel. L'organigramme de l'établissement est à la fois hiérarchique et fonctionnel. Il comprend l'ensemble des pôles de l'établissement. De plus, cet organigramme a été publié dans le Bulletin d'information de la MAS.	Organigramme de l'établissement Organigramme de l'Association	B
GRH.4.c : Chaque salarié dispose d'une fiche de poste actualisée.	Une majorité de salariés dispose de leur fiche de poste ; soit 52 postes sont actuellement formalisés. Il manque actuellement les fiches de postes des services paramédicaux et généraux.	Fiche de poste AMP/AS Fiche de poste Chef de Service Fiche de poste Coordinatrice Fiche de poste chef d'entretien Fiche de poste secrétaires	C
GRH.4.d : Il existe des délégations formalisées, notamment pour les cadres.	En absence de la direction une fiche de délégation est élaborée, émargée et transmise au siège de l'Association pour information. Cette fiche énumère une les délégations établies par la direction. Elle est signée par le directeur et le chef de service concerné. Ces délégations ont, par la suite, été évaluées par le directeur et la chef de service lors d'un entretien.	Courriers envoyés au siège Copie de la liste de délégations signées entre les chefs de service et le directeur	B
GRH.4.e : Des modalités de coordination des actions entre les services et / ou les secteurs sont définies et mises en œuvre.	Un protocole entre le secrétariat et la comptabilité existe ainsi que la mise en place de réunions communes entre le pôle socio-éducatif et paramédical. Ainsi, les synthèses des résidents sont réalisées en tenant compte de cette approche interdisciplinaire.	Planning des réunions communes établies et affichées sur le tableau Protocole à réviser des relations secrétariat / comptabilité	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

GRH.4.f : Les missions particulières sont formalisées.	Des ordres de missions sont systématiquement établis et validés pour toutes les sorties de l'établissement. Ils comprennent les noms des personnes sortantes (résidents et accompagnateurs), la date, l'objectif de la mission, l'identification du véhicule. Cet ordre de missions est soumis pour validation à la signature du demandeur, du coordinateur et du cadre. Ces ordres de missions ont été évalués au cours de réunion.	Ordres de Missions	B
GRH.4.g : Des règles d'astreinte sont définies, connues des professionnels et permettent d'assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge.	Les astreintes sont réparties entre les trois cadres de l'établissement. Elles font l'objet d'une rotation une semaine sur trois. L'astreinte est identifiée non seulement sur le planning horaire mensuel mais aussi sur le Bulletin d'Information dans un encadré spécial. Le Bulletin d'Information fait un rappel de sécurité de manière hebdomadaire. La personne d'astreinte a, à sa disposition l'ensemble des informations nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.	Tous les Planning horaires mensuels Tous les Bulletins d'Informations avec l'encadré « astreinte » Etablissement de règles telles que : « en cas d'absence on appelle le cadre d'astreinte »	B
Synthèse de la référence	Les rôles, missions des professionnels sont connus des professionnels et mis en œuvre. Les délégations et astreintes sont définies formellement. Cependant il reste à formaliser certaines fiches de postes.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Finaliser les fiches de postes manquantes (paramédicaux et services généraux)
Gestion comptable et financière	actualiser le protocole comptabilité/Secrétariat
Gestion des ressources humaines	Créer une fiche récapitulative des rôles, missions, sollicitations des Instances Représentatives du Personnel et des syndicats.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 5 :	La formation continue permet à l'établissement de développer les compétences, de favoriser le travail en équipe et, ainsi, d'améliorer l'accompagnement de l'utilisateur.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.5.a : La politique de formation de l'établissement intègre les orientations stratégiques et l'adaptation aux besoins de la prise en charge de l'utilisateur.	Dans le cadre de la politique de formation dont les axes stratégiques sont : - Professionnalisation des personnels - La construction d'une démarche qualité Ces axes nous conduisent à mettre en œuvre par exemple : 3 sessions de formations Snoezelen comprenant chacune au moins 10 personnels. Pour une meilleure communication entre les personnels et les résidents malentendants un cours de Langue des Signes Française (LSF) est suivi.	Planning de formation Snoezelen sur le planning général Dossier Langues des signes Bilan et projection Formation 2008-2009	B
GRH.5.b : La politique de formation favorise l'évolution des compétences et des qualifications.	La politique mise en œuvre permet, au travers du plan de formation d'entrer dans une démarche de qualification. Actuellement sept personnes suivent une formation qualifiante d'aide médico psychologique. Un site internet est disponible pour un e-guidance par les pairs en Validation des Acquis de L'Expérience. Trois axes de formation se dégagent : - Formation longue - Formation visant à l'acquisition de compétences - Autoformation	www.lavae.org Plan de formation 2008/2009 Bilan et projection Formation 2008-2009	B
GRH.5.c : Les besoins de l'établissement et les souhaits du personnel en matière de formation continue sont identifiés et analysés.	Un entretien annuel ayant pour thème les souhaits du personnel en matière de formation, a été mis en place au quatrième trimestre 2008. Ces entretiens ont permis de préparer le plan de formation 2009 par le croisement des souhaits des personnels et des besoins de l'établissement.	Compte rendu des entretiens Demande de formation Plan de formation	B
GRH.5.d : Les axes de la politique de formation sont communiqués.	Les axes de la politique de formation ont été mis en partie au Bulletin hebdomadaire d'information (la VAE). Le bilan et la projection des formations qui accompagnent le plan de formation ont été transmis au siège de l'Association et au Comité d'Entreprise.	BI 2008 n°04 Mail JLM du 28/10/2008 à 16 :26	C
GRH.5.e : Une procédure d'élaboration du plan de formation est appliquée.	La procédure du plan de formation permettant son élaboration est établie comme indiquée sur le calendrier « Plan de formation » mis sur le tableau d'affichage de l'établissement.	Réunion d'information sur la formation powerpoint sur le tableau d'affichage Calendrier Plan de formation 2009	B
GRH.5.f : Les actions de formation donnent lieu à des évaluations.	Une réunion « Commission Formation » est organisée par le CE de l'Association. Chaque établissement est représenté par un membre de son personnel afin d'étudier les plans de formation de tous les établissements de l'Association.	Les convocations envoyées par le CE de l'Association. Mail JLM du 5 décembre 2008 à 6h33	B
GRH.5.g : L'établissement favorise	Il existe de nombreux échanges interprofessionnels au niveau de l'accompagnement du résident. Mais avec le service administratif il existe peu	Planning des différentes réunions interprofessionnelles hebdomadaires	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

les échanges interprofessionnels.	d'échange sauf en interne au niveau de ce service. Pour une prise en charge globale du résidant l'établissement favorise, autant que faire ce peu, les échanges interprofessionnels.		
Synthèse de la référence	L'établissement organise la formation continue autour d'un accompagnement global du résidant. La collaboration avec le siège a permis une guidance de l'organisation des procédures touchant à la formation continue.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Formation des professionnels	Préciser la démarche à suivre afin de valider les demandes de formation, en s'appuyant sur le déroulé du « plan de formation » affiché,
Formation des professionnels	Informers sur la formation au BI de manière régulière

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 6 :	Une démarche d'entretien annuel est opérationnelle.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.6.a : Il existe un processus d'entretien annuel connu et appliqué.	Une démarche d'entretien annuel a été initialisée en septembre 2008, en relation avec la formation du personnel, pour identifier les besoins et attentes des professionnels en termes de formation.	Fiche d'entretien individualisé	D
GRH.6.b : Il existe des outils formalisés.	Une fiche d'entretien individualisé a été créée pour l'identification des besoins de formation.	Fiche d'entretien commune à tous les établissements de l'Association est établie Fiche d'entretien annuel	D
GRH.6.c : Le projet professionnel individuel s'appuie sur l'entretien annuel.	L'entretien annuel est non réalisé à ce jour.	Fiche entretien annuel Fiche formation	D
Synthèse de la référence	Il n'existe pas de démarche d'entretien annuel stabilisée dans l'établissement. Les outils sont constitués et les entretiens sont en cours de mise en œuvre.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Organiser et Programmer les entretiens annuels : Finaliser la mise en place des entretiens annuels d'évaluation du personnel.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 7 :	Une démarche d'analyse des pratiques professionnelles existe au sein de l'établissement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.7.a : Les pratiques professionnelles sont définies et mises en œuvre à partir des besoins de l'utilisateur.	Dans le cadre du projet personnalisé du résident : l'hébergement, les besoins de soins, la vie sociale et les activités sont organisés autour des besoins de la personne accueillie. Il existe des protocoles présentant les pratiques à appliquer pour chaque résident en fonction de ses besoins et capacités.	Projet d'Etablissement Document de Présynthèse Projet Personnalisé du résident Besoins fondamentaux et protocole d'installation	B
GRH.7.b : Les professionnels disposent de temps identifiés pour l'analyse des pratiques.	Les professionnels en prise en charge directe avec les résidents ont des groupes d'analyse de pratiques professionnels organisés avec un psychologue / psychanalyste extérieur à l'établissement. Ces réunions ont lieu une fois par semaine avec différents groupes de professionnels de la MAS	Facture du dit psychologue / psychanalyste Calendrier des réunions	B
GRH.7.c : L'établissement utilise un système d'analyse des pratiques professionnelles.	L'Etablissement n'a pas de système de référence d'analyse des pratiques professionnels	Néant	D
Synthèse de la référence	Les pratiques professionnelles sont détaillées de manière individuelle et adaptée à chaque usager.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Analyse de pratiques professionnelles	Créer 'un système d'analyse de pratiques professionnelles
Suivi de l'analyse de pratiques professionnelles	Utiliser de la feuille d'émargement pour les professionnels assistant aux réunions (à soumettre au psychologue / psychanalyste)

