



RAPPORT

Evaluation externe **du**

CSAPA « EN AMBULATOIRE » **de**

L'association « Le Mail »

80000 - Amiens

Destinataire	JEANSON Patricia Directrice
Evaluateur externe expert des organisations de l'économie sociale Certifié AFNOR	VAUGARNY - CLARHAUT Magali 12013999
Chef de mission Evaluateur externe expert des organisations de l'économie sociale Certifié AFNOR	CLARHAUT - VERROUST Roselyne 1101182 Et 91101182
Référence client	RCV 00318

« L'évaluation, un regard sur la qualité de vos prestations, un levier d'amélioration, de progrès »

Anesm¹

¹ Postulat lancé par l'ANESM le 29 juin 2011 lors de sa journée d'information.

Sommaire

Introduction	4
Première partie Elements de cadrage et description de la procédure d'évaluation	7
Section – I – Eléments de Cadrage.....	8
Paragraphe – I – Présentation du Commanditaire.....	8
A –L'organisme gestionnaire	8
B – Les objectifs opérationnels de l'organisme gestionnaire	8
C – Présentation de l'établissement et ses agréments.....	9
D - Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ESSMS	10
E - Les textes législatifs et réglementaires de référence	12
F – Le contexte environnemental	16
Paragraphe –II- Description de la procédure d'évaluation	17
A – Le cadre légal de l'évaluation (article L312-8).....	17
B - Orientation de l'évaluation externe.....	18
C – Le déroulement de la démarche d'évaluation externe.....	20
D - Thématiques exigées par le cahier des charges pour l'évaluation externe (décret n° 2007-975)	21
E - Méthodologie du recueil d'informations auprès des usagers	21
Paragraphe III -Les développements informatifs	21
A – Les missions de l'établissement.....	22
B – L'étude de la population accueillie	22
C – L'Offre de prestations aux usagers.....	28
D – Les partenariats et l'ouverture sur l'extérieur	28
E – Les ressources humaines	29
F – Les orientations du service	30
Deuxième partie Questionnaire Evaluatif et Analyse.....	37
Paragraphe –I- Questionnaire évaluatif et son analyse détaillée	38
A - Le plan du questionnaire évaluatif.....	38
B - Analyse selon le SWOT.....	40
Paragraphe –II - Conclusion	118
Les Annexes.....	120
CV des évaluateurs et déclarations sur l'honneur.....	120
Contrat	120
Planning d'intervention	120
Liste des pièces et documents transmis, étudiés et pris en compte	120
Abrégé et synthèse de l'ANESM.....	120

INTRODUCTION

A.C.E Audit-Conseils-Evaluation est un organisme habilité par l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) sous le numéro H2011-03-722 pour effectuer les évaluations externes.

La méthode et les étapes des évaluations réalisées par *A.C.E Audit-Conseils-Evaluation* sont détaillées dans les chapitres suivants et déroulées dans les différents tableaux. Elles sont strictement conformes aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Un comité de suivi de l'évaluation externe peut-être mis en place par le responsable de l'ESSMS. « Sa création ou non sera précisée dans le contrat passé avec l'organisme habilité, en mentionnant dans la première hypothèse sa composition. Lorsqu'il existe, il recueille en tant que de besoin les avis des professionnels et des usagers et en fait part à l'évaluateur au cours des étapes de l'évaluation ».²

L'évaluation externe n'est pas une évaluation des pratiques individuelles. Elle porte sur la globalité des prestations et des activités qui sont un ensemble d'actions et d'interventions organisées autour de un ou plusieurs objectifs ainsi que le dispose l'annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) au chapitre 4 sections I-1.2.

L'évaluation est une comparaison entre la réalité de terrain et les modèles de référence (décret 2007-975 - Code de l'action sociale et des familles - recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM - attentes et exigences des usagers et des familles - Charte des droits et libertés - circulaires ministérielles ou DGAS - circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 et des derniers décrets publiés portant les numéros 2012-82 et 2012-147 - cahier des charges de l'agrément qualité pour les services à la personne), ainsi que les normes HACCP et RABC.

Ces modèles de références, encore appelés méta-modèles, vont contraindre l'établissement dans son organisation. Toutes les dispositions prises en interne, et les référentiels appliqués doivent satisfaire aux exigences des modèles de référence.

Pour que l'organisation fonctionne efficacement, les modèles de référence sont traduits en modèles internes compréhensibles par les diverses catégories de personnel. On trouve dans ces modèles internes le projet d'établissement, le projet associatif, les projets individualisés, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, les processus, protocoles et procédures...

L'évaluation externe consiste donc à détecter les écarts entre les modèles de référence et la réalité du terrain. Cette réalité de terrain étant traduite par les comptes rendus de réunions, les plannings, les cahiers de transmissions, les relevés de problèmes, la liste des actions d'améliorations perçues lors de l'évaluation externe au travers des entretiens individuels et collectifs, des visites et constats.

Le travail de l'évaluateur sera de faire apparaître les écarts existants avec les recommandations des modèles de référence, ainsi que les points à approfondir (parties floues, incomplètes ou incohérentes) qui demanderont un examen plus précis sur le site.

Les champs de l'évaluation interne et externe sont les mêmes.

²Annexe 3-10 du CASF chapitre 3 - section III - 3.3

Tableau récapitulatif des points clefs de l'évaluation

ELEMENTS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT	
Etablissement	CSAPA AMBULATOIRE de l'association « Le Mail »
Adresse	18 rue Delpech 80004 -AMIENS
Téléphone	03.60.12.26.28
Organisme gestionnaire	Association Le Mail
Directrice	Patricia Jeanson
Numéro SIRET	311 275 499 00037
Numéro FINESS	800006157
Population accueillie	Personnes dépendantes aux drogues licites, illicites et sans substances
Nombre de places	File active (2015 : 1084 consultations)
Autorité de contrôle et de tarification	ARS
Budget 2016	1 400 000.00 €
ELEMENTS CONCERNANT LA MISE EN CONCURRENCE	
Date de publication	14/12/2016
Date de réponse de l'Organisme Habilité	02/01/2017
Date d'acceptation du marché	03/01/2017
Date de signature des contrats	05/01/2017
Date d'envoi des 9 pièces techniques	16/01/2017
ELEMENT CONCERNANT LA REALISATION DE L'EVALUATION EXTERNE	
Transmission du questionnaire évaluatif	27/01/2017
Transmission du plan d'intervention	Réalisé par le commanditaire le 23/01/2017
Validation du plan d'intervention	
Validation du questionnaire évaluatif	07/02/2017
Réunion d'ouverture	07/02/2017
Visite sur site	07/02/2017 au 08/02/2017
Visite de nuit	07/02/2017
Réunion de clôture	08/02/2017
Envoi du pré-rapport	27/02/2017
Retour du pré-rapport corrigé	15/03/2017
Envoi du rapport définitif	20/03/2017
Remise du rapport au comité de pilotage	22/03/2017

PREMIERE PARTIE

ELEMENTS DE CADRAGE ET DESCRIPTION DE LA

PROCEDURE D'EVALUATION

Section – I – Eléments de Cadrage

Paragraphe – I – Présentation du Commanditaire

A – L'organisme gestionnaire

Créée en 1975 sous l'appellation "Drogue 80", l'association est régie par loi 1901. Elle est à but non lucratif. Sa mise en place se fait sur la base du bénévolat. Depuis elle s'est complètement professionnalisée. Dès sa création elle est spécialisée dans le secteur de l'addictologie. Les étapes importantes de son histoire sont :

- 1982 – 1983 : ouverture d'un centre de postcure à Bovelles avec l'acceptation du Conseil général,
- 1984 -1985 : l'équipe, au regard de l'apparition du Sida, en lien avec le CHU accueille des résidents séropositifs et exprime le besoin de mettre en place un « projet thérapeutique.
- 1986 : Fermeture de la postcure au regard de problème de violence des résidents entre eux.
- 1989 : Restructuration de l'association et mise en place des outils jugés indispensables. Un projet de service est mis en œuvre. Le conseil d'administration est restructuré.
- 1992 – 1993 : mise en forme de contrat de soins précis avec la justice,
- 1995 : l'association change de nom et devient « Le Mail »,
- 1996 : recrutement du premier médecin.

Suivront dans la foulée les innovations suivantes :

- Création de « La Parenthèse »,
- Installation d'automates, échangeurs distributeurs de seringues,
- Développement du travail de rue et notamment l'errance des jeunes,
- Création d'une unité mobile
- Travail de réflexion avec les professionnels alcooliers se concrétisant par une interdiction de vendre de l'alcool à des mineurs et qui a été généralisé sur l'ensemble du territoire Français.

Les objectifs de développement de l'association sont :

- Réaffirmer la volonté de maintenir et de développer la prévention au sein des structures éducatives,
- Maintenir notre place en tant qu'acteur du dispositif de prévention et de soins en addictologie,
- Développer la complémentarité dans l'approche et la compréhension des mécanismes de l'addiction et dans l'offre de service,
- Favoriser l'émergence de dispositifs innovants en adéquation avec l'évolution des besoins du public,
- Développer les compétences des personnels par la formation,
- Renforcer les liens entre le CA et les salariés, notamment les chefs de service.

B – Les objectifs opérationnels de l'organisme gestionnaire

Les missions de l'association le Mail sont dirigées vers les personnes présentant des conduites addictives liées à la consommation de substances :

- licites : telles que l'alcool, le tabac, les traitements médicamenteux détournés de leur usage,
- illicites : telles que l'héroïne, le cannabis, la cocaïne...,
- ou liées à certains comportements tels que les jeux d'argent, des achats compulsifs, les jeux vidéo.

Pour réaliser ces missions, l'association s'est fixé des objectifs qui sont :

- Mettre en place des missions qui concernent tous les produits, tout le territoire et s'adresse à tous les publics,

- Prolonger et conforter le travail déjà réalisé concernant l'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux mineurs et la prise en charge des plus jeunes qui s'alcoolisent et ou consomment des médicaments.
- Etre attentif aux adultes qui consomment seuls,
- Conduire la prévention face à l'augmentation de la consommation de cocaïne et d'autres produits toxiques qui nourrit une économie souterraine,
- Mettre en œuvre la prévention des jeunes et des adultes à différents niveaux :
 - les jeunes qui consomment sans risque physique apparent et nécessitent une approche pour en parler,
 - ceux qui sont déjà des consommateurs et trouvent un équilibre psychique pouvant adopter une attitude de déni lorsque l'on va vers eux,
 - ceux qui rechutent ou sont en permanence « dedans » et qui ont besoin de soins thérapeutiques.

Pour cela l'association « Le Mail » comprend plusieurs services :

- un CSAPA ambulatoire
- Un CSAPA avec hébergement déployé sur 2 unités : une Unité Mixte et une UMN (unité mère-nourrisson),
- Les missions des CSAPA sont :
 - l'accueil,
 - l'information,
 - l'évaluation de la situation de la personne reçue,
 - la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative,
 - la réduction des risques
 - l'orientation vers des structures plus adaptée si nécessaire.
- Un CAARUD (centre d'accueil d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues).
- Une équipe de Prévention

C – Présentation de l'établissement et ses agréments

Le CSAPA Ambulatoire a été autorisé à exercer le 31/03/2010. Il est depuis 1996 un centre « Méthadone ».

En 2004 il est promu en « consultations cannabis » dans le cadre de la campagne MILDT sur le thème « Le cannabis est une réalité ».

Cette campagne MILDT a également amené le CSAPA Ambulatoire à travailler autrement dans la rue, en ciblant plus particulièrement les jeunes potentiellement consommateurs de cannabis.

C'est en 2008 que la CSAPA Ambulatoire inaugure son unité mobile. Dans un premier temps, ce véhicule équipé développait la prévention et la réduction des risques sur les territoires non couverts. Depuis septembre 2009, ce véhicule est utilisé pour des consultations avancées sur les cantons sud et sud-est du département. Le véhicule est aménagé en deux bureaux permettant la réalisation d'entretiens individuels effectués par une psychologue et un éducateur.

Les finalités du CSAPA Ambulatoire sont orientées sur deux axes de travail :

- le thérapeutique : s'articulant autour du suivi socio-éducatif, du soutien psychologique et de la prise en charge médicale,
- une aide à la réinsertion sociale et professionnelle.

Pour atteindre ces finalités, le CSAPA s'est fixé des objectifs qui sont de permettre à chaque personne accompagnée, selon son rythme, d'élaborer et mettre en œuvre avec les outils proposés :

- la gestion de ses dépendances,
- la sortie de sa pharmacodépendance,
- le retour à une citoyenneté pleine et entière.

L'équipe mobile est intervenue en 2015 sur les communes suivantes:

RANG	COMMUNE	Nombre de nouveaux
1	ROYE	41
2	POIX	36
3	MONTDIDIER	29
4	CONTY	27
5	AIRAINES	24
6	DOULLENS	17
7	AILLY S/NOYE	13
8	GAMACHES	12
9	ROSIERES-EN-SANTERRE	10






D - Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ESSMS

Parmi les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, celles qui concernent votre ESSMS sont :

Thèmes des RBPP	Concerne vos ESSMS
N°1 : Les fondamentaux	
1.1 La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre	OUI
1.2 Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	OUI
N° 2 : L'expression et la participation des usagers	
2.1 Expression de la participation des usagers des établissements relevant de l'inclusion sociale	Non concerné
2.2 La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie	OUI
2.3 Accompagner l'accès aux droits des personnes accueillies dans les établissements et services du secteur de l'inclusion sociale relevant de l'article L 312-1 du CASF	Non concerné
2.4 Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.	OUI
2.5 L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance	Non concerné
N° 3 : Les points de vigilance, la prévention des risques.	
3.1 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Non concerné
3.2 Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses	Non concerné
3.3 Mission du responsable du service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.	OUI
3.4 : Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP	Non concerné
N° 4 : Le soutien aux professionnels.	
4.1 Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.	OUI
4.2 L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducatifs spécialisés et de soins à domicile (SESSAD)	Non concerné
4.3 La conduite de l'évaluation interne dans les établissements visés à l'article L 312-1 du CASF	Non concerné
4.4 La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF	OUI
4.5 Le partage de l'information à caractère secret en protection de l'enfance (secret partagé : loi 2007 uniquement enfance)	OUI

Thèmes des RBPP	Concerne vos ESSMS
4.6 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. <i>(prospectives des besoins pour impacter le plan de formation)</i>	OUI
4.7 L'évaluation interne : Repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Non concerné
4.8 Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. <i>(Recommandation commune à la HAS et à l'ANESM)</i>	Non concerné
4.9 Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autismes ou autres TED (troubles envahissants du développement)	Non concerné
4.10 L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes	Non concerné
4.11 L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur : jeune majeur en cours de mesure	Non concerné
4.12 Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT	Non concerné
4.13 La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)	Non concerné
4.14 Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	Non concerné
4.15 L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives	Non concerné
4.16 Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur	Non concerné
4.17 Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/ service de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives.	Non concerné
4.18 La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.	Non concerné
4.19 Evaluation interne : repères pour les établissements et services relevant de l'inclusion sociale.	Non concerné
4.20 Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques	Non concerné
4.21 Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile	Non concerné
4.22 Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet EHPAD	Non concerné
4.23 Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet Résidences Autonomie	Non concerné
4.24 Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	Non concerné
N° 5 : Les relations avec l'environnement.	
5.1 Les relations avec l'environnement : ouverture de l'établissement à et sur son environnement <i>(ouverture interne et externe)</i>	OUI
N° 6 : Les relations avec la famille ou les proches.	
6.1 Les relations avec la famille ou les proches L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre d'un placement <i>(par le juge et les parents ont toujours l'autorité parentale)</i>	Non concerné
6.2 Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladies chroniques, vivant à domicile.	Non concerné
N° 7 : La qualité de vie.	
7.1 L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissements médico-sociaux <i>(elles ne sont pas toutes en EHPAD)</i>	Non concerné
7.2 La qualité de vie en EHPAD : volet 1 de l'accueil de la personne à son accompagnement	Non concerné
7.3 La qualité de vie en EHPAD : volet 2 : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	Non concerné
7.4 La qualité de vie en EHPAD : volet 3 : la vie sociale des résidents en EHPAD	Non concerné
7.5 La qualité de vie en EHPAD : Volet 4 : accompagnement personnalisé de la santé du Résident	Non concerné
7.6 Les attentes de la personne et le projet personnalisé <i>(projet d'accueil et d'accompagnement)</i>	OUI
7.7 Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement <i>(pour les établissements qui ont une mixité de la vie privée et de la vie collective).</i>	Non concerné

Thèmes des RBPP	Concerne vos ESSMS
7.8 La qualité de vie en MAS –FAM : volet 1 : expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté.	Non concerné
7.9 La qualité de vie en MAS –FAM : volet 2 : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs	Non concerné
7.10 La qualité de vie en MAS-FAM : volet 3 : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement	Non concerné
7.11 L'accompagnement à la santé de la personne handicapée.	Non concerné
7.12 Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement	Non concerné
7.13 L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes	Non concerné
7.14 Repérage des déficiences sensorielles et l'accompagnement des personnes atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet EHPAD	Non concerné
7.15 Repérage des déficiences sensorielles et l'accompagnement des personnes atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Résidence Autonomie	Non concerné
7.16 Les espaces de « calme-retrait » et d'apaisement	Non concerné

	Code couleur ANESM	Secteurs
	Bleu	Tous secteurs
	Violet	Personnes âgées
	Rouge	Personnes Handicapées
	Orange	Protection de l'enfance
	Vert	Inclusion sociale

E - Les textes législatifs et réglementaires de référence

a - Les textes législatifs généraux

o Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007

Il fixe le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- o Chapitre I section 1 : Fondements de l'évaluation
 - L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.
 - L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. L'évaluation telle que prévue à la présente annexe tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.
 - L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficacité, en considération du contexte observé.
 - Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.
 - L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.
- o Chapitre I section 2 : Conditions particulières
 - L'évaluation externe comme l'évaluation interne porte sur les activités et la qualité des prestations délivrées.
 - Les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service.

- Les évaluations internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.
- L'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné.
- L'évaluation s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain, auprès de groupes d'acteurs interdépendants ; elle analyse des systèmes complexes intégrant l'interférence de nombreux facteurs, notamment les interactions entre bénéficiaires et institutions et des facteurs externes.
- Les domaines explorés sont déterminés par les orientations des politiques sociales et médicosociales.

○ **Arrêté du 17 avril 2013 (Norme NF X50-058)**

Il porte sur la reconnaissance partielle entre le référentiel de certification de services, constitué de la norme NF X 50-058 et des règles de certification NF 386 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées, de la société par actions simplifiées AFNOR Certification et du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes, prévu à l'annexe 3-10 du CASF.

○ **Arrêté du 17 avril 2013 (Qualicert RE/UPA/34)**

Il porte sur la reconnaissance partielle entre le référentiel de certification de services Qualicert RE/UPA/04 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la société SGS International Certification Services et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes, prévu à l'annexe 3-10 du CASF.

○ **Arrêté du 9 décembre 2013**

Il porte sur la reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification des services Qualicert RE/SAP/ pour les services aux particuliers de la société SGS International Certification services et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévues à l'annexe 3-10 du CASF

○ **Instruction n° DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 avec ses annexes numérotées de 1 à 8.**

Elle est relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La présente instruction vise à préciser les modalités de prise en compte de la certification ainsi que les conditions de mise en œuvre de l'évaluation externe par des organismes habilités ou inscrits par l'ANESM. Elle propose aussi des orientations méthodologiques pour leur appréciation.

Elle précise notamment l'analyse des rapports par les autorités compétentes et la vérification par celles-ci du caractère complet du rapport autant sur le fond que sur la forme.

○ **Arrêté du 5 février 2014**

Il porte sur la reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services, constitué de la norme NF X 50-056 et des règles de certification NF 311 pour les services aux personnes, de la société par actions simplifiées AFNOR Certification et du cahier des charges, pour la réalisation des évaluations externe prévues à l'annexe 3-10 du CASF.

○ **Décret n° 2014-1368 du 14 novembre 2014**

Il est relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et aux délais de communication du rapport d'évaluation externe aux autorités

- Après le premier alinéa de l'article D. 312-205 du CASF, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le rapport d'évaluation externe effectué en application de l'alinéa précédent ou en application du cinquième alinéa de l'article L. 312-8, accompagné le cas échéant des observations de la personne gestionnaire de l'établissement ou du service, est communiqué aux autorités compétentes mentionnées à l'article D. 312-200 au plus tard le trentième jour suivant l'échéance des deux ans précédant la date du renouvellement de l'autorisation. »

- **Arrêté du 24 juin 2016**

Il porte une reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services Qualicert RE/SSD/01 pour les services de soins infirmiers à domicile de la société générale de surveillance (SGS) et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévu à l'annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles.

- **b - Les textes législatifs spécifiques à l'ESSMS :**

- Introduction du Plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011 :

« Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psycho actives, interviennent ainsi dans 30 % de la mortalité précoce (soit avant 65 ans) et évitable.

On estime ainsi que 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année. Les addictions aux substances psycho actives sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies dont près de 40 000 par cancers.

La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psycho actives mais également les addictions comportementales, sans substances psycho actives.

L'addiction se caractérise en effet par la dépendance, soit l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances: tabac, alcool, drogues illicites, médicaments, ou jeu. Elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société. Elles sont aussi souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violence et de précarité. »

- Résultats Nationaux 2011 de l'enquête « ESCAPAD » menée par l'Observatoire Français des drogues et Toxicomanie (OFDT) :

« Depuis 2000, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du Service National, les jeunes Français lors de la Journée Défense et citoyenneté (ex JAPD Journée d'Appel de Préparation à la Défense) ». Le questionnaire de cette Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs.

Cette enquête révèle au niveau national chez les jeunes de 17 ans

- Un tabagisme quotidien chez 31,5% des jeunes en augmentation depuis 2008 sans différence entre les sexes
- Une consommation régulière d'alcool (= 10/mois) chez 10,5% des jeunes avec une prédominance masculine et une augmentation depuis 2008
- La consommation excessive d'alcool (5 verres et + en une occasion) est constatée chez 22,6% de la population attitude prédominant chez les garçons (29%) et en augmentation depuis 2008
- La consommation de Cannabis est expérimentée dans 41,5% de la population de 17 ans sans différence significative entre les sexes sans augmentation depuis 2008. L'usage régulier (= 10/mois touche 6,5% des jeunes en majorité des garçons (9,5%)

- Plan 2007 – 2011 de prise en charge et de prévention des addictions.