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 8 :	L'organisation du temps de travail est adaptée aux besoins de l'établissement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.8.a : Les plannings de travail sont élaborés à partir des besoins des usagers.	Les plannings sont construits autour de la prise en charge des résidents. L'annualisation des encadrants permet une véritable souplesse pour la réalisation des activités des résidents. 19 réunions sont programmées chaque semaine et touchent l'ensemble des professionnels présents sur la MAS de Limay. Ces réunions sont majoritairement des réunions interdisciplinaires.	Plannings des réunions Plannings des professionnels Planning d'activités	B
GRH.8.b : Les plannings sont réalisés dans le respect de la législation en vigueur.	Les plannings sont réalisés dans le cadre de la législation en vigueur en respectant les repos hebdomadaires, les repos entre deux journées de travail, les amplitudes du travail de jour et de nuit comprenant le temps de travail réel, les temps de pauses obligatoires et les jours consécutifs de travail ... Nous sommes dans l'attente du résultat de la négociation de la NAO entre les organisations syndicales et l'Association.	Déroulement des journées p. 3 Les horaires affichés sur le tableau d'information général et sur le réseau informatique. Les plannings affichés sur le tableau d'information général, sur les unités et parution mensuel au bulletin d'information.	C
GRH.8.c : La gestion des plannings garantit la continuité de l'accompagnement.	Dans le cadre d'un établissement en H24 les plannings permettent une continuité de l'accompagnement en H24, 7jours sur 7 et 365 jours sur 365.	Le Planning	B
GRH.8.d : Les astreintes sont organisées.	Les astreintes sont organisées entre les trois cadres à tour de rôle. Elles sont identifier sur les plannings et inscrites de manière hebdomadaire au Bulletin d'information	Tous les BI Le planning Répertoire astreinte sur le réseau RH	B
Synthèse de la référence	Les plannings répondent aux besoins d'un accompagnement des résidents en H24 en respectant la législation et la convention CCN66 (31.16). Nous sommes en attente de la négociation entre les organisations syndicales et l'AGEHVS sur les plannings.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 9 :	Le dialogue social est structuré.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.9.a : Les instances du personnel sont mises en place, réunies, consultées et/ou informées, à périodicité définie, sur les questions relevant de leur compétence, conformément aux textes en vigueur.	Suivant les accords entre les syndicats et l'association ceux-ci ont opté pour des élections communes au niveau associatif. Nous sommes en attentes de ces élections pour avoir des délégués du personnel. Les autres instances de représentation du personnel (le CHSCT, le CE et les délégués syndicaux) sont assurées. L'établissement n'est pas encore représenté au niveau du CE au même titre que les délégués du personnel.	Compte rendu CHSCT Compte rendu CE affichés Fiche de délégation syndicale	C
GRH.9.b : Les comptes-rendus des réunions sont affichés et conservés.	Les comptes rendus sont mis sur les tableaux d'affichage concernés et archivés au secrétariat pour le CE et le CHSCT.	Tableau d'affichage Dossier suspendu CE Dossier suspendu CHSCT	B
Synthèse de la référence	Du fait de notre ouverture en décembre 2006 seul les DP ne sont pas mis en place. Cette action est programmée pour Octobre 2009		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Réaliser les élections des DP

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 10 :	L'établissement est garant du cadre réglementaire en termes de gestion du personnel.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.10.a : La direction organise la gestion du personnel en collaboration avec le siège.	La politique de mobilité au sein de l'Association , établie entre le siège et les directeurs des différents établissements, est appliquée par une procédure de mobilité interne. Chaque établissement transmet la liste des ses postes disponibles. Le siège récolte et diffuse sur tous les établissements la liste des postes disponibles sur toute l'Association. Il est organisé une mutualisation des formations SST, SSI, informatique, habilitation électrique inter-établissement ... avec le siège de l'Association.	La liste des postes disponibles affichée Procédure mobilité interne Tableau des formations mutualisées	B
GRH.10.b : La législation en matière de ressources humaines est connue et respectée.	En collaboration avec le siège des réunions sont organisées : réunions secrétariat, sur l'élaboration des contrats de travail notamment au niveau des CDD sur les thèmes des reconductions, des motifs et des missions. Un travail d'harmonisation administratif est mis en œuvre au travers d'échanges entre les secrétaires sur la gestion du personnel. Ces réunions sont inter-établissements et trimestrielles. La législation est connue et bénéficie en interne d'un suivi au travers de la réunion hebdomadaire permettant aussi une veille	Dossier « Gestion du Personnel Inter-établissement »	B
GRH.10.c : Il existe des outils de pilotage et de suivi en matière de gestion des ressources humaines.	Les outils de pilotage en matière de gestion de ressources humaines sont utilisés dans la perspective de gérer le personnel. Par exemple : mise en place des entretiens annuels. L'utilisation de ces entretiens sert de base à l'adéquation entre les desideratas du professionnel et les besoins de l'établissement. Le plan de formation est le reflet de cette adéquation. Les protocoles, et les notes de service, normalisent, guident et donnent une direction	Courrier lancement plan de formation Fiche de préparation à l'entretien professionnel Trame de l'entretien professionnel Fiche demande de formation Protocoles, notes de service	B
Synthèse de la référence	Les ressources humaines sont organisées et gérées dans le cadre de la législation en vigueur. Une démarche d'analyse de gestion est à mettre en place.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Analyse des données	Récupérer et analyser le contenant des éléments de preuves recensées en ressources humaines

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 11 :	La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.11.a : Un dossier complet est élaboré et mis à jour pour chaque membre du personnel.	Le dossier du personnel est élaboré et mis à jour comme suit : une pochette générale nominative comprenant différents onglets (contrat, courrier divers, cpam absences, retraite urssaf, médecine du travail, cursus et fiche de paie avec les suivis du temps de travail). Chaque nouvel événement est classé dans le dossier du salarié.	Dossier du salarié	B
GRH.11.b : La confidentialité des renseignements relatifs au personnel est assurée.	Ces dossiers sont rangés par ordre alphabétique dans une armoire fermant à clef au niveau de la comptabilité.	L'armoire des dossiers du personnel ferme à clef Le bureau de la comptabilité ferme à clef et est sous alarme de sécurité.	B
GRH.11.c : Les conditions d'accès au dossier du personnel sont définies, connues et respectées.	Seuls les personnels administratifs ont autorisation pour utiliser le dossier du personnel. Les chefs de l'établissement ont accès aux dossiers des personnels uniquement sur autorisation ponctuelle du Directeur.	Pas d'éléments preuves	C
Synthèse de la référence	Les dossiers du personnel sont construits et sécurisés dans le respect des règles et de la confidentialité. Un protocole d'accès au dossier du personnel est à créer sur les bases pratiquées actuellement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion des ressources humaines	Créer un protocole d'accès aux dossiers du personnel

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 12 :	L'établissement met en place une politique de prévention des risques professionnels.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.12.a : La politique de gestion des ressources humaines prend en compte la santé au travail.	L'Etablissement a le souci de donner un environnement de travail le mieux adapté pour les différents personnels. Dans le cadre d'une politique de travail en réseau la MAS, en relation avec la médecine du travail, a accepté des mi-temps thérapeutiques, avec aménagements du poste de travail. Afin d'éviter la manutention de produit chimique l'établissement a investi dans l'automatisation de la distribution des produits lessiviels.	Existence du CHSCT Fournisseur lessiviel	C
GRH.12.b : Les risques professionnels sont évalués et transcrits dans un document unique d'hygiène et de prévention.	Les risques professionnels sont identifiés dans le cadre du document unique. Ceux –ci ont donné lieu à la transcription d'actions d'améliorations	Document unique d'évaluation des risques professionnels (intégralité du dossier) Ibidem p.17	B
GRH.12.c : Les professionnels sont informés de ces risques.	Les personnels sont informés en partie des risques professionnels et des actions d'amélioration mises en œuvre, au travers du Bulletin d'Information. Elles concernent un accompagnement par les kinésithérapeutes et la psychomotricienne sur le sujet « gestes et postures » (ex : nursing). L'organisation d'une formation continue est mise en place pour une utilisation adaptée des véhicules. Une information hebdomadaire et systématique est inscrite dans le Bulletin d'Information concernant l'obligation de l'utilisation de l'ensemble du matériel médical (ex : lève-personne).	Tous les BI	B
GRH.12.d : Les différentes instances qualifiées pour l'analyse des risques encourus par les professionnels et la formulation d'avis ou de conseil sont opérationnelles.	Le CHSCT est mis en place depuis 2008. Des réunions trimestrielles sont organisées en conformité avec la législation. Le CHSCT prend en compte les propositions remontées par les professionnels. La prise en compte, de ces avis et conseils, donne lieu, soit à un aménagement des services, soit à l'achat de nouveaux matériels (ex : lingerie...).	Liste des besoins Achat de matériel (table à hauteur variable, installation d'étagère...) Aménagement de la lingerie Compte rendu réunion CHSCT	B
GRH.12.e : Un plan de prévention des risques	Un plan de prévention des risques a été établi par le directeur sur la base d'un travail effectué par une autre MAS de l'AGEHVS. A partir de ce document en	Fiche de synthèse Document unique du 20 Octobre 2008	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

professionnels est élaboré, suivi et évalué.	relation avec la médecine du travail une étude des risques professionnels par poste a été effectuée. Ces éléments ont été présentés au CHSCT. La médecine du travail souhaite mettre à la disposition de l'établissement un analyste pour l'étude des 26 fiches de synthèse établies par les différents pôles de la MAS. Les services concernés sont ,le service administratif, paramédical, IDE de nuit, lingerie, service technique, encadrant	CR du CHSCT	
GRH.12.f : Chaque professionnel rencontre le médecin du travail selon un rythme adapté à son exposition aux risques et en conformité avec la réglementation en vigueur.	L'établissement organise, sur le temps de travail du personnel, les visites obligatoires à la médecine du travail. Le salarié reçoit une convocation de la part du secrétariat sur la base d'un listing de rendez-vous proposé par la médecine du travail. La personne se rend au rendez vous avec un véhicule de l'établissement et à son retour, remet au secrétariat son certificat d'aptitude. Cette information est notée dans un tableau interne et ensuite incluse dans le dossier individuel du salarié.	Listing de rendez vous transmis par la médecine du travail Convocation faite par l'établissement, Certificat d'aptitude Tableau de suivi des visites médical	B
Synthèse de la référence	L'établissement met en œuvre une politique de prévention des risques. Ces actions sont en cours d'élaboration pour établir une première évaluation.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Communication interne	Créer des rubriques spécifiques à la prévention des risques professionnels pour les informations régulières et systématiques dans le BI