Ce plan doté de 77 M€ annuel sur 5 ans, vise plusieurs objectifs :

- Améliorer la prévention par des campagnes de sensibilisation du public, d'information des médecins, de soutien aux associations ;

- Organiser la prise en charge : le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) de 2007 prévoit la mise en place des Centres d'Accompagnement, de Prévention et de Soins (CAPSA) préalablement créés par la loi du 2 janvier 2002 en prévoyant leur financement par l'assurance maladie et en fixant leurs missions. Ces centres remplacent les anciens Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en les rassemblant dans un statut juridique commun. La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 organise cette disposition et précise les objectifs.
 - Accompagner les personnes présentant une conduite addictive, en ambulatoire, en hébergement et développer l'implication de la médecine de ville en s'appuyant sur les réseaux de santé en addictologie. Dans ce cadre la politique de prévention des risques qui rend accessible les traitements de substitution aux opiacés doit être renforcée et évaluée.
 - Mobiliser la communauté médicale et scientifique autour de l'addictologie : enseignement et formation des professionnels médicaux et paramédicaux, développer la recherche.
- [Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives \(MILDT\)](#)

La MILDT est un organisme, placé sous l'autorité du premier ministre. Cet organisme anime et coordonne l'action des ministères concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, notamment dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et de la coopération internationale. Ses missions concernent aussi bien les consommations de drogues illicites que l'abus d'alcool, de tabac, de médicaments psychoactifs. Son champ d'action est étendu aux addictions sans substance, en particulier l'addiction aux jeux.

Par décret récent du 11 mars 2014, la MILDT est devenue la MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives.

- [Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017,](#)

Elaboré sur le modèle du Plan européen en la matière. Il est décliné en 2 plans d'actions successifs sur une durée de deux ans chacun.

- Etat des lieux 2012
 - Cannabis : 13,8 millions d'expérimentateurs dont 1,2 millions 10 fois par mois et 550000 consommateurs quotidiens
 - Héroïne : 500000,
 - Cocaïne : 400000,
 - Ecstasy : 130000
 - Alcool : 3,8 millions de consommateurs à risque en augmentation chez les jeunes femmes de 18-25 ans, consommation au-dessus de la moyenne européenne
 - Tabac : 31,5% des jeunes de 17 ans fument quotidiennement en augmentation dans la population féminine
 - Jeux : 2 millions de joueurs en ligne dont 17% de joueurs problématiques
- [Le premier plan d'action 2013-2015](#)

Il est doté d'un budget de 58,7 millions € répartis en 7 types d'actions :

- Prévention et communication : 8,7 M€ surtout en destination des plus jeunes par le biais de l'éducation nationale et les milieux sportifs mais également vers le monde du travail au sens large ;
- Accompagnement et soins : 36,2 M€ vers un renforcement de l'action des réseaux, le développement d'Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), l'amélioration de l'accueil des mineurs, de l'action en milieu carcéral, du dépistage et des soins en rapport avec la contamination VHC (fibroses hépatiques) et plus largement la réduction du risque sanitaire et les dommages sociaux ;

- Les autres types d'actions concernent la lutte contre les trafics, l'application de la Loi, la Formation, la Recherche et l'observation et l'action internationale
 - ✓ La lutte contre les trafics 3.056 M€,
 - ✓ L'application de la loi 260.000 €
 - ✓ La formation 9.9 M€
 - ✓ La recherche et l'observation 4.2 M€,
 - ✓ L'action internationale 5.5 M€.
- Le deuxième plan d'action 2015-2017

Il privilégie les orientations des schémas régionaux.

F – Le contexte environnemental

a - Les orientations des Schémas Régionaux et Départementaux

Le Projet régional de santé 2012-2017

Piloté par l'ARS de Picardie et mis en œuvre avec l'ensemble des acteurs de santé, le PRS définit pour les cinq ans à venir la politique qui sera menée en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. Il s'appuie sur l'analyse des besoins de la population, sur les atouts et les faiblesses de chaque territoire, sur l'expertise des parties prenantes au système de santé.

Ce PRS est issu du travail et de l'association de 900 professionnels, usagers, représentants d'établissements, d'associations, de collectivités locales... qui se sont engagés pendant plusieurs mois, aux côtés de l'Agence et dans l'intérêt des picards. Le document publié est également le fruit des observations de plusieurs partenaires sur les principales orientations du projet : CRSA, fédérations hospitalières, collectivités locales... Il intègre enfin des évolutions qui ont été proposées lors de la consultation. Ainsi concernant le SROS, le Directeur général a retenu plusieurs amendements permettant de concilier proximité, qualité et graduation des soins. Parmi ceux-ci, le maintien des unités de soins intensifs en cardiologie dans les établissements de santé disposant d'un service de cardiologie et l'évaluation pour le maintien d'un troisième site de réanimation sur le territoire de santé Aisne sud, réalisé d'ici 2015. Concernant le sud de ce territoire, le PRS indique que l'offre de recours régional est située à Reims, en considérant que les patients du sud de l'Aisne doivent aussi bénéficier de coopérations médicales renforcées entre les hôpitaux de Soissons et de Château-Thierry.

Dans le territoire de santé Oise ouest, la période d'évaluation des activités de chirurgie et d'obstétrique de l'hôpital de Clermont été allongée, compte-tenu de la dynamique de coopération nouvellement engagée entre cet établissement et le centre hospitalier de Beauvais.

Les principaux engagements du PRS Picardie

Le Projet régional de santé est orienté vers deux objectifs principaux : améliorer la santé des picards, dans une région marquée par des indicateurs et des déterminants de santé défavorables ; préserver l'accès aux soins de proximité, face au manque d'attractivité de la région vis-à-vis des professionnels de santé. Ces objectifs devront être poursuivis dans un cadre budgétaire contraint, en conciliant donc des impératifs de qualité, d'équité et d'efficacité.

Prévention : agir sur les déterminants de santé, les lieux de vie et les addictions

En santé publique, les axes prioritaires sont la nutrition, le dépistage des cancers, la lutte contre les addictions, la prévention du suicide et des grossesses précoces. Dans ces domaines, l'Agence encouragera notamment le développement de dispositifs expérimentaux ou le transfert, en région, de dispositifs ayant montré ailleurs leur efficacité.

La qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne et l'amélioration de la qualité des eaux de consommation seront les domaines privilégiés par l'ARS et ses partenaires en matière de santé environnementale. L'Agence renforcera par ailleurs son dispositif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires. A cet égard, elle est la première agence certifiée AFAQ-ISO 9001.

Offre de soins : répondre aux besoins de la population, en créant les conditions nécessaires à la fidélisation des professionnels de santé

Face à un exercice et à des pratiques médicales en pleines mutations, l'organisation proposée vise à garantir l'égalité d'accès aux dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement, quels que soient le territoire et les ressources des usagers. Ainsi, l'accès à une prise en charge en urgence sera assuré en moins de 30 minutes sur l'ensemble des territoires. Dans le champ ambulatoire (médecine de ville), les efforts porteront sur l'installation et les conditions d'exercice des professionnels de santé : mobilisation de tous les dispositifs incitatifs nationaux, encouragement des initiatives régionales et locales, identification de zones prioritaires, développement des stages en cabinet généraliste, création de maisons de santé...

Le volet hospitalier est quant à lui fondé sur plusieurs engagements forts, dans une région en manque de médecins. Le SROS ne décide ainsi d'aucun retrait d'autorisation en médecine, chirurgie, obstétrique, accueil d'urgence. Ce choix volontariste et ambitieux, vise à consolider l'actuel maillage territorial des établissements de santé, en particulier publics, afin de préserver l'accès à des soins de proximité pour la population. Mais il emporte trois conséquences :

- une grande vigilance sur la qualité et la sécurité des soins,
- une graduation rigoureuse des soins entre les établissements de santé,
- des démarches systématiques de coopération entre les établissements.

Offre médico-sociale : développer les services à la personne et donner la priorité au maintien en milieu de vie ordinaire

L'offre médico-sociale est articulée avec les schémas des Conseils généraux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme. La volonté de l'ARS est de développer une offre plus diversifiée, moins institutionnelle, permettant aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'exercer un libre choix de vie et de parcours de soins. Il s'agit notamment de promouvoir le maintien en milieu de vie ordinaire et de mieux organiser les dispositifs de répit au bénéfice des aidants. Des priorités spécifiques à l'enfance handicapée ont été déterminées. Elles comprennent le dépistage et le diagnostic des handicaps, tant pour améliorer les délais de prise en charge que l'annonce du diagnostic.

Au regard des spécificités de la région, le PRS Picardie investit également deux champs supplémentaires et transversaux : la prévention et la prise en charge des addictions, notamment auprès des publics vulnérables (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité...) ; le déploiement de la télésanté (DMP, téléconsultations...) qui est un levier majeur pour l'attractivité de la région à l'égard des professionnels de santé et l'égalité d'accès aux soins.

À l'issue de la période de mise en œuvre du PRS (2012-2017), L'ARS Hauts-de-France a évalué son PRS Picardie avec les objectifs suivants :

- La charte de coopération développée en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'établissements et services médico-sociaux de l'Oise, mise en œuvre dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS)
- Les mesures en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux, mises en œuvre dans le cadre du volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ;
- Les mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- Les dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition en milieu scolaire, déployés dans le cadre d'une convention entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF (prévue par le Schéma Régional de Prévention (SRP)).
- Le périmètre des mesures et dispositifs évalués a été spécifié pour chaque thématique en fonction du niveau de réalisation et dans une logique de complémentarité avec les contenus évalués en 2015.

Paragraphe –II- Description de la procédure d'évaluation

A – Le cadre légal de l'évaluation (article L312-8)

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- Chapitre I section 1 : Fondements de l'évaluation

- L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.
 - L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. L'évaluation telle que prévue à la présente annexe tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.
 - L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficacité, en considération du contexte observé.
 - Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.
 - L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.
- Chapitre I section 2 : Conditions particulières
- L'évaluation externe comme l'évaluation interne porte sur les activités et la qualité des prestations délivrées.
 - Les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service.
 - Les évaluations internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.
 - L'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné.
 - L'évaluation s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain, auprès de groupes d'acteurs interdépendants ; elle analyse des systèmes complexes intégrant l'interférence de nombreux facteurs, notamment les interactions entre bénéficiaires et institutions et des facteurs externes.
 - Les domaines explorés sont déterminés par les orientations des politiques sociales et médicosociales.

B - Orientation de l'évaluation externe

Dans le cadre de l'évaluation externe, les thématiques observées sont ciblées en tenant compte du contexte actuel de l'établissement. Elles intègrent :

- Les orientations définies par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.
- Les orientations spécifiques à l'établissement telles qu'elles sont définies dans le projet d'établissement.

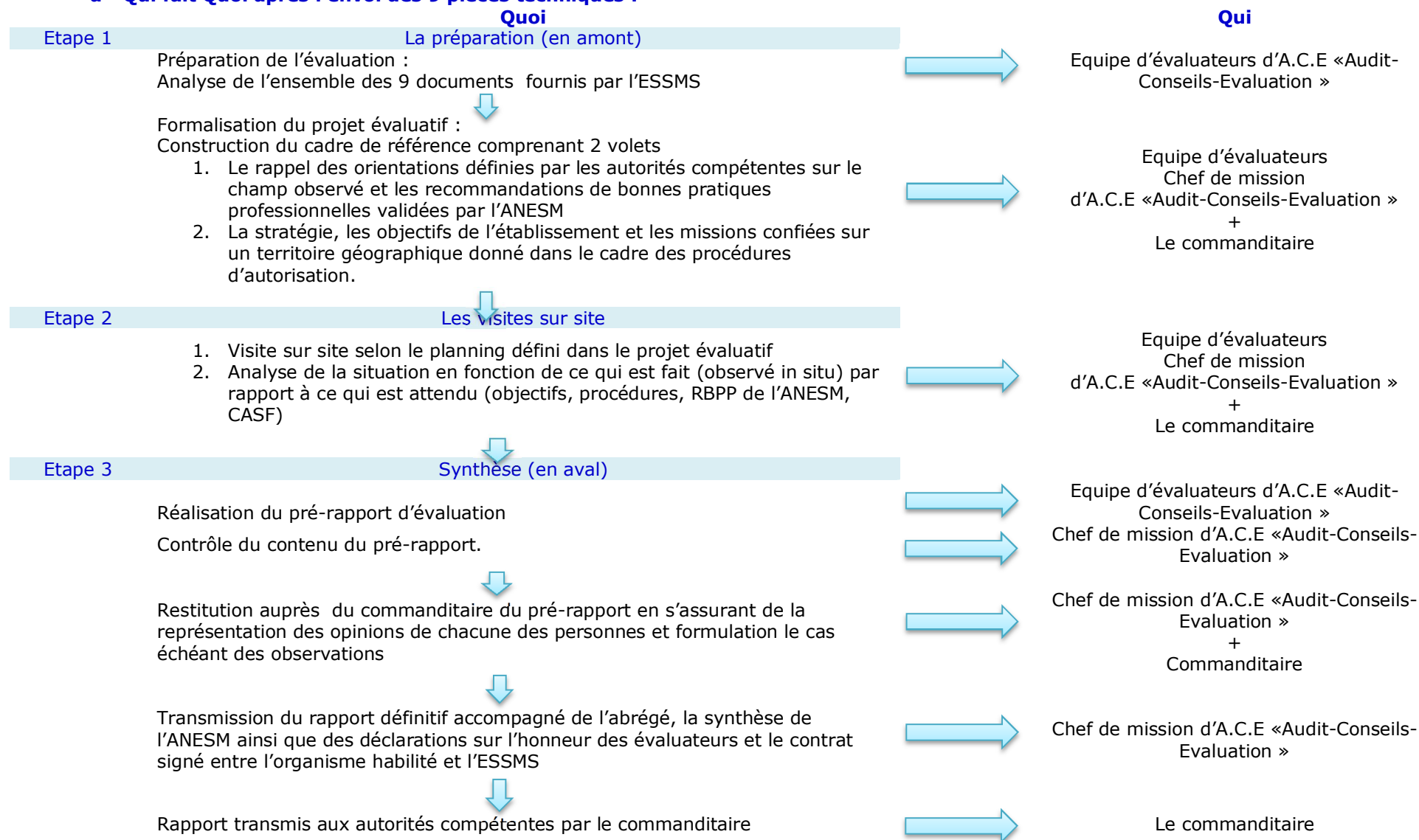
Les orientations définies par le décret sont :

- Le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre
 - La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
 - L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.
 - La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
 - La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.
- L'évaluation interne et dynamique des actions planifiées ou de la démarche qualité

- Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne.
 - Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués.
 - Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu.
 - Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique.
 - Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.
- La qualité des prestations
 - La garantie des droits et participation des usagers
 - La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
 - La personnalisation de l'accompagnement
 - L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
 - Les conditions dans lesquelles le projet personnalisé est élaboré et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur.
 - L'établissement ou le service dans son environnement
 - Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :
 - Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers ;
 - Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur.
 - L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :
 - la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu
 - sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.
 - L'organisation de l'établissement ou du service
 - La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
 - Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement.
 - La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.
 - La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
 - Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

C – Le déroulement de la démarche d'évaluation externe

a - Qui fait Quoi après l'envoi des 9 pièces techniques :



D - Thématiques exigées par le cahier des charges pour l'évaluation externe (décret n° 2007-975)

L'ensemble de l'étude et de l'analyse a été conduit sur la base du « projet évaluatif » élaboré en coordination avec la direction de l'établissement à partir d'une analyse par les évaluateurs externes :

- Des documents fournis et notamment du Projet d'établissement et des résultats de l'évaluation interne.
- Du contexte environnemental.

a - Le projet évaluatif précise les modalités d'évaluations suivantes :

1 - Entretiens individuels et collectifs :

- Entretiens individuels et collectifs avec les professionnels, personnes ressources identifiées lors de l'étape d'observation et description ;
- Entretiens avec un partenaire :
 - Apprécier les modalités de fonctionnement, rencontre, partage des actions autour du projet de la personne, participation au projet.
- Entretiens avec les usagers :
 - Apprécier du point de vue de l'utilisateur les points essentiels de l'accompagnement (participation à son projet individualisé, accès à son dossier, libre expression,...).
- Entretiens avec les représentants des familles :
 - Apprécier l'implication des familles dans l'élaboration et la révision des projets individuels.
- Rencontres avec les instances :
 - Instances représentatives du personnel,
 - Instances de la Démarche Qualité,
 - CVS (Président et usager).

2 - Observations directes :

- Conditions d'accueil ;
- Accompagnement de l'utilisateur ;
- Organisation des fonctions logistiques ;
- Sécurisation des lieux de stockage des dossiers des usagers ;
- Accessibilité des documents qualifiés et des procédures d'urgences.

3 - Analyse de documents sur site:

- Les documents qualité et procédures d'urgences ;
- Le dossier de l'utilisateur ;
- Le projet individualisé ;
- Les registres divers.

b - Organisation de la visite

Comme défini dans le document de cadrage, il est de votre mission d'organiser la visite sur les structures afin d'en faciliter la réalisation et de favoriser l'atteinte des objectifs.

- Permettre la présence des personnes aux différents entretiens.
- Mettre à disposition ou favoriser l'accès aux documents identifiés dans le questionnaire évaluatif.
- Mettre à disposition des évaluateurs un local permettant la réalisation des entretiens
- Informer l'ensemble des professionnels sur le déroulement et la planification de l'évaluation.

E - Méthodologie du recueil d'informations auprès des usagers

- Réunion avec les représentants des personnes accueillies et les représentants des familles (CVS).
- Réunion avec les usagers (représentants légaux) dans le cadre d'un groupe d'expression

Paragraphe III - Les développements informatifs

A – Les missions de l'établissement

Il a été autorisé à exercer les missions suivantes :

- mettre en œuvre des consultations de proximité assurant le repérage précoces des usages nocifs sur les antennes d'Abbeville, de Péronne et d'Albert, Flixecourt
- mettre en œuvre une consultation pour jeunes consommateurs,
- prendre en charge des addictions sans substance,
- intervenir en direction de personnes détenues ou sortant de prison,
- mener des activités de prévention, de formation, de recherche.

Le service de prévention va à la rencontre de jeunes et d'adultes dans le but de les informer et de les sensibiliser sur les comportements à risque et les conduites addictives. Cette équipe oriente, accompagne les jeunes les plus en difficulté vers les professionnels des consultations jeunes consommateurs avec lesquels elle travaille en proximité.

B – L'étude de la population accueillie

Le public accueilli au CSAPA Ambulatoire est constitué de personnes usagères de substances psychoactives illicite ou licite détournées de leur usage, mais aussi de personnes concernées par les addictions sans substances (joueurs excessif, pathologiques...). La majorité de ces personnes présente une dépendance à la fois physique et psychologique.

Au regard des différents projets mis en œuvre dans le CSAPA, les personnes accueillies peuvent être majeures ou mineures, sous-main de justice, ou consultants volontaires.

Elles peuvent venir pour un accompagnement vers un sevrage, la demande d'un traitement de substitution, une prise en charge psychologique ou un accompagnement socio-éducatif. Tous les cas de figure semblent possibles, tant les partenariats se sont élargis.

Au-delà de l'accueil spécifique des personnes concernées par les autres addictions avec ou sans substances, le CSAPA ambulatoire reçoit également les familles concernées par ce problème.

Le CSAPA ambulatoire intervient également à la maison d'arrêt d'Amiens. En maison d'arrêt, est préparé le contrat de soins pour un futur placement extérieur en lien avec APREMIS. Un contrat d'accompagnement est envisagé pour préparer la sortie et l'insertion du détenu en lien avec les autorités compétentes.

Est mise en place la procédure d'accueil et de soins dans le cadre des obligations de soins ainsi que l'accueil en CSAPA avec hébergement des détenus bénéficiant d'une libération conditionnelle.

- Sexe et âge :

GENRE	Nouveaux	Connus	Total 2015	Total 2014
HOMMES	251	668	919	918
FEMMES	60	105	165	178
TOTAL	311	773	1084	1096

AGE	Nouveau x	Connus	Total	% 2015	% 2014
- 18 ans	36	31	67	6,2%	4,1%
18 à 24 ans	64	131	195	18%	17,6%
25 à 29 ans	43	154	197	18,2%	20%
+ 30 ans	168	457	625	57,6%	58,3%
Total	311	773	1084	100%	100%

- o Origine géographique et nombre d'actes réalisés :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Amiens	276	53,2%	50,9%	57,4%
Département	146	28,1%	29,9%	31,3%
Région	32	6,2%	6,6%	4,4%
Hors Région	31	5,9%	6,6%	6,9%
Sans domicile	2	0,4%	0%	0%
Non-réponse	32	6,2%	6%	0%
Total	519	100%	100%	100%

	2014	2015	Evolution
Au Centre de soins 18 rue Delpech	12858	12017	-6,5%
Consultation Jeunes consommateurs	797	982	+23,2%
Abbeville	174	220	+26,4%
Péronne	88	83	-5,7%
Albert	61	89	+45,9%
Flixecourt	205	185	+9,8%
A la Maison d'Arrêt	229	135	-41,1%
A l'Hôpital	1	0	-100%
Unité Mobile	685	480	-29,9%
Cabinets médicaux	684	567	-17,1%
Consultations Famille	238	223	-6,3%
Total	16020	14981	-6,5%

- o Rendez-vous :

	2011	2012	2013	2014	2015
Report du rendez-vous	1576	1455	1520	1477	1446
Absence au rendez-vous	3263	3230	2937	2894	3129
Total	4839	4666	4457	4371	4575

- o Entretien par type et origine de la demande :