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GRH 13 :	L'établissement dispose de modalités de communication interne.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GRH.13.a : Les professionnels sont régulièrement informés sur la vie institutionnelle.	Les professionnels sont régulièrement informés de la vie institutionnelle au travers d'un bulletin d'information hebdomadaire identifié « BI » depuis l'ouverture de l'établissement.	BI 2007/2008/2009	B
GRH.13.b : l'expression des salariés est favorisée et valorisée.	Le BI indique sur sa page de garde que chaque salarié peut alimenter cet outil de communication. Les réunions sont aussi un temps privilégié pour l'expression des salariés. Un manque au niveau de la représentation des DP existe lié à l'organisation au niveau associatif. Les réunions institutionnelles sont organisées sur un mode informatif.	Planning des réunions Page de garde du BI Rapport inspection du travail	C
GRH.13.c : Les réunions font l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu écrit.	Toutes les réunions ne font pas l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu. Toutes les réunions font l'objet de thématique régulière et systématique. Une transcription manuelle est effectuée sur une partie des réunions existantes.	Cahier de transcription administratif, lingerie	C
GRH.13.d : Les lieux d'affichage sont repérés et pertinents.	Les tableaux d'affichages existent dans le couloir d'accès à la cafétéria. L'ensemble du personnel passe devant ces tableaux. Un affichage d'information pour les familles existe au niveau de la porte d'accès du public de l'établissement.	Panneau CE Panneau Syndicat Panneau Etablissement Information association de parents Affichage charte des droits et liberté des résidents avec la tarification de l'établissement.	B
Synthèse de la référence	L'établissement dispose d'outils de communication telle que le BI et les espaces d'affichage. Les ordres du jour et les comptes rendu ne sont pas tous formalisés		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Communication interne	Mettre à disposition de chaque réunion un cahier de compte rendu si ce n'est pas déjà le cas.
Communication interne	Mettre en place une organisation permettant des choix de thème par les salariés pour les réunions institutionnelles

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	------------------------------	--------------------------------

5.9 Objectif général 9 : gérer les ressources financières et le système d'information.

5.9.1 Synthèse pour l'objectif général 9 :

Points forts	Les ressources financières et le système d'information existants sont opérationnels. Une diversité d'outils sont mis à la disposition des salariés pour communiquer sur les prise en charges des résidents. La gestion budgétaire de l'établissement est garante de l'activité de la structure
Points perfectibles	Au travers du logiciel à venir « Apha First » une collaboration et des échanges avec l'Association de gestion seront mis en œuvre. Un plan de communication doit être élaboré.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des tableaux de bords pour permettre un suivi objectif du budget • Sensibiliser l'autorité de tarification à des dépassements certains du groupe 2 pour des questions de remplacements de personnels indispensables aux services des usagers (sécurité, bien-traitance, accompagnement, nursing...) • Analyser les données à partir du budget et du Compte administratif 2008 en comparaison avec le budget 2009 et son Compte administratif, afin d'être opérationnel pour la préparation du budget 2011 • Acquérir un logiciel spécialisé gestion budgétaire • Formaliser la procédure de demande d'argent relative aux dépenses • Elaborer une politique de communication • Analyser les différentes données budgétaires

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.9.2 Résultat par référence de l'objectif général 9 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI.1 :	L'établissement met en œuvre une gestion budgétaire et comptable conforme à la réglementation et aux règles définies par l'association.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.1.a : La préparation des budgets et des comptes administratifs est organisée dans l'établissement conformément aux modalités définies par l'association.	Le budget de l'établissement et le compte administratif s'élabore en relation avec le cabinet expert comptable « Alliance Expertise » selon les modalités définies par l'Association.	Orientation budgétaire définie par l'Association	C
GFI.1.b : L'établissement met en œuvre une stratégie budgétaire qui intègre les besoins nouveaux et anticipe les évolutions de l'établissement.	La stratégie budgétaire mise en œuvre au travers des orientations de l'établissement, prend en compte les besoins en cours, ainsi que ceux à venir, estimés par la direction.	Orientation budgétaire annuelle défini par l'établissement	C
GFI.1.c : Les tableaux de bord permettent d'assurer le suivi et les réajustements éventuels à périodicité régulière.	L'établissement n'a pas mis en place de tableaux de bord	\	D
GFI.1.d : L'établissement respecte les instructions fixées par l'association concernant la gestion de la trésorerie.	L'établissement suit les instructions de l'Association au niveau des règlements, par chèque ou virement, des fournisseurs et autres charges (salaires, charges sociales, ...) avec la seule signature de la direction.		D
GFI.1.e : L'établissement participe activement au processus de contrôle de gestion mis en œuvre par l'association.	L'établissement collabore avec « Alliance Expertise » pour effectuer des échanges réguliers sur le contenu de sa situation budgétaire.	Rendez-vous avec « alliance expertise »	C
Synthèse de la référence	L'établissement répond aux demandes de gestion budgétaire et comptable associatif. Certaines règles restent à définir par l'Association en collaboration avec l'établissement.		

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Tableaux de bord	Créer des tableaux de bord pour permettre un suivi objectif du budget.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 2 :	Le plan pluriannuel des ressources financières est défini en fonction du projet d'établissement, en lien avec le siège.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.2.a : La préparation des budgets et PPI est organisée dans l'établissement.	L'établissement rencontre systématiquement « Alliance Expertise » au début septembre de chaque année pour préparer les budgets. La direction demande, chaque année, aux équipes pluridisciplinaires, d'identifier leurs besoins en vue de la préparation des budgets.	Planning de rencontre avec « alliance expertise » Fiche de besoins pour la préparation du budget	B
GFI.2.b : L'établissement prévoit l'évolution des besoins au travers des budgets et des PPI.	L'évolution des besoins est prise en compte dans le cadre des budgets et des PPI.	Les rapports budgétaires	B
GFI.2.c : La GPEC vient alimenter l'élaboration budgétaire.	L'ancienneté de tous les personnels est intégrée au budget prévisionnel selon la convention collective 66.	Le tableau du personnel du budget prévisionnel annuel	B
Synthèse de la référence	Le budget prévisionnel est défini en relation avec les besoins de l'établissement, ce budget étant défini au départ par l'Association (ouverture déc. 2006). Le projet d'établissement a été établi avant le fonctionnement effectif de l'établissement par le siège.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 3 :	Les moyens alloués dans le cadre budgétaire sont mis en œuvre.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.3.a : La masse salariale correspond à l'organigramme accordé par le financeur.	La masse salariale est conforme à l'organigramme de l'établissement. Les dépassements toujours possibles de cette masse sont dus aux remplacements indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. Des demandes de reprises seront effectuées aux autorités de tarification.	Accord budgétaire donné par la DDASS renouvelé tous les ans	B
GFI.3.b : Les investissements projetés sont réalisés ou réalloués si nécessaire.	Les investissements projetés et accordés sont effectivement réalisés ou en cours de réalisations	Les tableaux d'amortissements des différents budgets de la MAS	B
GFI.3.c : L'établissement maîtrise ses consommations courantes.	Cette année 2009 est une année test, pour ce qui concerne la gestion d'exploitation. C'est la première année depuis l'ouverture, que la MAS fonctionne avec un taux d'occupation normal. Nous n'avons, actuellement, pas assez de recul pour répondre à cette question. Nous avons déjà, malgré tout, effectué certaines ventilations concernant la classe 6 entre les budgets 2008 et 2009.	Rapport budgétaire et compte administratif	B
Synthèse de la référence	Les moyens alloués à l'établissement sont utilisés dans le cadre budgétaire. L'ouverture récente de la MAS ne permet pas à l'établissement d'avoir suffisamment de recul quant à la maîtrise de ces consommations courantes.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Budget (groupe 2)	Sensibiliser l'autorité de tarification à des dépassements certains du groupe 2 pour des questions de remplacements de personnels indispensables aux services des usagers (sécurité, bien-traitance, accompagnement, nursing...)
Budget (groupe 1)	Analyser la ventilation effectuée à partir du budget et du Compte administratif 2008 pour le budget 2009 avec son Compte administratif pour être opérationnel pour la préparation du budget 2011

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 4 :	Les moyens alloués dans le cadre budgétaire sont suivis régulièrement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.4.a : L'établissement organise la saisie des données comptables pour l'élaboration des tableaux de bord.	L'établissement saisi les données comptables. Les tableaux de bord ne sont pas élaborés.	Comptabilité de l'établissement	C
GFI.4.b : Les outils de pilotage permettent d'assurer le suivi et les réajustements éventuels à périodicité régulière.	D'une part les outils de pilotages ne sont pas opérationnels, et, d'autre part les réajustements ne sont pas effectifs. Actuellement la MAS, en collaboration avec le siège, travaille à une évolution de son logiciel informatique pour un suivi budgétaire efficace pour début 2010.	En collaboration avec le siège formation sur le logiciel « Alpha first »	D
GFI.4.c : L'établissement exerce son devoir d'alerte auprès du siège en matière budgétaire.	Le siège est alerté en cas de difficultés budgétaires importantes. Cela a été le cas à la fin du premier trimestre 2008. La fragilité financière de la MAS a été consolidée aux alentours du début du quatrième trimestre 2008. Tout ce qui touche à la récupération financière est centralisé sur le poste de la comptabilité : les prix de journée, les forfaits journaliers, les indemnités de la sécurité sociale, les éléments du plan de formation. Depuis la situation est rétablie.	\	C
Synthèse de la référence	Le suivi régulier des moyens alloués dans le cadre budgétaire est en cours d'élaboration au travers de l'achat d'un logiciel spécialisé « Alpha First ».		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Budget	Acquérir un logiciel spécialisé gestion budgétaire

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 5 :	L'établissement s'inscrit dans une logique associative d'optimisation des achats et des ressources.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.5.a : L'établissement est force de proposition pour une réflexion associative sur les achats.	Actuellement la MAS n'est pas une force de proposition pour l'Association concernant les achats. Cet aspect est lié aux différences de nature des établissements au sein de l'Association et aux besoins particuliers de chaque structure (ESAT, FV, FH, MAS, IME, CHL, SESSAD, SAVS, Siège ...).	\	D
GFI.5.b : L'établissement met en place une analyse économique et statistique visant à optimiser la politique d'achat associatif.	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'analyse économique et statistique visant à optimiser la politique d'achat associatif. Le comptable transmet une fois par an le montant des dépenses effectuées au niveau des fournisseurs communs préconisés par l'Association	\	C
Synthèse de la référence	La MAS n'est pas inscrite dans une logique associative des achats et des ressources, si ce n'est par l'utilisation de la liste des fournisseurs référencés par l'Association.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 6 :	Les flux financiers sont sécurisés (caisses, dépôts...).		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.6.a : La délégation de signatures sur les comptes bancaires fait l'objet d'un document écrit et limité dans le temps et dans le montant des engagements de dépense accordés.	Seul le directeur a la signature sur le compte bancaire de l'établissement. Aucune délégation concernant cette signature n'est accordée par le directeur de l'établissement. Lors de l'absence prolongée du directeur une délégation est donnée au chef de service jusqu'à son retour. Dans le cadre de cette délégation la personne désignée peut engager des sommes d'un montant limité sur devis. Le cadre de ces accords est identifié dans un document de délégation.	Copie du courrier au président de l'association avec la délégation	B
GFI.6.b : Le processus de récupération, de suivi et de remise aux usagers de l'argent de poche est organisé et écrit.	Le comptable a ouvert dans la comptabilité de l'établissement un compte pour chacun des résidents. Celui-ci est essentiellement alimenté par virement ou par chèque. Le suivi de l'argent de poche s'effectue par les entrées et les sorties. Les sorties d'argent se font au travers d'un document qui se nomme « demande d'argent ».	Les extraits de comptes Demande d'argent Organisation de la journée p14 « procédure de demande d'argent »	B
GFI.6.c : Les avances de caisse font l'objet d'un écrit comportant la nécessité de produire des justificatifs, indiquant les listes exhaustives et restrictives des catégories de dépenses possible à l'aide de l'avance.	<u>Procédure de demande d'argent :</u> Un formulaire de demande d'argent est disponible au secrétariat et au bureau coordinateur. En cas de besoin : achat de matériel, sortie ou argent de poche des résidents, il convient : 1) De remplir ce formulaire. 2) De demander l'accord de la direction ou des chefs de service. 3) Une facture devra être obligatoirement demandée pour chaque achat ou sortie, elle sera remise avec retour de la monnaie au comptable.	Organisation de la journée p14 « procédure de demande d'argent »	B
GFI.6.d : Les caisses sont mensuellement approvisionnées et vérifiées.	Les caisses sont approvisionnées en fonction des besoins. Le comptable vérifie mensuellement l'état des caisses.	Etat des caisses Compte caisse Compte résidents	B
Synthèse de la référence	Les flux financiers sont sécurisés		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Caisse	Améliorer la procédure de demande d'argent quant au retour de la monnaie

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 7 :	Le plan de communication est organisé.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.7.a : L'établissement a défini par cible (usagers, professionnels, partenaires...) les informations à diffuser et leurs modalités de transmission.	L'établissement n'a pas défini de cible pour les informations à communiquer. Certains outils sont utilisés : <ul style="list-style-type: none"> - Le bulletin d'information - Courrier - Réunions - Journées institutionnelles - Dossier unique de l'utilisateur - Transmission ciblée pour les résidents - Classeur de notification de maltraitance - Réservation des véhicules - Registre de sécurité - Registre bon d'intervention - Le réseau informatique - Tableau d'affichage - Site internet... 	\	D
GFI.7.b : Les dysfonctionnements du plan de communication sont recensés analysés et traités.	Le plan de communication n'est pas écrit.	\	D
Synthèse de la référence			

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Plan de communication	Elaborer un plan de communication.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

GFI 8 :	Il existe un système d'information fiable, pertinent et évolutif.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
GFI.8.a : L'établissement dispose d'un système d'information transversal.	Le réseau informatique en interne, microsoft exchange, Bulletin d'Information, le site internet et les adresses e-mail de la MAS permettent de transmettre des informations sur un mode transversal.	Tous les éléments cités	B
GFI.8.b : l'établissement organise l'information concernant le fonctionnement quotidien.	Devant l'importance de l'outil informatique, au niveau de l'organisation quotidienne de la MAS, une charte organise son utilisation. Cette charte est établie par la direction et est transmise à tous les salariés. Elle fait partie des documents remis à l'embauche. Elle est disponible sur le site de la MAS depuis début 2009 L'organisation quotidienne de l'information s'effectue aussi par le biais de l'organisation de la journée à partir de l'accompagnement des résidents.	La charte informatique de l'établissement BI n°01-2009 Document organisation de la journée	B
GFI.8.c : Le système d'information respecte les règles de déontologie, de confidentialité et de sécurité en conformité avec la législation.	Dans le cadre du secret partagé, les systèmes d'informations respectent la législation.	Déclarations CNIL effectuées Accès à l'informatique par un système de login et mot de passe Protection du réseau informatique par système de firewall Confidentialité des informations inscrites sur le BI	B
Synthèse de la référence	Le système d'information de l'établissement est fiable.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

5.10 Objectif général 10 : assurer la sécurité des Usager et proposer des prestations logistiques adaptées à leurs spécificités.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.10.1 Synthèse pour l'objectif général 10 :

Points forts	<p>L'établissement a défini une politique de sécurité grâce, notamment, à son plan de prévention des risques. Les textes réglementaires sont connus des professionnels et des formations concernant la sécurité sont mises en place. L'établissement assure l'entretien, la maintenance des bâtiments et équipements. L'établissement assure la sécurité contre l'incendie, au travers de formations, d'exercices d'évacuation et de l'entretien du matériel nécessaire. Les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire sont définies, communiquées, respectées. La distribution et la préparation des médicaments sont conformes avec les obligations réglementaires. Enfin, l'établissement assure la sécurité des usagers concernant les matériaux et équipements présents dans la structure.</p>
Points perfectibles	<p>Les situations d'urgence liées à l'environnement sont identifiées mais ne font pas l'objet de procédures formalisées et diffusées. L'entretien et la maintenance des véhicules et équipements médicalisés ne font pas l'objet de contrat de maintenance. L'hygiène lors du traitement du linge nécessite un environnement retravaillé. Les procédures de sécurité ne sont pas suffisamment détaillées pour les transports et les protocoles de sécurité liés à certains équipements ne sont pas formalisés.</p>
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> • Rédiger des procédures d'urgence • Mettre en place un cahier de suivi pour chacun des véhicules et pour les équipements. • Communiquer sur l'existence et la fonction du SSI et les procédures d'évacuation en cas d'urgence • Formaliser les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire • Formaliser des protocoles concernant l'hygiène et le traitement des surfaces • Rédiger des protocoles de sécurité, détaillant les précautions à prendre pour utiliser les équipements et matériaux présentant un risque.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.10.2 Résultat par référence de l'objectif général 10 :

Rédacteurs :	V.SASS	Approbateur :	O. BOUCENNA ; C. GOMIS, Y. AMRI	Date	13/05/2009
--------------	--------	---------------	---------------------------------	------	------------

Constats et niveaux de conformité

SLO.1 :	Une politique de sécurité des personnes et des biens est développée et pilotée en lien avec les instances concernées et les professionnels.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.1.a : La politique de sécurité est définie en cohérence avec le projet d'établissement en s'appuyant sur une évaluation des risques.	La première évaluation des risques de l'établissement date de début 2008. Elle fut mise en œuvre en relation avec la médecine du travail. Cet organisme nous a transmis des supports que les professionnels ont remplis. Ces supports ont été montrés à la médecine du travail. Le plan de prévention des risques tient compte de cette évaluation.	Evaluation des risques professionnels Plan de prévention des risques	B
SLO.1.b : La politique de sécurité fixe des objectifs et s'accompagne de plans opérationnels avec des actions, des moyens et des échéances précis et mesurables.	La politique de sécurité de l'établissement est définie au travers du plan de prévention des risques. Des axes de travail ont été déterminés et correspondent aux besoins de l'établissement et à ceux des personnels. Les actions sont en cours, telles que la formation, l'utilisation des véhicules de l'établissement, la formation continue des encadrants, par les paramédicaux, à l'utilisation du matériel thérapeutique (lève-personne, verticalisateur...)	Axes de travail du plan de prévention des risques Planning de formation à l'usage des véhicules Planning d'intervention sécurité P2S	B
SLO.1.c : Les instances concernées remplissent pleinement leurs attributions.	Le CHSCT de l'Etablissement est organisé avec la participation des personnels, siège de l'Association ... Le regard en direction de l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble des professionnels de la MAS de Limay. La médecine de travail participe à ces réunions. Malheureusement, à ce jour, et ce malgré nos invitations systématiques, l'inspection du travail, n'a pas participé à ces réunions CHSCT.	Comptes rendu CHSCT Courrier de l'inspection du travail	B
SLO.1.d : L'établissement dispose d'un plan de prévention des risques et le met en œuvre.	L'Etablissement a un plan de prévention des risques et le met en œuvre en établissant les objectifs en relation avec le plan de prévention des risques	Plan de prévention des risques	B
Synthèse de la référence	L'Etablissement a mis en œuvre une politique de sécurité des biens et des personnes.		