2015	Socio-éducatif	%	Psycho	%	Médical	%	Total	%
Obligation de soin	1515	47,9%	926	32,3%	479	19,3%	2920	34,3%
Contrat de soins	197	6,2%	109	3,7%	65	2,6%	371	4,4%
Classement sous conditions	77	2,4%	62	2,2%	14	0,6%	153	1,8%
Réseau Sanit. Et Soc.	300	9,5%	452	15,8%	322	12,9%	1074	12,6%
Individuelle et entourage	1062	33,6%	1265	44,1%	1602	64,5%	3929	46,1%
Scolaire	12	0,4%	54	1,9%	2	0,1%	68	0,8%
Total	3163	100	2868	100	2484	100	8515	100

o Tableau de synthèse des actes :

	Socio-éducatif en %			Psycho en %			Médical en %			Total des actes par année en %		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Obligation de soin	47,1%	44,6%	47,9%	36,5%	36,1%	32,3%	20,3%	17,7%	19,3%	36,6%	33,9%	34,3%
Contrat de soins	7,9%	9,6%	6,2%	4,8%	5,9%	3,7%	2,8%	4,1%	2,6%	5,4%	6,7%	4,4%
Contrat d'accompagnement	1,9%	0,5%	0%	1,8%	0,5%	0%	1,6%	0,2%	0%	1,8%	0,5%	0%
Classement sous conditions	2%	1,4%	2,4%	1,6%	1,1%	2,2%	0%	0%	0,6%	1,3%	0,9%	1,8%
Réseau Sanit.et Soc.	6,9%	9,1%	9,5%	9,5%	14,1%	15,8%	9,2%	11,3%	12,9%	8,4%	11,5%	12,6%
Individuelle et entourage	33,6%	34,5%	33,6%	41,7%	40%	44,1%	65,8%	66,7%	64,5%	44,6%	45,6%	46,1%
Scolaire	0,6%	0,4%	0,4%	4,1%	2,3%	1,9%	0,3%	0%	0,1%	1,9%	0,9%	0,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Actes infirmiers concernant les traitements	8063	6603	7064	8106	8756	8526	7917	8079	7892	7250	6722	6984	6216
Soins infirmiers	/	/	/	/	/	/	/	/	/	30	16	15	27
Actes famille	114	154	130	86	111	89	91	77	110	120	207	238	223
Total général des actes	15406	13807	16361	17221	17929	17597	16854	17846	15288	14741	15110	16020	14981

o Nombre d'enfants à charge :

238 personnes sont parents d'au moins un enfant dont 120 ont leurs enfants à charge.

○ Condition de logement :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Stable indépendant	230	44,3%	43,4%	42,2%
Stable Famille	83	16%	22,3%	24,2%
Précaire Famille	42	8,1%	7,3%	7,1%
Précaire Hébergement	64	12,3%	11,5%	14%
Milieu carcéral	48	9,2%	4,2%	9,2%
Sans logement et Squat	16	3,1%	3,1%	2,9%
Non-réponse	36	7%	8,2%	0,4%
Total	519	100%	100%	100%

○ Situation sociale :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Emploi salarié stable (CDI)	86	16,7%	17,4%	13,6%
Emploi à durée déterminée (CDD, Intérim, CES...)	77	14,8%	18,5%	19,4%
Chômeur n'ayant jamais travaillé	6	1,2%	1,1%	0,4%
Chômeur ayant déjà travaillé	160	30,8%	31,3%	33,2%
Prof. Libérale et indépendante	8	1,5%	1,8%	1,5%
Elève, étudiant, stagiaire non rémunéré	15	2,9%	2,4%	3,3%
Autre Inactif	130	25%	20%	26,7%
Non-réponse	37	7,1%	7,5%	1,9%
Total	519	100	100%	100%

○ Couverture sociale :

Cet item n'est pas répertorié ans le rapport d'activités mais il est renseigné dans la fiche de premier renseignement et dans les chiffres de ProGdis transmis.

○ Ressources financières :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Salariés (y compris emplois précaires)	154	29,7%	35,7%	31,7%
ASSEDIC	61	11,8%	12,6%	14,2%
RSA	141	27,2%	22,9%	24%
AAH	22	4,2%	3,2%	3,5%
Exclusivement à la charge d'un tiers	26	5%	5,3%	5,8%
Autres ressources	25	4,8%	3,5%	5,4%
Sans ressources	56	10,8%	8,4%	11,4%
Non réponse	34	6,5%	8,4%	4%
Total	519	100	100%	100%

○ Niveau scolaire :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Primaire pas terminée	12	2,3%	1,5%	0%
Primaire	15	2,9%	2%	1,5%
Niveau BEPC	70	13,5%	12,1%	13,4%
Technique (CAP/BEP)	231	44,5%	47,3%	53,4%
Niveau Bac	54	10,4%	11,5%	12,7%
Etudes supérieures (Bac +2,3,...)	52	10%	9,9%	7,7%
Non-réponse	85	16,4%	15,7%	11,3%
Total	519	100%	100%	100%

o Activités professionnelles :

Activité professionnelle	Nombre	% 2015	% 2014
Emploi salarié stable (CDI)	8	14,3%	8,3%
Emploi à durée déterminée (cdd, intérim ...)	4	7,1%	10,4%
Prof Libérale et indépendante	1	1,8%	0%
Chômeur ayant déjà travaillé	21	37,4%	37,5%
Chômeur jamais travaillé	3	5,4%	4,2%
Elève, étudiant, stagiaire non rémunéré	8	14,3%	22,9%
Autre inactif	8	14,3%	4,2%
Retraité	0	0%	4,2%
Non Réponse	3	5,4%	8,3%
Total	56	100	100%

o Produit principal posant problème :

	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Alcool	113	21,8%	19,5%	16,1%
Cannabis	102	19,6%	20,1%	21,5%
Héroïne	219	42,1%	40,7%	46,8%
Cocaïne	15	2,8%	2,7%	2%
Crack	1	0,2%	0%	0%
Morphine, Opium	2	0,4%	0,4%	1%
LSD, dysleptiques	3	0,6%	0,2%	0%
Amphétamines dont ecstasy	3	0,6%	0,9%	0,8%
Dérivés codéines	3	0,6%	0,7%	0,8%
Benzodiazépines	7	1,3%	1,5%	2,5%
Subutex® (mésusage et détournement)	17	3,3%	3,5%	4,2%
Méthadone (hors prescription)	6	1,2%	2,4%	1,3%
Antidépresseurs	1	0,2%	0%	0,4%
Jeux/Cyber addictions	6	1,2%	0,7%	0,6%
Autres addictions sans produit	4	0,8%	0,5%	0,4%
Cathinone synthétique	1	0,2%	0%	0%
Tabac	2	0,4%	0,4%	0,4%
Trouble alimentaire	1	0,2%	0,2%	0%
Barbituriques	0	0%	0,4%	0%
Colles et solvants	1	0,2%	0,2%	0%
Autres Substances	1	0,2%	0,2%	0,8%
Pas de Produit	2	0,4%	0%	0%
Non réponse	9	1,7%	4,8%	0,4%
Total	519	100	100%	100%

Produit principalement consommé	2015	2014	2013	2012	2011
Héroïne	42,1%	40,7%	46,8%	53,3%	57%
Cannabis	19,6%	20,1%	21,5%	20,7%	22%
Alcool	21,8%	19,5%	16,1%	13,4%	9,3%
Subutex® (mésusage et détournement)	3,3%	3,5%	4,2%	3,2%	4,5%

o Comportement à risques

Usage de l'injection	Nombre	% 2015	% 2014	% 2013
Voie intraveineuse antérieure	64	12,3%	13,9%	12,5%
Voie intraveineuse actuelle	28	5,4%	3,3%	5,9%

o VIH

	HIV 2015	HIV 2014
Connu	46,4%	47,4%
Inconnu	53,6%	52,6%
TOTAL	100%	100%

o Hépatite B

	Hépatite B 2015	Hépatite B 2014
Connu	44,9%	45,8%
Inconnu	55,1%	54,2%
TOTAL	100%	100%

o Hépatite C

	Hépatite C 2015	Hépatite C 2014
Connu	44,9%	46,2%
Inconnu	55,1%	53,8%
TOTAL	100%	100%

o Admission orientée par :

	Nombre	% 2015	% 2014
Démarche personnelle	274	52,8%	44,7%
Provoquée par la famille ou entourage	8	1,5%	2,6%
Adressé profs. du réseau sanitaire et social	62	11,9%	8,6%
Adressé par le milieu scolaire ou universitaire	1	0,2%	0%
Adressé par la justice	174	33,6%	44,1%
Total	519	100	100%

o Nombre d'actes au centre de soins

- aux usagers :

	2012	2013	2014	2015	Evolution 2014/2015
Entretiens socio-éducatifs	1715	1919	2120	2061	-2,8%
Entretiens psychothérapeutiques	1429	1396	1386	1305	-5,8%
Consultations médicales	1745	2009	2368	2435	-2,8%
Méthadone (accueil et délivrance du traitement)	6666	6357	6324	5430	-14,1%
Buprénorphine (accueil et délivrance du traitement)	584	365	660	786	+19,1%
Total	12139	12046	12858	12017	-8,5%

- Spécifiques à la méthadone :

	2013	2014	2015
Entrées	79	57	53
Total personnes prises en charge	131	126	101
Exclusions	2	7	3
Rupture du fait du patient	10	8	10
Passage médecine de ville	17	25	17
Passage Pharmacie de ville	10	7	8
Fin de traitement	0	5	2
Traitement à l'hôtel de Police	2	0	0
Relais sur une autre structure	/	/	13
Relais en Maison d'Arrêt	/	/	1
Décès	/	/	2

- Famille et proches

	2015	2014	2013
Nombre de parents et membres de l'entourage ayant consulté	65	73	76
Nombre d'actes réalisés auprès des parents et de l'entourage	223	238	207

C – L'Offre de prestations aux usagers

a. L'hébergement

Par définition un CSAPA Ambulatoire n'offre pas d'hébergement.

b. Les activités:

Les activités sont des entretiens sociaux, psychologiques, des consultations médicales, la dispensation de traitements de substitution et autres, des accompagnements dans certaines institutions administratives, des campagnes de prévention, des dépistages, des groupes de parole, des mises à disposition de brochures, des activités de prévention et de réduction des risques, des recherches informatiques, des orientations vers des centres de soins, des CSAPA avec hébergement. Les activités dans la maison d'arrêt sont du soutien au détenu et de la préparation à la sortie et aux aménagements de peine.

D – Les partenariats et l'ouverture sur l'extérieur

Bien que connue de longue date l'association « Le Mail » enrichit son réseau de partenaires afin d'offrir le maximum de possibilités aux usagers de l'association.

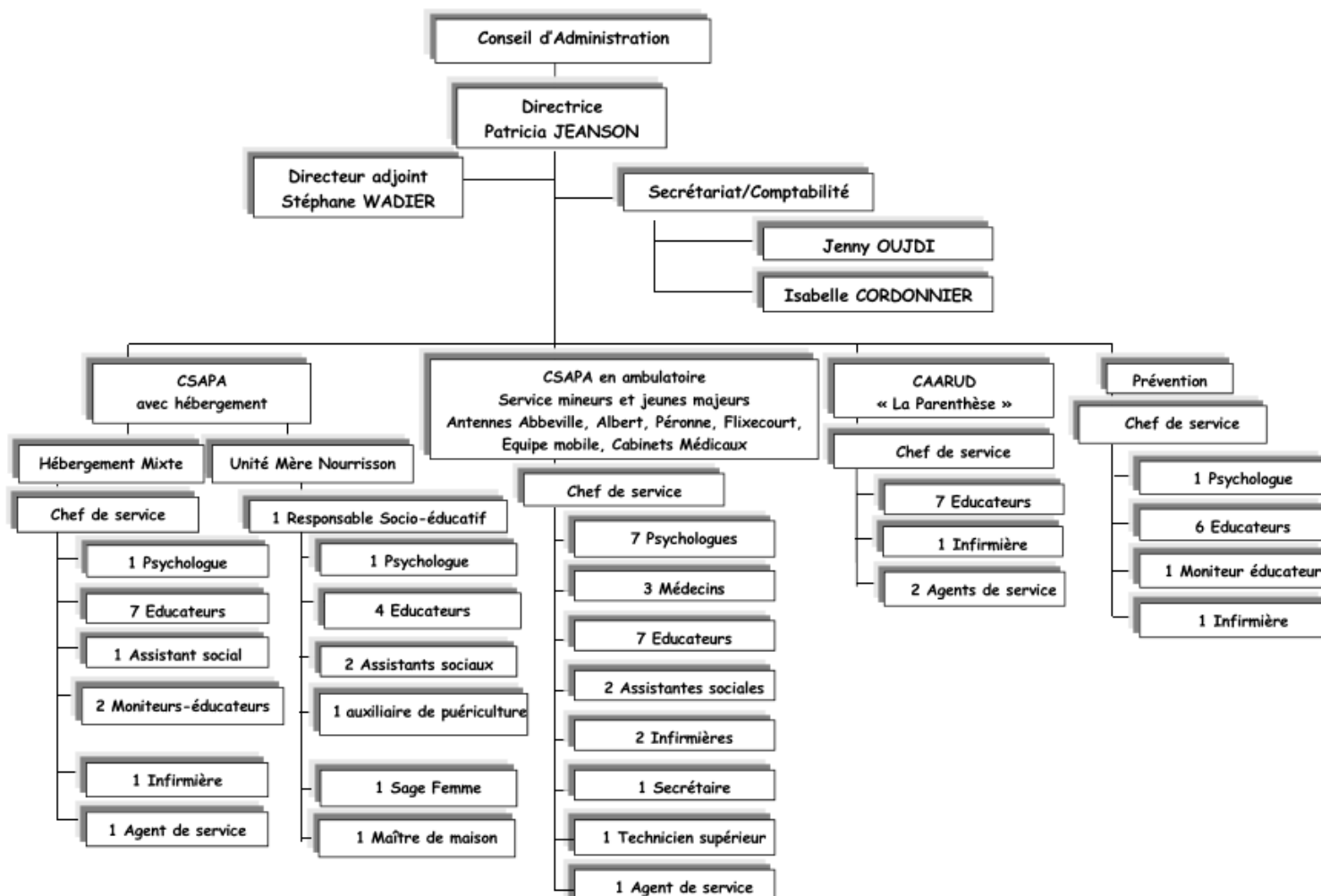
Un important partenariat existe entretenu par des rencontres et ou des participations à des colloques, séminaire, groupes de travail....

Les principaux partenaires sont :

- le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation),
- le SMPR (service médico-psychologique régional),
- le SIAO (services intégrés d'accueil et d'orientation),
- la Justice (pénitencier – JAP),
- le CMP Jules Barni,
- les services de maternité des hôpitaux suivants : Amiens, Creil, Compiègne, Péronne, Clermont, Lille,
- Le staff médico-psycho-social du CHU d'Amiens,
- le CSAPA de Saint Quentin,
- le DAPSA, l'APREMIS
- le CPES,
- Femmes en mouvement,
- Joane,
- Fédération addiction,
- APRADIS,
- ASE,
- etc...

Précisons que ce réseau de partenaires est enrichi par un réseau de structures ressources en lien avec les besoins de la population accueillie.

E – Les ressources humaines
a – Organigramme



b - La répartition des effectifs est la suivante :

- Les effectifs de l'association :

EFFECTIF PAR POSTE DE L'ASSOCIATION

	Nombre total de salariés
DIRECTRICE	1
DIRECTEUR ADJOINT	1
CHEF DE SERVICE	4
ASSISTANTE DE DIRECTION	1
COMPTABLE	1
SECRETAIRE	2
EDUCATEUR SPECIALISE	25
PSYCHOLOGUE	10
MONITEUR EDUCATEUR	4
MEDECIN	3
INFIRMIERE	3
AUXILIAIRE DE PUERICULTRICE	1
MAITRE DE MAISON	1
SAGE FEMME	1
EDUCATRICE JEUNES ENFANTS	1
ASSISTANT SOCIAL	5
AGENT DE SERVICE	2
	66

- L'équipe est composée en ETP de :

L'équipe du CSAPA ambulatoire est composée en ETP de :

- directeur de l'association : 0.4
- directeur adjoint : 0.6
- secrétaire et comptable : 2.7
- chef de service : 1
- Médecins : 1.3
- psychologue : 5.2
- infirmier : 1.69
- éducateurs spécialisés : 5.1
- assistant social : 1.8
- moniteurs éducateurs : 0.51
- Agent d'entretien : 0.6

F – Les orientations du service

L'évaluation interne a été réalisée en 2012. Elle s'est fondée sur le référentiel de la Fédération Addiction. Le comité technique travaille à l'amélioration des points perfectibles du centre.

La méthode est participative et des réunions de deux heures ont lieu avec 4 à 5 membres de l'équipe.

a- Les fiches d'actions

Les objectifs sont déclinés sous forme de plan d'action et fiches action.

Fiches d'action		
DR 1	Contenu	Formaliser le projet d'établissement
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 2. 1	Contenu	Réfléchir aux modalités d'évaluation de la perception du centre par les partenaires
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 2. 2	Contenu	Développer davantage les rencontres avec les partenaires potentiels (CH Corbie - Maternités).
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 2.3	Contenu	Améliorer la charte graphique et le contenu du site internet de l'association
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 2. 4	Contenu	Améliorer la communication en direction des professionnels de santé (médecin, pharmacien...)
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 2. 5	Contenu	Communiquer auprès des usagers de l'association sur l'existence d'une Association d'usagers.
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 3.1.	Contenu	Faire une traduction de la pochette en anglais
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 3.2	Contenu	Mise en place d'une boîte à « suggestions »
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée

Fiches d'action		
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 3.3	Contenu	Informer l'utilisateur de sa possibilité d'accès à son dossier : procédure et explication de la procédure.
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.1	Contenu	Formaliser la définition de la fonction de direction et direction des RH
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.2	Contenu	Formaliser la procédure d'embauche et de licenciement
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.3	Contenu	Finaliser la fiche d'accueil des stagiaires et des nouveaux salariés
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.4	Contenu	Formaliser l'ensemble des fiches de postes (chefs de services- équipes).
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.5	Contenu	Mettre à jour le DUERP et y intégrer les RPS.
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.6	Contenu	Mettre en place les entretiens individuels des salariés
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée

Fiches d'action		
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.7	Contenu	Améliorer l'utilisation du plan de formation dans la GPEC
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.8	Contenu	Réfléchir à l'adéquation des formations avec l'évolution des publics en comité de direction
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.9	Contenu	Réfléchir au classement et au stockage des archives
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.10 et DR 5	Contenu	Organiser plus fréquemment des rencontres entre salariés et membres du CA
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 4.11	Contenu	Ecrire le projet associatif
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 6.1	Contenu	Prévoir des plantes à l'accueil et un fond sonore afin d'améliorer la confidentialité et la convivialité sans cacher la visibilité sur la salle d'accueil
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 6.2	Contenu	Améliorer l'accessibilité aux handicapés en fauteuil dans les sanitaires
	Echéance	2015
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu

Fiches d'action		
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 7.1	Contenu	Anticiper la gestion du stock de plaquettes fournies par le ministère (car il y a souvent des ruptures de stock)
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 7.2	Contenu	Revoir le format du livret d'accueil et de la pochette de l'association
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.1	Contenu	Travailler en équipe sur le thème de "règles de pratiques du secret partagé"
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.2	Contenu	Mettre en place un cahier de famille et d'entourage dans tous les services et antennes et faire la distinction entre entretien « face à face » et « téléphonique ».
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.3	Contenu	Remettre en œuvre l'enquête auprès de l'entourage.
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.4	Contenu	Utiliser systématiquement le document RISQ
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.5	Contenu	Définir la procédure écrite d'accès au dossier de l'usager.
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée

Fiches d'action		
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 8.6	Contenu	Mettre en place un groupe de travail qui réfléchisse aux modalités de mise à disposition du rapport d'activité aux usagers
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Chef de service
DR 9.1	Contenu	Améliorer l'utilisation de la feuille d'activité partenaires (insérer la colonne avec réunion partenaires)
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 9.2	Contenu	Organiser une réflexion sur les éléments à noter obligatoirement ou à ne pas noter dans le DIP
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 9.3	Contenu	Informatiser à l'infirmerie de la traçabilité des modifications ou adaptation de traitement et facilitation de la gestion du stock.
	Echéance	En continu
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 9.4	Contenu	Créer une fiche de soins infirmier (pansement...)
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 9.5	Contenu	Améliorer les transmissions médecin-infirmier
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 9.6	Contenu	Préciser l'axe médical dans le « projet thérapeutique »
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu

Fiches d'action

DR 10.1	Contenu	Elaborer un protocole de traitement de l'urgence
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 10.2	Contenu	Mettre en place un défibrillateur et une formation
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 10.3	Contenu	Informatiser le suivi des sérologies
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
DR 10.4	Contenu	Améliorer le travail en réseau (services médecine interne, infectieux, hépatologues)
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu

DEUXIEME PARTIE

QUESTIONNAIRE EVALUATIF ET ANALYSE

Guide de lecture pour l'autorité compétente :

- Le déroulement de «*production de connaissance et d'analyse*» est présenté dans les tableaux qui reprennent les quinze thèmes du décret 2007-975 du 15 mai 2007.
- Les étapes de l'évaluation externe : analyse documentaire, observations sur site, entretiens, visites de nuit, consultations de documents sur place, des tableaux d'affichage, puis l'analyse sur site, les points forts et perfectibles, les propositions et préconisations sont déroulés chronologiquement afin de faciliter la lecture du document.
- Si le nombre de pages est important, il est notamment dû aux sauts de page qui aèrent le document et facilitent ainsi sa lecture
- La priorisation des actions se fait de la façon suivante :
 - Propositions : à court et à moyen terme
 - Préconisations : de façon urgente