Propositions d'actions d'améliorations

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs : C. Gomis, O. Boucenna, J. Bisazza, V.Sass	Approbateur :	Date
--	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

SLO 2 :	Les personnels sont informés et formés au respect des règles de sécurité et servent de relais d'information auprès des usagers.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.2.a : Les textes réglementaires et législatifs afférents à la sécurité, sont présents dans l'établissement et portés à la connaissance des intéressés.	Le règlement intérieur de l'établissement est remis au salarié de façon systématique à chaque embauche. Il précise toutes les règles d'hygiène et de sécurité auquel est soumis le personnel de l'établissement. Il figure sur le tableau d'affichage du personnel et dans les unités.	Règlement intérieur Attestation de bonne réception du règlement intérieur du personnel	B
SLO.2.b : Les personnels sont formés régulièrement aux règles de sécurité, ceci dans leur domaine d'activité.	A ce jour l'établissement assure la formation du personnel : - sauveteur et secouriste du travail - sécurité incendie et évacuation - sécurité service incendie en répondant aux obligations légales.	Affichage des personnes formées dans le local SSI Liste des personnes formées	C
Synthèse de la référence	Les textes réglementaires concernant la sécurité sont connus du personnel. Le personnel est formé à ces règles de sécurité en répondant aux obligations légales.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Communication interne	Tenir à jour la liste des personnes formées aux règles de sécurité
Gestion du personnel	S'assurer que tout le personnel embauché ait reçu et signé le règlement intérieur

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	C. Gomis, O. Boucenna, J. Bisazza, V.Sass	Approbateur :		Date	
--------------	---	---------------	--	------	--

Constats et niveaux de conformité

SLO 3 :	Des procédures d'urgence sont opérationnelles pour toutes les situations qui le nécessitent (fugues, situation de violence, accident d'un usager...).		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.3.a : Les situations pouvant conduire à l'écriture de procédures d'urgence sont identifiées et analysées.	En cas de fugue, de violence ou d'accident, les conduites à tenir sont identifiées par le personnel. Elles figurent notamment dans les recommandations médicales notées dans le Bulletin d' Information.	BI	C
SLO.3.b : Les procédures d'urgence sont connues et mises en œuvre.	Il existe actuellement une procédure d'évacuation en cas d'incendie affichée dans le local SSI. Pour les autres urgences, seuls des protocoles individuels existent lorsqu'un de ces cas de figure se présente	Protocoles individuels. Procédure d'évacuation.	B
Synthèse de la référence	Les situations d'urgences sont identifiées mais ne font pas l'objet de procédures écrites. Seuls existent des protocoles individuels.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Sécurité	Afficher et identifier le point de rassemblement en cas de situations d'urgence
Sécurité	Rédiger les procédures d'urgence

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	C. Gomis, O. Boucenna, J. Bisazza, V.Sass	Approbateur :		Date	Le 27/05/2009
--------------	---	---------------	--	------	---------------

Constats et niveaux de conformité

SLO 4 :	L'entretien, la maintenance et la sécurité des bâtiments et des équipements sont assurés.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.4.a : Les prescriptions de la commission de sécurité, des services vétérinaires et des bureaux de contrôles sont mises en œuvre.	La commission de sécurité est assurée par le bureau de sécurité Véritas, les services vétérinaires par la commission vétérinaire de Versailles et l'hygiène alimentaire par la société « Silliker. Une traçabilité atteste des prescriptions et de leur mise en œuvre.	Registre de sécurité. Procès verbaux	B
SLO.4.b : L'établissement dispose d'un cahier de sécurité mis à jour.	L'établissement dispose d'un cahier de sécurité incendie et un registre de sécurité mis à jour quotidiennement et présent dans le local SSI.	Cahier de sécurité. Registre de sécurité.	B
SLO.4.c : Un responsable chargé de la sécurité des bâtiments et des équipements ainsi qu'un suppléant sont désignés et connus des professionnels.	Le responsable et son suppléant sont identifiés et connus des professionnels. Ils assurent quotidiennement l'entretien, la maintenance et la sécurité des équipements et des bâtiments. En cas de problème, les professionnels peuvent interpellé le service technique via les bons d'intervention. Ces bons d'intervention font l'objet d'un suivi informatique. La fiche de poste est formalisée.	Bons d'intervention. Registre de sécurité. Cahier de sécurité incendie. Fiche de poste chef d'entretien	B
SLO.4.d : L'établissement dispose d'un inventaire actualisé des équipements et des dispositifs de sécurité.	L'inventaire actualisé des équipements et des dispositifs de sécurité se situe au niveau du classeur sécurité. L'actualisation et le renouvellement de ces équipements et dispositifs sont mis en place en fonction de la loi en vigueur. La veille législative est assurée par le bureau de contrôle Véritas.	Classeur sécurité. Rapports du bureau de contrôle Véritas	B
SLO.4.e : Les équipements et véhicules qui nécessitent une maintenance sont identifiés et l'exécution des activités de maintenance fait l'objet de contrats précis.	Les équipements nécessitant une maintenance (baignoires, lève-personnes, pèse-personnes, lit-douche, matériels de transferts) sont connus mais ne font pas l'objet de contrats précis. Leur vérification n'est pas encore formalisée. Les véhicules sont vérifiés une fois par semaine par le service technique. Tout besoin de maintenance (plusieurs fois par an) est assuré par un garage agréé mais ne fait pas l'objet d'un contrat précis.	Facturation du garage agréé. Bons d'intervention de « France Reval » Contrat de maintenance	C

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

SLO.4.f : Une programmation des travaux (rénovation des bâtiments, travaux courants...) est établie, en fonction des moyens financiers à disposition.	L'entretien et l'amélioration des locaux suivent l'évolution des obligations légales. Par ailleurs, en vue d'assurer la sécurité des résidents et du personnel, des travaux réguliers sont nécessaires. Aucune programmation au long cours n'existe dans la mesure où l'établissement est récent. Une réunion hebdomadaire permet de planifier les travaux en fonction des besoins.	Facturation des équipements et entreprises extérieures. Bons d'intervention.	B
Synthèse de la référence	L'entretien, la maintenance et la sécurité des bâtiments et des équipements sont assurés périodiquement et bénéficient d'une traçabilité. A ce jour, aucun contrat de maintenance n'est formalisé en ce qui concerne les véhicules et équipements médicalisés.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Véhicules	Questionner sur l'existence éventuelle d'une obligation légale pour des structures comme la nôtre, concernant la maintenance des véhicules ?
Entretien	Mettre en place de maintenance contractualisée pour les équipements médicalisés et les véhicules
Véhicules	Mettre en place d'un cahier de suivi pour chacun des véhicules et pour les équipements.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

SLO 5 :	L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie et les risques majeurs (plans d'évacuation, exercices d'évacuation...)		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.5.a : La réglementation afférente à la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie est connue et appliquée dans l'établissement.	La réglementation afférente à la sécurité est connue de l'ensemble du personnel. Un classeur sécurité incendie est disposé à côté du SSI, accessible et disponible pour l'ensemble du personnel. L'Etablissement a mis en œuvre des formations concernant la sécurité. Des exercices d'évacuation ont été réalisés. Un incident chimique, ayant pour origine une erreur humaine, a eu lieu et a nécessité la mise en œuvre explicite, par l'ensemble des professionnels présents, de la réglementation afférente à la sécurité des biens et des personnes. L'incident n'a eu aucune conséquence grave humaine et matérielle grâce à la très bonne préparation des équipes.	Classeur de sécurité incendie Formation P2S Exercice d'évacuation Incident chimique du 3 juillet 2009	A
SLO.5.b : Les vérifications périodiques sont assurées par des organismes de contrôle et de maintenance dans les domaines réglementés.	Des contrats de maintenance sont souscrits avec différentes entreprises afin de vérifier régulièrement les équipements et les installations de sécurité au sein de l'établissement.	Les contrats de maintenance situés dans le bureau du directeur. Procès verbaux consignés dans le registre de sécurité.	B
SLO.5.c : La signalétique réglementaire en terme de sécurité est mise en place et suivie.	Les plans d'évacuation sont affichés, les signalétiques « issues de secours » et extincteurs sont vérifiées régulièrement. Le point de rassemblement en cas d'incendie est connu et signalisé Un tableau récapitulatif des présences / absences des résidents existe, mais son utilisation n'est pas encore systématique.	Procès verbaux du bureau de contrôle vérifiés, consignés dans le registre de sécurité. Le plan d'évacuation affiché	C
SLO.5.d : Les exercices d'évacuation des personnes et de lutte contre l'incendie sont périodiquement effectués au sein de l'établissement et leurs conclusions consignées.	Depuis 2009, des exercices d'évacuation sont effectués. Leur déroulement est consigné sur un procès verbal dans le cahier de sécurité dans le local SSI. Des gilets "guide fil", "cerf fil", sont disponibles pour être utilisés par le personnel référent. Une boîte rouge est disponible dans le local SSI, avec un trousseau de clef à remettre, à leur demande, aux pompiers. Les clefs de réarmement et des cartouches de CO ² de rechange pour les skydomes, sont disponibles pour réarmer l'ensemble de la sécurité de l'établissement.	Procès verbal figurant dans le registre de sécurité.	B
SLO.5.e : Les connaissances du	La formation sécurité incendie est mise œuvre depuis 2008. D'autres professionnels vont suivre une deuxième formation sécurité incendie en juin	Convocation aux formations sécurité incendie	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

personnel sont régulièrement actualisés dans le cadre de stages et de formations.	2009. Cette formation est actuellement mutualisée avec l'ensemble de l'Association. Les stages de formations permettent aux personnels d'actualiser leurs connaissances tous les ans.	Consigne de sécurité incendie sont sur les tableaux d'affichage avec les numéros d'urgence.	
SLO.5.f : Les risques majeurs sont identifiés.	Les risques majeurs sont identifiés dans le cadre du CHSCT. Au-delà de la question de l'incendie, nous avons la sensibilisation du personnel aux risques biologique, les mesures d'hygiène, la prise en compte de l'espace de l'atelier du service technique au niveau de la sécurité, la gestion des produits chimiques, la sensibilisation du personnel à la question des gestes et postures, la question de la sécurité dans les salles de bains et la sensibilisation sur la conduite des masters.	Document unique p. 17 Formation conduite véhicule Recherche de chaussures adaptées Lingerie achat de matériel adapté (tables amovibles, bacs rehausseurs Automatisation de l'usage des produits pour les machines à laver) Stockage au sous-sol des produits chimiques dans un lieu fermé à clef Installation de détecteurs incendie adaptés dans l'atelier du service technique Formation gestes et posture avec les kinésithérapeutes de l'établissement	B
SLO.5.g : Pour ces risques majeurs, des procédures sont élaborées et connues.	Les procédures luttant contre ces risques majeurs sont identifiées dans le cadre du document unique et du règlement de fonctionnement avec une marche à suivre. Les professionnels sont informés de ces démarches car ils reçoivent systématiquement le règlement de fonctionnement de la MAS à leur embauche.	Article 11 du règlement de fonctionnement Signature de réception du règlement de fonctionnement Planning formation véhicule pour la sécurité	B
SLO.5.h : Pour les risques majeurs, des exercices d'évacuation et de confinement sont périodiquement effectués au sein de l'établissement et leurs conclusions consignées.	Le premier exercice d'évacuation a été mis en œuvre début 2009 avec ses conclusions consignées dans le registre de sécurité. Un incident réel a eu lieu et a permis de constater la maîtrise de la sécurité en cas d'accident. Une programmation des interventions, est inscrite dans le classeur des sociétés intervenant pour les questions de sécurité. Ce classeur est disponible et consultable par l'ensemble des professionnels dans l'armoire à côté du SSI.	Registre de sécurité La main courante Affichage du listing des personnes référentes en cas d'incendie Formation sécurité incendie faite Formation aux premiers secours Formation à l'utilisation des extincteurs	B
Synthèse de la référence	L'établissement assure la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie, au travers de la présence et de l'entretien du matériel de sécurité, de formation du personnel et d'exercice d'évacuation réguliers. Les risques majeurs sont identifiés et les conduites à tenir sont détaillées dans le règlement de fonctionnement et le document unique de prévention des risques professionnels.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Sécurité	Systematiser l'utilisation du tableau de présence des résidents situé dans le local SSI
Communication interne	Communiquer sur l'existence et la fonction du SSI et les procédures d'évacuation en cas d'urgence
Sécurité	Rédiger des procédures, avec photographies, pour faciliter les rôles de chacun en cas d'évacuation d'urgence