Paragraphe –I- Questionnaire évaluatif et son analyse détaillée

A - Le plan du questionnaire évaluatif

N° CH	CHAPITRE	THEMES
1	DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	1.1 La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'ESMS : 1.2 Les RBPP : la démarche d'amélioration continue de la qualité
2	CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET/OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS	2.1 Mise œuvre et actualisation du projet de l'ESSMS 2.2 Les ressources : 2.2.1 : Adéquation des objectifs et des activités de l'ESSMS aux missions imparties et à la population accompagnée 2.2.2 : La gestion des ressources financières 2.2.3 : La gestion des achats 2.2.4 : Le cadre de vie 2.2.5 : Système d'information et communication 2.3 L'accompagnement des professionnels : 2.3.1 La cohérence entre le projet d'établissement et le projet de l'organisme gestionnaire 2.3.2 Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale et compétences) 2.3.3 L'accueil des nouveaux salariés 2.3.4 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations accompagnées 2.4 La gestion de crise : 2.4.1 La continuité des interventions 2.4.2 L'évaluation et les actions de prévention des risques professionnels 2.5 L'accompagnement des usagers : 2.5.1 Données qualitatives et quantitatives disponibles au sein de l'ESSMS permettant de caractériser le profil de la population accompagnée de décrire les modalités d'accompagnement – d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers. 2.6 Le Projet Personnalisé : 2.6.1 Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS
3	OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE	3.1 Le partenariat : 3.1.1 Adaptation des réponses à la demande sociale 3.1.2 Articulation entre le projet d'établissement et les projets des autres établissements de l'organisme gestionnaire. 3.1.3 L'inscription de l'établissement dans les démarches de partenariat 3.2 Les Partenaires : 3.2.1 La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS 3.3 Les ressources externes : Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

N° CH	CHAPITRE	THEMES
4	<p align="center">PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS.</p>	<p>4.1 Elaboration du PP : Outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire</p> <p>4.2. P.P et participation des usagers : Modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant.</p> <p>4.3 Actualisation du P.P : Rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées.</p> <p>4.4 Accès aux informations par l'utilisateur : Modalités permettant aux usagers (ou leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant.</p> <p>4.5. Enquête de satisfaction : Prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers, modalités et effets produits.</p> <p>4.6 Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement</p> <p>4.6.1. Participation des usagers de leurs représentants et des aidants ou proches</p> <p>4.6.2 Intégration de cette participation dans la conception, mise en œuvre et l'évaluation de ses activités et de ses prestations.</p>
5	<p align="center">GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES.</p>	<p>5.1 Respect de la dignité et droit à l'intimité :</p> <p>5.1.1. Information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours</p> <p>5.1.2. Accessibilité au public</p> <p>5.1.3. Respect de l'intimité, vie affective et sexualité</p> <p>5.1.4. Confidentialité des données concernant l'utilisateur</p> <p>5.2 Traitement des dysfonctionnements : Modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance</p> <p>5.3 Prise en compte et prévention des risques liés à la spécificité de l'utilisateur et aux conditions d'accompagnement : Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels</p> <p>5.3.1. Evaluation et prévention des risques liés à l'accompagnement des usagers</p> <p>5.3.2. La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements</p> <p>5.3.3. Sécurité des biens et des personnes</p> <p>5.3.4. Le recueil, l'utilisation de l'information sur l'utilisateur dans le cadre de son parcours</p>

B - Analyse selon le SWOT

1 – LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

1.1 : La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'ESSMS : Axes évalués, méthodes employées, implication des acteurs, modalités de participation des usagers, résultats et axes d'amélioration mis en œuvre, communication sur la démarche et sur les pistes d'amélioration, modalités de suivi des actions du plan d'amélioration, effets observés.

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La démarche d'amélioration continue de la qualité est en œuvre dans l'établissement. Lancée le 25 octobre 2007 elle a été participative, managée par un comité de pilotage, un comité technique, des membres des équipes de chaque service. Chaque équipe évolue selon son propre rythme. Un glossaire a permis d'harmoniser les concepts représentés notamment par les termes « évaluation, référentiel... » et des clés de lecture ont guidé la lecture des grilles obtenues via le référentiel.</p> <p>Le document de référence a été le guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux édité en septembre 2006. Au dernier trimestre 2008, le référentiel Anitéa / F3A sur l'évaluation interne paraît. Le choix a été fait d'adopter ce nouveau référentiel.</p> <p>En 2009 (février), la Direction de l'Association change ; fin 2009 il y a dépôt de la demande de transformation en CSAPA auprès du CROSMS et début 2010 le CSAPA ambulatoire déménage ; en même temps, il y a préparation de la mise en place et de l'ouverture d'une unité dédiée aux femmes avec enfant du CSAPA avec hébergement.</p> <p>Avec ces changements, la démarche d'évaluation interne est momentanément interrompue.</p> <p>En 2010, un des chefs de service participe à une formation organisée par l'URIOPPS, les 4 et 5 mars sur le thème « Conduire l'évaluation interne » et les 22 et 23 avril sur le thème « Elaborer le rapport d'évaluation ».</p> <p>En 2011, le Conseil d'Administration fait le choix de faire intervenir un consultant pour finaliser cette première évaluation interne.</p> <p>Les axes explorés de l'évaluation interne sont constitués de domaines de références « DR » qui explorent :</p> <ul style="list-style-type: none">○ DR 1 : Le projet d'établissement et la réponse aux besoins des publics,○ DR 2 : Les partenariats et l'inscription dans l'environnement,○ DR 3 : Droits – devoirs - expression et participation des usagers,○ DR 4 : Management des ressources humaines,○ DR 5 : La gestion administrative et financière,○ DR 6 : Le premier accueil,○ DR 7 : L'information,○ DR 8 : Evaluation médicale, psychologique, sociale et l'orientation,○ DR 9 : L'accompagnement,	<p>1er rapport d'auto évaluation interne de mars 2012</p>

Analyse documentaire	Documents concernés
<ul style="list-style-type: none"> ○ DR 10 : La réduction des risques, ○ DR 11 : L'hébergement, (thème non concerné pour le CSAPA Ambulatoire) ○ DR 12 : Les missions et les actions particulières. <p>Le rapport a été remis aux autorités compétentes.</p>	

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment avez-vous tiré profit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (RBPP) pour mener votre évaluation interne ?</p> <p>Comment avez-vous déterminé le référentiel qualité ?</p> <p>Comment avez-vous fait participer l'équipe entière ?</p> <p>Comment faites-vous le suivi des actions à réaliser ? de l'efficacité ? de l'effectivité ?</p> <p>Quelles sont les modalités de suivi et de mise en place des axes d'amélioration ?</p> <p>Quelles sont les fiches d'actions issues de l'évaluation interne restant à accomplir ?</p>	<p>Direction</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'évaluation interne a été réalisée, le rapport remis aux autorités compétentes. L'évaluation interne fait l'objet d'un suivi. Le comité technique se réunit régulièrement. Pendant ces réunions il suit l'avancée des propositions et des préconisations que l'équipe avait formulées, mais il n'y a pas eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de traçabilité écrite de ces suivis, ○ de mise en place d'un échéancier ou rétro planning. ○ à l'unité ambulatoire le suivi a été arrêté. <p>Lors des réunions du Conseil d'administration, la progression de la réalisation des objectifs de l'évaluation interne est régulièrement discutée.</p> <p>Le rapport d'activité aborde l'atteinte des objectifs de l'évaluation interne.</p>	<p>Entretiens</p>	<p>Membres du conseil d'administration</p> <p>Directrice</p> <p>Directeur adjoint</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>L'évaluation interne a été réalisée en 2012.</p> <p>Elle est exhaustive dans les items analysés.</p> <p>Elle s'appuie sur le référentiel de la Fédération addiction (ANITEA / F3A).</p> <p>Elle a été participative avec les équipes.</p> <p>Elle a été remise dans les délais aux autorités compétentes.</p> <p>Chaque chapitre du référentiel renseigne sur des propositions et des préconisations.</p> <p>Les RBPP sont citées dans le rapport d'évaluation interne.</p>	<p>Il n'y a pas de retro planning indiquant l'échéancier de réalisation.</p> <p>Il n'y a pas de fiches d'action donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pas de responsable du suivi de l'action de désigné, ○ Pas d'unité spécifiée. <p>Les RBPP de l'ANESM ne sont pas connues de tous.</p>	/	<p>Mettre en œuvre un plan d'action des propositions et préconisations de l'évaluation interne non encore réalisées à ce jour.</p> <p>Introduire dans ce plan d'action les propositions et préconisations de l'évaluation externe.</p> <p>Dispatcher le suivi des actions à mener à des référents (ou copilote) qui sont les membres de l'équipe les plus concernés par cette action.</p> <p>Préciser le suivi de cette action dans une fiche de mission.</p>	/

1.2 : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : Modalité d'appropriation et mobilisation selon le sujet traité

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de L'ANESM ne sont peu évoquées dans les documents confiés par la structure.</p> <p>Ni le projet associatif, ni le rapport d'évaluation interne, ni l'instruction « les niveaux de management » n'y font référence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture de l'ensemble des pièces techniques • projet associatif, • projet thérapeutique, • Niveaux de management • 1er rapport d'évaluation interne • Référentiel d'évaluation interne

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Pourquoi n'exploitez-vous pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM qui concernent votre secteur d'activité ?</p> <p>Qui est le référent bienveillance ?</p> <p>Comment pensez-vous diffuser les RBPP de l'ANESM ? par des réunions, des formations ?</p> <p>Concrètement, comment avez-vous réalisé la présentation des RBPP ?</p> <p>Combien de RBPP sont connues dans le service ?</p>	<p>Direction</p> <p>Equipe Transdisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont connues de l'équipe d'encadrement. Cette équipe va directement sur le site de l'ANESM pour les consulter, mais il n'y a pas de lien internet de réalisé sur les ordinateurs du personnel pour atteindre facilement les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le secteur d'activité (couleur verte) ○ celles qui sont transversales à tous les secteurs (couleur bleue). <p>Elles ne sont pas non plus à disposition du personnel sous format papier, dans la salle du personnel qui possède une grande bibliothèque médico-sociale bien fournie.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Observation</p> <p>Visite des lieux</p> <p>Consultation d'écran</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe de direction</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM ne sont pas évoquées en réunion : <ul style="list-style-type: none"> ○ sous leur aspect synthétique (encadré - point de vigilance) ○ développées par un de cas concret. 		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM désignées sous le sigle « RBPP » sont citées dans le rapport d'évaluation interne.</p> <p>Elles sont connues de la direction et de l'encadrement.</p> <p>Les RBPP de la HAS (haute autorité de la Santé) sont connues.</p>	<p>Les RBPP ne sont pas abordées dans les outils de la loi 2002-2.</p> <p>Elles ne sont pas connues des équipes pluridisciplinaires.</p> <p>Elles ne sont pas à disposition des personnels (internet – bibliothèque).</p> <p>Elles ne sont pas abordées en réunion via une veille réglementaire.</p> <p>Elles ne font pas l'objet d'une méthode d'appropriation telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Figurer à l'ordre du jour des réunions, ○ En débattre autour d'un cas concret. 	/	<p>Mettre en œuvre une méthodologie d'appropriation des RBPP des secteurs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'addictologie (vert) ○ De tous les secteurs (bleu) <p>Mettre à disposition du personnel les 54 RBPP parues à ce jour soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Par un lien avec internet ○ En mettant à disposition les RBPP dans la bibliothèque de la salle du personnel. 	/

2 – LES CONDITIONS D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET/OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