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

SLO 6 :	Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.6.a : La restauration est organisée en fonction des besoins de l'utilisateur.	La restauration est adaptée aux besoins alimentaires du résidant. Une diététicienne établit les menus en relation avec les prescriptions médicales. Le suivi est assuré par le cuisinier. Les encadrants vérifient la conformité du repas (haché, mixé, hypocalorique, hypercalorique, sans sel, diabétique, allergies alimentaires...). L'ergonomie des tables à hauteur variable spéciales, pour les fauteuils roulants, et des couverts sont adaptés selon les besoins personnels du résidant. Des plans de table sont établis.	Protocole repas avec prescriptions Cahier suivi des repas par rue Commission menu mensuel Matériels adaptés par l'ergo et les kinés sous forme de protocoles	B
SLO.6.b : Une méthodologie de type H.A.C.C.P. et des contrôles sont mis en place afin de respecter les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire, leurs résultats sont pris en compte.	La méthodologie de type HACCP est appliquée et formalisée sous forme de protocoles présents en cuisine. A chaque préparation de repas, un plat témoin est conservé 10 jours, dans le but de le soumettre à un contrôle des services compétents, inopiné ou sur demande. Un contrôle est effectué au minimum une fois par mois par le laboratoire d'analyse agréé « SILLIKER ». Les procès verbaux sont consignés dans les fichiers COMPAREST situés au secrétariat et en cuisine.	Fichier COMPAREST Procès verbaux SILLIKER. Protocoles affichés en cuisine.	B
SLO.6.c : Il existe une communication interne concernant les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire.	Des communications orales et des indications écrites, sur les conduites à tenir pour respecter les normes d'hygiène et de sécurité alimentaire, ont été transmises à l'ensemble du personnel par le Bulletin d'Information	Bulletin d'information N°24	C
SLO.6.d : Le nettoyage des locaux et la fonction lingerie sont conformes aux règles d'hygiène et de sécurité ainsi qu'aux procédures établies.	Le nettoyage des locaux est sous traité par une entreprise extérieure. Un nettoyage des surfaces est également effectué par les encadrants. Pour la lingerie, un projet d'adaptation des locaux est en cours, afin d'améliorer les conditions d'hygiène du traitement du linge (carrelage de la lingerie à poser à la place du béton nu, et création d'une évacuation d'eau).	Contrat MHP Protocole « organisation de la lingerie » Classeur agent de service intérieur Organisation de la journée	C
SLO.6.e : Les produits dangereux sont	Les produits dangereux sont stockés au sous-sol de façon sécurisée.	Organisation des journées sur les unités.	B

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

maintenus hors de portée des usagers.	En raison de risque d'ingestion de la part de nos usagers, les produits personnels font aussi l'objet d'un stockage sécurisé dans les salles de bain collectives, fermées par digicode.		
SLO.6.f : Le stockage des matériaux combustibles et toxiques, des produits dangereux, des substances médicamenteuses est réalisé dans le respect de la réglementation.	Le stockage des produits chimiques de la balnéothérapie (local technique), des produits lessiviels (réserve sous-sol) et des substances médicamenteuses (infirmerie), est effectué dans des locaux fermant à clef et tous dans des lieux différents. Seules les personnes autorisées peuvent de les utiliser. Un stockage existe dans le la rue 1-2 pour les produits utilisés par les agents de service extérieur. Ce stockage a lieu dans une armoire fermée à clef ayant une ventilation basse et haute.	Les lieux de stockage distinct Des armoires ventilées sont disponibles	C
Synthèse de la référence	L'établissement applique une méthodologie de type HACCP pour la restauration. Le rappel des règles d'hygiène alimentaire est réalisé régulièrement grâce au BI. Les matériaux et produits dangereux sont sécurisés. Cependant il reste à améliorer l'hygiène et les conditions de traitement du linge.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Hygiène et sécurité	Formaliser les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire
Hygiène et sécurité	Formaliser des protocoles concernant l'hygiène et le traitement des surfaces
Hygiène et sécurité	Organiser, en interne, la formation des encadrants
Sécurité	Lister les produits dangereux utilisés dans l'établissement et vérifier leur endroit de stockage
Sécurité	Comparer le fonctionnement de la lingerie avec la réglementation en vigueur

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	C. GOMIS ; J.BISAZZA ; V. SASS	Approbateur :		Date	Le 17/06/09
--------------	--------------------------------	---------------	--	------	-------------

Constats et niveaux de conformité

SLO 7 :	La gestion des médicaments est organisée pour assurer la conformité des traitements.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.7.a : Chaque distribution fait l'objet d'une prescription nominative en conformité avec les bonnes pratiques médicales.	La préparation du traitement médicamenteux des résidents est sous-traitée par une pharmacie qui répond aux prescriptions médicales. La conformité entre la prescription et la préparation est ensuite vérifiée par les infirmières avant la distribution. Tous les traitements sont identifiables dans des piluliers nominatifs et datés.	Prescriptions médicamenteuses. Cahier de suivi, émargé, de la distribution des médicaments.	B
Synthèse de la référence	La distribution et la préparation des médicaments est en conformité avec les obligations légales.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	C. GOMIS ; J.BISAZZA ; V. SASS	Approbateur :		Date	Le 17/06/09
--------------	--------------------------------	---------------	--	------	-------------

Constats et niveaux de conformité

SLO 8 :	Les transports des usagers respectent les procédures établies.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.8.a : Le véhicule est adapté au transport des usagers.	Les véhicules utilisés pour le transport des usagers sont adaptés au handicap des résidents. Ils répondent aux normes de sécurité en vigueur et sont agréés	Carnet du véhicule.	B
SLO.8.b : L'établissement s'assure que les conducteurs sont détenteurs de leur permis de conduire valide et correspondant aux catégories des véhicules.	L'établissement vérifie que les conducteurs soient détenteurs de leur permis de conduire à leur embauche. Le contrat stipule que le salarié doit avertir son employeur en cas de perte ou de suspension de permis.	Photocopie du permis dans le dossier du personnel. Voir contrat de travail des salariés.	B
SLO.8.c : Les conducteurs sont formés à l'utilisation des véhicules.	Des sessions de formation à l'utilisation des véhicules ont eu lieu. Ces formations sont organisées par le service technique pour les encadrants pendant trois quart d'heures sur les temps de réunions. Un petit groupe de deux à quatre personnes sont sollicités.	Feuille de programmation des formations Feuilles d'émargement des formations	B
SLO.8.d : Les conducteurs sont sensibilisés à l'évolution de la réglementation routière.	Une information est dispensée à tous les salariés via le bulletin d'information lorsque la réglementation évolue.	Bulletin d'information n°	B
Synthèse de la référence	L'Etablissement met en œuvre des procédures concernant le transport des usagers. Ces procédures nécessitent d'avantage de détails		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Véhicules	Mettre en place un cahier de suivi de l'entretien des véhicules avec les points de sécurité (niveaux, nombre de ceintures de sécurité, etc...) vérifiés régulièrement.
Véhicules	Prévoir que le contenu de la formation dispensée, apparaisse sur la feuille d'émargement.
Véhicules	faire paraître, systématiquement, l'information dans le BI, et ce, en cas d'évolution de la réglementation routière,

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

SLO 9 :	Les transferts (séjours extérieurs) des usagers sont organisés selon les règles et les procédures en vigueur.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
	<p>Chaque transfert fait l'objet d'un projet qui est soumis à validation par les coordinatrices et l'équipe de direction.</p> <p>Les principaux critères retenus sont :</p> <p>L'autorisation médicale pour chacun des résidents participants.</p> <p>Le maintien de la sécurité des résidents pendant le trajet et sur le lieu du transfert (accessibilité du lieu, encadrement suffisant, identification et notification des lieux d'urgence, prescription du matériel nécessaire adapté, ...)</p> <p>Chaque résident part avec son dossier médical et administratif.</p> <p>Les projets s'articulent autour d'objectifs collectifs et individuels.</p> <p>Des réunions d'informations ont lieu avant le transfert (avec les encadrants participants et les familles concernées).</p> <p>Une autorisation est demandée au représentant légal du résident.</p> <p>Le suivi quotidien du transfert est consigné dans un cahier nominatif pour chacun des résidents.</p>	<p>Modalités d'organisation du transfert pour les résidents</p> <p>Modalités d'organisation du transfert pour les encadrants</p>	B
Synthèse de la référence	L'organisation des transferts des usagers respecte les règles de sécurités et de bon sens		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
----------------------	---

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

SLO 10 :	Les risques liés à la mise en œuvre des activités des usagers sont identifiés et encadrés.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
SLO.10.a : Les machines, les équipements et les zones d'activité sont conformes aux réglementations en vigueur.	L'ouverture de l'établissement date de décembre 2006. Nous avons actuellement encore moins de trois ans d'ouverture. Lors du passage de la commission d'ouverture, l'ensemble des machines, des équipements et des zones d'activités étaient conformes à la réglementation en vigueur. Nous avons, actuellement, fait aucune modification. Les contrôles sont réalisés par la société qui nous a transmis des rapports qui sont suivis au niveau de la sécurité par le responsable du service technique. Nous maintenons un environnement qui doit permettre la plus grande sécurité pour les résidents de la MAS.	Autorisation d'ouverture de l'établissement Rapports Véritas Cahier de suivi du service technique	B
SLO.10.b : Les équipements et les installations qui présentent des risques lors de leur utilisation sont identifiés, les risques qualifiés, les mesures préventives sont prises.	Les installations et équipements qui présentent un risque lors de leur utilisation, sont identifiés dans le cadre du document unique de prévention des risques professionnels.	Document unique de prévention des risques professionnels	B
SLO.10.c : Les risques associés à certaines activités sont qualifiés, communiqués aux personnes concernées et suivis.	Les risques de chute sont identifiés, surtout dans le cadre du nursing, aussi, nous avons acheté des lits douches pour permettre de faire des toilettes en toute sécurité. Certaines activités nécessitant l'usage d'outils, potentiellement, dangereux, nécessitent un encadrement renforcés (esthétique, balnéothérapie, équitation ...). Les sorties de l'établissement sont organisées, autant qu'il est possible, sur la base d'un système d'accompagnement d'un pour un.	L'ensemble du matériel de nursing de la Mas Tous les BI depuis un an Ordres de mission	B
Synthèse de la référence	La MAS de Limay offre aux résidents un environnement qui prend en compte, autant qu'il est possible, la sécurité des usagers dans l'établissement. Reste à détailler la sécurité des équipements pouvant présenter un risque lors de leur utilisation.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Sécurité	Rédiger des protocoles de sécurité, détaillant les précautions à prendre pour utiliser les équipements et matériaux présentant un risque.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.11 Objectif général 11 : développer l'évaluation et l'amélioration de la qualité.

5.11.1 Synthèse pour l'objectif général 11 :

Points forts	L'établissement met en place actuellement, une démarche qualité, dont l'objectif est, l'amélioration de la qualité de prestation proposée aux résidents. Celle-ci commence par la rédaction du rapport d'évaluation interne de l'établissement conformément aux exigences de la loi du 2 janvier 2002. La structure a mis en place une démarche participative, pilotée par une structure de gestion de projet (structure qualité), composée d'un Comité de Pilotage, de groupes de travail et placée sous la responsabilité du directeur.
Points perfectibles	La démarche étant en cours de lancement, la structure qualité n'a pas encore pu formaliser la politique qualité de l'établissement, ni mettre en place d'outils d'évaluation de la qualité de prestation, ou organiser ses actions de communication liées à cette démarche (même si le personnel a été informé du lancement de l'évaluation interne). Enfin les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne sont pas encore appliquées par l'établissement et les usagers doivent être impliqués dans le processus.
Actions prioritaires d'amélioration à entreprendre	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser la politique qualité en indiquant la place centrale du résident dans la démarche, en cohérence avec les orientations associatives. - Impliquer les usagers dans le cadre des actions d'amélioration et dans le cadre de l'évaluation interne. - Formaliser un plan d'action pour chaque action d'amélioration, et un plan d'action pluriannuel. - Assurer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles aux membres du personnel - Vérifier que les procédures et méthodes d'accompagnement de l'établissement tiennent compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Publier un plan de communication détaillant l'ensemble des actions de communication à réaliser auprès des professionnels, des usagers concernant la démarche qualité.

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

5.11.2 Résultat par référence de l'objectif général 11 :

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

EAQ.1 :	Une politique qualité est définie et intégrée au projet d'établissement.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.1.a : Les objectifs définis dans la politique qualité, sont cohérents avec les missions de l'établissement, les axes de développement du projet d'établissement et le projet associatif.	Il n'existe pas de politique qualité formalisée aujourd'hui dans l'établissement. Cependant la démarche a pour objectif l'amélioration de la prise en charge des résidents, ce qui constitue le fondement de la prise en charge de l'établissement en cohérence avec les valeurs associatives.	/	C
EAQ.1.b : La politique qualité affirme la position centrale de l'usager dans la mise en œuvre de la démarche qualité.	La démarche ayant pour objectif premier, l'amélioration de la qualité de prestation proposée aux résidents, elle fait donc, de l'usager le principal bénéficiaire des actions entreprises par l'établissement. Le projet d'établissement affirme et confirme que le résident est au centre de l'accompagnement de la MAS.	/	C
EAQ.1.c : La politique qualité favorise l'implication de l'ensemble des professionnels.	La démarche qualité est basée sur un mode de management participatif, puisque les professionnels sont incorporés dans les groupes de travail chargés de réaliser l'évaluation interne. Le même principe sera utilisé pour la démarche d'amélioration de la qualité.	/	C
Synthèse de la référence	Une politique qualité existe, mais n'est pas formalisée. Elle place le résident au centre de la démarche et a pour vocation l'amélioration de la qualité des prestations proposées.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion de la qualité	Formaliser la politique qualité en incluant la place centrale du résident dans la démarche, en cohérence avec les orientations associatives.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

EAQ 2 :	L'utilisateur est impliqué dans la démarche d'amélioration de la qualité.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Éléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.2.a : L'établissement sollicite l'avis de l'utilisateur concernant l'amélioration de la qualité des prestations qui lui sont proposées.	L'établissement conduit actuellement son évaluation interne. Les utilisateurs ont été sollicités au travers d'un questionnaire orienté vers les familles, le retour de ce questionnaire nous éclaire sur leur appréciation de l'ensemble des pôles de l'établissement.	Questionnaire de satisfaction	C
EAQ.2.b : L'établissement informe l'utilisateur de l'avancée de la démarche.	Les utilisateurs n'ont pas encore été informés de l'avancée de l'évaluation interne. Le résultat du questionnaire de satisfaction est en cours de diffusion. Un courrier est cependant prêt et sera envoyé dans les prochaines semaines.	/	D
Synthèse de la référence	L'utilisateur n'est pas encore impliqué dans la démarche qualité.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
	Impliquer les utilisateurs dans le cadre des actions d'amélioration et dans le cadre de l'évaluation interne.

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Constats et niveaux de conformité

EAQ 3 :	La démarche d'amélioration de la qualité est pérenne et opérationnelle.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.3.a : Les professionnels impliqués sont formés aux méthodologies de la démarche qualité.	Les professionnels faisant partie du COPIL ont été formés par un intervenant extérieur. Ils se sont ensuite chargés de former les professionnels membres des groupes d'évaluation interne.	Calendrier d'intervention ABAQ	B
EAQ.3.b : Une structure de gestion de projet (précisant rôles, fonctions et responsabilités) est formalisée et en place.	Une structure de gestion de projet est mise en place, composée d'un COPIL, de groupes de travail, sous la responsabilité du Directeur de l'établissement.	Plan d'action d'évaluation interne page 2 à 4	B
EAQ.3.c : L'établissement élabore, met en œuvre et évalue des plans d'amélioration annuels et pluriannuels.	L'établissement est en train de réaliser son évaluation interne. En cela, il n'a pas encore mis en place d'action d'amélioration.	/	D
EAQ.3.d : La traçabilité de la mise en œuvre de la démarche qualité existe.	L'établissement dispose d'un modèle de compte rendu, mais n'en a pas encore instauré l'automatisme pour à toutes les réunions. Il existe des fiches d'émargement pour les participants aux groupes de travail, mais pas mise en place de manière automatique. Le site de la MAS est prêt à accueillir cette traçabilité au travers d'un logiciel freeware qui se nomme moodle	Fiche d'émargement www.masdelimay.org	C
Synthèse de la référence	La démarche qualité se lance puisque l'établissement est en train de réaliser son évaluation interne. La démarche ne peut donc pas être considérée comme pérenne, même si un management par la qualité à été mis en place pour garantir la continuité de la démarche dans le temps.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion de la qualité	Formaliser un plan d'action pour chaque action d'amélioration, et un plan d'action pluriannuel.
Gestion de la qualité	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mettre en place les fiches d'émargement pour les réunions de groupe de travail 2) mettre en place un compte rendu pour chaque réunion.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

EAQ 4 :	Les outils de gestion de la qualité, dont l'évaluation, la gestion des dysfonctionnements et les indicateurs sont opérationnels.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.4.a : Les informations concernant la mise en œuvre de la démarche qualité sont régulièrement collectées (audits, évaluations, enquêtes de satisfaction, signalements des dysfonctionnements...).	L'établissement est en train de réaliser son évaluation interne. Il a donc priorisé la mobilisation de ces ressources sur ce thème. Les audits, évaluations et enquêtes ne sont donc pas encore mis en œuvre, finalisés et diffusés.	/	D
EAQ.4.b : Les informations collectées sont traitées et analysées et permettent de piloter la démarche qualité (indicateurs, tableaux de bord).	Il n'y a pas encore d'outils d'évaluation mis en place, l'établissement ne peut donc pas en faire d'analyse actuellement.	/	D
Synthèse de la référence	L'établissement n'a pas encore mis en place d'outils d'évaluation, étant en train de se concentrer sur la conduite de son évaluation interne.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion de la qualité	Mettre en place des outils d'évaluation de la qualité de prestation (enquête de satisfaction, audits, évaluations, gestion des dysfonctionnements...)
Gestion de la qualité	Analyser les résultats des évaluations conduites et utiliser ces conclusions pour enrichir le plan pluriannuel d'action d'amélioration.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
 C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

EAQ 5 :	L'établissement prend en compte les recommandations et bonnes pratiques professionnelles.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.5.a : L'établissement assure une veille concernant la parution de guides ou de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Le directeur assure la veille concernant la parution des guides de recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur le site de l'ANESM. Il se charge de les récupérer et de les archiver, tout en les rendant disponibles, sur le site internet de la MAS.	www.masdelimau.org	C
EAQ.5.b : L'établissement organise leur diffusion auprès des professionnels.	La diffusion des guides n'a pas encore été mise en place ni organisée, l'établissement préférant se concentrer sur la conduite de l'évaluation interne pour l'instant. Ces guides sont, malgré tout, disponibles sur le site internet de la MAS en accès libre.	www.masdelimay.org	C
EAQ.5.c : L'établissement s'assure de leur prise en compte dans ses différentes procédures.	L'établissement ne tient, actuellement, pas compte des recommandations de bonnes pratiques dans ses procédures, ou alors de manière fortuite. Il n'a pas mis en place de système lui permettant de vérifier, ou de faire évoluer, si nécessaire, ses procédures, en fonction des recommandations de l'ANESM.	/	D
EAQ.5.d : L'établissement évalue le respect des recommandations et guides de bonnes pratiques.	L'établissement n'évalue pas le respect des recommandations, puisqu'il n'a pas encore pu les mettre en place.	/	D
Synthèse de la référence	L'établissement ne tient pas compte des recommandations de bonnes pratiques, puisqu'il se concentre en ce moment sur la rédaction de son rapport d'évaluation interne. Seules les recommandations liées à la conduite de l'évaluation interne sont mises en œuvre, puisqu'elles font parties de la méthodologie proposée par le prestataire extérieur.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Bonnes pratiques professionnelles	Assurer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles aux membres du personnel
Bonnes pratiques professionnelles	Vérifier que les procédures et méthodes d'accompagnement de l'établissement tiennent compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Bonnes pratiques professionnelles	Evaluer le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

Rédacteurs :	Approbateur :	Date
--------------	---------------	------

Constats et niveaux de conformité

EAQ 6 :	L'établissement organise une communication sur sa démarche qualité et ses résultats.		
index	Faits observés (éléments factuels en place)	Eléments de preuves recensés	cotation (A, B, C, D)
EAQ.6.a : L'ensemble de la démarche qualité fait l'objet d'informations ciblées aux professionnels, aux usagers ainsi qu'aux partenaires.	Une réunion d'information s'est déroulée, concernant le lancement de la démarche d'évaluation interne. Cette information a été transmise au cours d'une réunion institutionnelle qui s'est déroulée le 6/03/09.	Planning général Bulletin d'Information n°8 du 3/03/08 au 10/03/08	C
Synthèse de la référence	L'établissement a réalisé une communication autour du lancement de la démarche d'évaluation interne. Cependant cette communication n'est pas encore organisée formellement.		

Propositions d'actions d'améliorations

Intitulé de l'action	Descriptif de l'action d'amélioration et échéance
Gestion de la qualité	Publier un plan de communication détaillant l'ensemble des actions de communication réalisées auprès des professionnels ; les usagers concernant la démarche qualité.

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
--------	-------------------------------------	--------------------------------

6. Synthèse générale

6.1. Résultats globaux du rapport d'évaluation interne :

Points forts	<p>L'établissement dispose de tous les documents exigés par la loi du 2 janvier 2002. Il considère le respect des droits et liberté (intégration sans discrimination, respect de l'intimité, de l'intégrité physique et morale, lutte contre la maltraitance), le développement du lien social des usagers comme étant ses priorités. La MAS s'attache à proposer un accompagnement adapté et individualisé à chaque résidant, grâce notamment à l'évaluation initiale de leurs besoins et aux projets individuels qui en découlent. Les professionnels sollicitent constamment la participation de l'usager à la construction et à la mise en œuvre de sa prise en charge. Les partenaires et le réseau de l'établissement lui permettent d'enrichir ses projets individuels. Le dossier unique que l'établissement crée et tient à jour pour chaque usager permet d'assurer la continuité, la cohérence et la sécurité de la prise en charge proposée. Les professionnels sont attentifs au bien-être des usagers et au cadre de vie proposé.</p> <p>Le projet d'établissement présente l'ensemble de l'organisation et des prises en charge proposées par la structure. Afin de permettre le développement de son réseau, l'établissement organise et participe à de nombreuses manifestations afin de se faire connaître ; il a, de plus, développé des outils de communication permettant au grand public de l'identifier.</p> <p>La gestion budgétaire et la gestion des ressources humaines mises en place par l'établissement, cohérentes avec les directives du siège, permettent de garantir l'effectivité des prises en charge et la bonne gestion de la structure.</p> <p>La direction et les professionnels apportent une attention toute particulière à la sécurité des usagers dans l'établissement au travers de l'entretien réalisé sur les bâtiments et équipements, des formations et exercices incendie, du respect des règles d'hygiène...</p> <p>Enfin l'établissement initie en ce moment, par la publication de ce rapport, une démarche qualité conforme aux exigences légales, pilotée par une structure qualité dédiée.</p>
Points perfectibles	<p>L'établissement n'a pas mis en place de CVS, dans l'attente des travaux menés au niveau associatif, en collaboration avec les directeurs. Il est en cours de formalisation des processus de prise en charge qu'il met en œuvre auprès des usagers (accueil et admission à réactualiser, procédures d'urgence, gestion du dossier de l'usager (architecture, contenu, stockage, archivage) à formaliser, conception du projet individuel à diffuser). L'impact des prises en charge réalisées dans le cadre du projet individuel n'est pas évalué et la signature du projet individuel à la place d'un avenant limite le détail de celui-ci. Le dossier papier existant aujourd'hui pose parfois des difficultés de consultation aux personnels, lesquels manquent de temps pour cela. De même, certains outils de recueil de la parole de l'usager au quotidien peuvent manquer pour assurer une traçabilité des demandes des personnes.</p> <p>Le projet d'établissement, conçu par l'association pour l'ouverture de l'établissement ne présente pas d'axes de développement de manière explicite, sa vocation étant à l'origine de permettre la mise en place des organisations et prises en charge prévues.</p> <p>L'établissement ne s'est pas inscrit actuellement dans une démarche de développement durable.</p> <p>Certains outils de management n'ont pas encore été mis en œuvre par l'établissement (entretiens annuels d'évaluations, analyse de la pratique, démarche d'amélioration continue de la qualité pérenne...) et celui-ci n'a pas pu procéder à l'élection des délégués du personnel jusqu'à présent.</p> <p>Il reste enfin à l'établissement, dans le cadre de la démarche qualité qu'il débute aujourd'hui, à prendre en considération (ou pas) les guides de recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM.</p>

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

<p>Actions d'améliorations à entreprendre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le CVS après élaboration au sein de l'Association AGEHVS • Actualiser la procédure d'admission dans ses étapes de déroulement et qu'elle soit accessible aux professionnels de la MAS et aux demandeurs. • Former le personnel sur la violence et la maltraitance des usagers. • Veiller à l'appropriation continue de la procédure de signalement des maltraitances, interne à l'établissement • Ajouter un avenant au contrat de séjour à chaque réactualisation du projet individualisé et le faire signer à l'utilisateur ou sa famille à la place du projet individuel comme actuellement • Formaliser la procédure d'évaluation du projet individuel : déterminer les champs à évaluer (effectivité, pertinence des prises en charges, efficacité des prises en charge, méthode de création du projet...) et déterminer les modalités de mise en œuvre des ces évaluations. • Passer à un dossier informatisé est indispensable pour résoudre les difficultés rencontrées tout en respectant la confidentialité. La nécessité de tracer la consultation des nouvelles informations est aussi indispensable pour maintenir une qualité de la continuité de l'accompagnement. • Rédiger les procédures de consultation et d'utilisation du dossier • Formaliser l'architecture et le contenu du dossier de l'utilisateur • Mettre en place des outils permettant de relever les attentes et projets des usagers exprimés dans le quotidien • Faire apparaître les orientations stratégiques de l'établissement dans le PE et les planifier dans le temps, en les déclinant par année. • Formaliser la procédure d'accueil et d'intégration des professionnels • Organiser et Programmer les entretiens annuels : Finaliser la mise en place des entretiens annuels d'évaluation du personnel. • Créer 'un système d'analyse de pratiques professionnelles • Réaliser les élections des DP • Rédiger les procédures d'urgence • Formaliser un plan d'action pour chaque action d'amélioration, et un plan d'action pluriannuel. • Vérifier que les procédures et méthodes d'accompagnement de l'établissement prennent en considération comme des recommandations les bonnes pratiques professionnelles au bénéfice des usagers
--	---

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

6.2. Axes du programme pluri annuel d'amélioration de la qualité :

Titre de l'action d'amélioration	Descriptif de l'action d'amélioration	Références dans le rapport d'évaluation	Court terme (1 an) et priorité	Moyen terme (2-3 ans)	Long terme (> 3 ans)	Moyens nécessaires (temps, formation...)	Coût éventuel associé
	Mettre en place le CVS		X			Néant	Néant
	Actualiser la procédure d'admission dans ses étapes de déroulement et qu'elle soit accessible aux professionnels de la Mas et aux demandeurs ;		X			Néant	Néant
	Former le personnel sur la violence et la maltraitance		X			Formation	2000 à 5000€
	Veiller à l'appropriation continue de la procédure de signalement des maltraitances, interne à l'établissement		X			Bulletin d'information	
	Ajouter un avenant au contrat de séjour à chaque réactualisation du projet individualisé et le faire signer à l'utilisateur ou sa famille à la place du projet individuel comme actuellement		.	X		néant	
	Formaliser la procédure d'évaluation du projet individuel : déterminer les champs à évaluer (effectivité, pertinence des prises en charges, efficacité des prises en charge, méthode de création du projet...) et déterminer les modalités de mise en œuvre de ces évaluations			X		Temps travail de l'équipe accompagné par le COFIL	
	Le passage à un dossier informatisé est indispensable pour résoudre les difficultés rencontrées tout en respectant la confidentialité. La nécessité de tracer la consultation des nouvelles informations est aussi indispensable pour maintenir une qualité de la continuité de l'accompagnement		X			Achat Logiciel Yumi technologie effectué, nécessité de former le personnel	Utiliser en partie les 16000€ restant sur le plan de formation 2010
	Procédures de consultation et d'utilisation du dossier à écrire		X			Effectué	Néant
	Formaliser l'architecture et le contenu du dossier de l'utilisateur		X			Effectué	Néant
	Formaliser la procédure d'accueil et d'intégration des professionnels		X			Effectué	Néant

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;

C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;

AGEHVS	Rapport d'évaluation interne	N° : EAQ-F-01 Version : 1.0
---------------	-------------------------------------	--------------------------------

	Organiser et Programmer les entretiens annuels : Finaliser la mise en place des entretiens annuels d'évaluation du personnel			X		Cadres de la MAS	Néant
	Création d'un système d'analyse de pratiques professionnelles				X	Formation	2000 à 5000€
	Réaliser les élections des DP		X			Effectué	
	Rédaction des procédures d'urgence		X			Effectué	
	Formaliser un plan d'action pour chaque action d'amélioration, et un plan d'action pluriannuel			X		COFIL	Néant
	Vérifier que les procédures et méthodes d'accompagnement de l'établissement prennent en considération comme des recommandations les bonnes pratiques professionnelles au bénéfice des usagers				X	COFIL	Néant

A : pratique maîtrisée (faisant l'objet de mesure, analyse, amélioration) ; B : pratique conforme et formalisée ;
C : pratique conforme et non formalisée ; D : pratique non conforme, ou non réalisée ou partiellement réalisée ;