2.1 Mise œuvre et actualisation du projet de l'ESSMS

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Il existe un projet associatif qui est décliné par service en projet thérapeutique; Ces documents synthétiques détaillent peu le fonctionnement et l'organisation conformément aux dispositions de l'article L 311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).</p> <p>Les documents ne comportent pas l'année où ils ont été mis en œuvre, ni s'ils ont été validés par le conseil d'administration, et une instance représentative des usagers. La durée de validité de cinq ans n'est pas mentionnée. Les projets ne comportent ni sommaire, ni lexique, ni glossaire.</p>	<p>Projet associatif du 10/01/2013 Projets thérapeutiques</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment avez-vous tiré profit des RBPP de l'ANESM pour l'écrire ? L'avez-vous présenté au CVS ou à une autre forme de participation des usagers ? Les usagers ont-ils été partie prenante dans sa constitution ? Quelles sont les procédures d'évaluation de l'adéquation entre les valeurs affichées et les valeurs produites au quotidien et ressenties par les usagers ? Comment le Conseil de la Vie Sociale a-t-il été associé à l'avancement des travaux d'écriture du projet ?</p>	<p>Conseil d'administration Direction Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il existe un projet associatif et un projet thérapeutique pour le CSAPA "En Ambulatoire". Il ne comporte pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la date de diffusion, ○ la durée de validité (pour mémoire cinq ans), ○ la date de présentation au conseil d'administration pour validation et à une instance des usagers pour avis consultatif (CVS ou autre forme de participation). <p>Le projet thérapeutique est paginé et la date de mise en œuvre est indiquée.</p> <p>Ils ne comportent pas les deux parties disposées par la loi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les objectifs qui doivent se déployer en matière : <ul style="list-style-type: none"> • De coordination, 	<p>Entretien</p> <p>Débriefings avec le comité de pilotage</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe de direction</p> <p>Membres du Conseil d'administration</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> • De coopération, • D'évaluations des activités et de la qualité des prestations ○ Les modalités d'organisation et de fonctionnement pouvant s'appuyer sur les quinze thèmes du décret 2007-975 du 15 mai 2007 et qui figurent dans ce rapport à la page 38 et 39 (tableau du SWOT). <p>Un troisième point figure dans l'article L 311-8 du CASF : « Si des soins palliatifs sont nécessaires, ils seront à préciser avec les conventions » mais il ne concerne pas « Le Mail ».</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Il existe un « projet associatif » pour les ESSMS du Mail.</p> <p>Il existe un projet thérapeutique "en ambulatoire" qui inclut l'unité mobile et la CJC.</p>	<p>Le projet ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF (objectifs et fonctionnement/organisation).</p> <p>Ils n'indiquent pas la durée de validité.</p> <p>Ils n'indiquent pas s'ils ont été présentés à une instance représentative des usagers (CVS ou autres formes) et de l'association (CA, CE...)</p> <p>Le projet de service s'appelle le "projet thérapeutique".</p> <p>Le projet thérapeutique n'est pas assez détaillé.</p> <p>Les projets d'accompagnement social, éducatif, psychologique sont très concis.</p>	<p>Mettre en annexe du projet d'établissement ou de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un glossaire, ○ un lexique. <p>Indiquer sur le projet, un numéro de version.</p> <p>Insérer un sommaire.</p>	<p>Respecter l'appellation du projet conformément aux textes de lois et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) validées par l'ANESM.</p> <p>Réécrire les projets : (associatif et de service).</p> <p>S'aider de la RBPP sur la "L'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service" pour la réécriture de cet outil de la loi 2002-2.</p> <p>Déployer le projet d'établissement en projets d'unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ au siège du 18, ○ en unité mobile ○ au CJC. 	<p><i>Envisager de « caler » la parution du projet d'établissement avec celle du PRS de l'ARS afin d'être en cohérence avec les objectifs du prochain plan.</i></p>

2.2 Ressources

2.2.1 Adéquation des objectifs et des activités de l'ESSMS aux missions imparties et à la population accompagnée

Analyse documentaire	Documents concernés
Les missions de la structure sont en adéquation avec la population accompagnée.	Rapport d'activité

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Une évolution de la population accueillie est-elle constatée ? Si oui laquelle ?</p> <p>Comment la structure s'adapte à ce constat ?</p> <p>Comment avez-vous pris en compte l'évolution de la population ?</p> <p>L'adéquation des moyens mis à disposition et les besoins évalués est-elle efficiente ?</p> <p>Les actions engagées dans l'établissement sont-elles en adéquation avec les missions déclinées dans le projet d'établissement ?</p>	Direction



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La structure rédige un rapport d'activité ainsi qu'un rapport social.</p> <p>Le rapport d'activité est extrêmement détaillé, permettant non seulement de connaître le public accueilli et les soins apportés par les établissements et services mais également par unités.</p> <p>C'est un gros travail de réalisé par les équipes permettant d'avoir des données pointues sur le public accueilli et son comportement.</p> <p>Le CSAPA « En Ambulatoire » dispose d'une unité mobile qui sillonne la Somme au moyen d'un camion équipé de deux bureaux, l'un pour un éducateur spécialisé, l'autre pour une psychologue. Le camion (un 3.5 tonnes de type caravane) est clairement signalé comme faisant de la prévention auprès des usagers de drogues.</p> <p>Le stationnement du camion se fait à la demande de l'utilisateur, cela peut-être près d'un terrain de football, une mairie, un parking... Cela est très modulable et en fonction des besoins de la</p>	Entretiens	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe de direction</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>population.</p> <p>Environ 70 % des personnes venant consulter l'unité mobile sont "sous-main de justice", les 30 % restants constituent des demandes personnelles, notamment pour des utilisateurs d'alcool, cannabis, héroïne.</p> <p>Les partenaires regrettent qu'il n'y ait plus d'interventions du « Mail à Péronne », via la permanence fixe.</p> <p>Une formation au « dépistage rapide » par prélèvements capillaire est en cours pour le personnel qui ne fait pas partie du « Paramédical ». Il recevra une habilitation ARS pour effectuer ces prélèvements.</p> <p>Au CSAPA Ambulatoire, les deux bureaux situés à l'accueil des personnes accueillies sont occupés, l'un par un éducateur spécialisé qui assure directement l'accueil des personnes, l'autre par une secrétaire administrative. ils assurent ainsi un accueil complet, de qualité et offrent les réponses adaptées très rapidement. La présence de l'éducateur spécialisé permet d'entretenir immédiatement une relation personnalisée.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un accueil téléphonique de qualité fait par un éducateur spécialisé et /ou une secrétaire.</p> <p>Un anonymat préservé.</p> <p>Une unité mobile à disposition des habitants de la Somme.</p> <p>Adéquation optimisée entre les missions du CSAPA et la population accompagnée.</p>	/	/	/	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Le Mail est pionnier dans l'accompagnement des personnes ayant des addictions (par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ les professionnels alcooliers ○ la mise en place en 1996 du programme méthadone... <p>Formation du personnel non paramédical, aux prélèvements capillaires.</p> <p>Habilitation ARS délivrée après cette formation.</p> <p>L'ouverture d'une unité CSAPA avec hébergement pour Femmes avec enfant de moins de 3 ans.</p> <p>La prise en charge des joueurs (jeux vidéo et jeu pathologique).</p>				

2.2.2 Les ressources

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La gestion financière est abordée dans la grille du référentiel. Il est précisé que la structure possède des outils comptables tels que les logiciels "Kéops" et "EIG".</p> <p>Un budget prévisionnel est présent et la structure bénéficie du suivi de la comptabilité par un expert-comptable et un commissaire aux comptes.</p> <p>Le service n'a pas la nécessité d'un suivi de la trésorerie.</p> <p>Il existe un document unique de délégation « DUD » entre la direction et un chef de service.</p> <p>Le budget global n'est pas abordé dans les documents.</p>	Référentiel : DR 5.1 1 - 5.1.2 - 5.1.3 - 5.1.4.

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment équilibrez-vous votre budget ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?</p> <p>Quel est le montant du prix de journée ?</p> <p>Quelle est votre stratégie pour réduire les dépenses ?</p> <p>Comment est structurée l'information financière (indicateurs et tableau de bord, suivi budgétaire) ?</p> <p>Qui élabore le budget prévisionnel et comment les besoins sont-ils recensés ?</p> <p>Existe-t-il une stratégie d'investissement ?</p>	<p>Direction</p> <p>Service comptables</p> <p>Chef de service</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les locaux du CJC et du CSAPA Ambulatoire sont en location. Le parc automobile appartient au Mail.</p> <p>Le budget du CSAPA ambulatoire est de 1.4 millions d'euros</p> <p>Le budget est équilibré et il y a de nombreux indicateurs financiers de produits. Le logiciel « Keops » permet le montage des budgets et des comptes financiers.</p> <p>Il existe un suivi rigoureux de la comptabilité par groupes. Le « groupe 2 » est suivi tous les mois et les « groupes 1 et 3 » tous les trimestres.</p> <p>Il existe également des procédures financières pour sécuriser le parcours des chèques et</p>	Entretien	Directeur adjoint

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>leurs signatures. Toutefois la délégation unique de décision (DUD) existe.</p> <p>Le rapport social précise également la partie financière spécifique à chaque service (ou unité).</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Le CSAPA bénéficie d'une dotation globale.</p> <p>Un budget équilibré.</p> <p>Un plan prévisionnel d'investissement sur huit ans.</p> <p>La gestion financière est rigoureuse et saine.</p> <p>Existence de procédures financières rigoureuses.</p> <p>La délégation est actée dans la fiche de poste du directeur adjoint.</p>	<p>Pas de document de délégation unique de décision (DUD).</p>	<p>Remettre en place un document unique de délégation entre la direction et la direction adjointe.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>

2.2.3 La gestion des achats

Analyse documentaire	Documents concernés
La gestion des achats au quotidien est peu abordée dans les pièces techniques. Toutefois le référentiel d'auto évaluation DR 4.3.2 indique que les salariés possèdent une carte carburant et autoroute et sont autorisés à faire des dépenses inférieures à 100.00 € pour le bon accomplissement de leur travail. Lors des déplacements les frais de repas sont remboursés.	Référentiel d'auto évaluation : DR 5

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment gérez-vous les achats au quotidien ?</p> <p>Le personnel de terrain est-il concerné ?</p> <p>Comment sont sélectionnés les produits au sein de l'établissement ?</p> <p>Le personnel est-il informé des crédits autorisés ?</p> <p>Comment sont organisés les achats ?</p> <p>Comment sont sélectionnés les produits au sein de l'établissement ?</p> <p>Le personnel est-il informé des crédits autorisés ?</p>	Equipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La gestion des achats est managée par le directeur adjoint avec efficacité. Il négocie les achats directement avec les fournisseurs, afin d'obtenir les meilleurs prix.</p> <p>Les chefs d'équipes connaissent le budget qui leur est attribué. Ils disposent d'une caisse, d'une carte bancaire sans retrait et d'une carte carburant. Ils sont plus particulièrement en charge de la commande des produits ménagers.</p> <p>Les commandes ont lieu deux fois par an. Le personnel peut exprimer une demande ponctuelle si le besoin est ressenti. Certains petits achats sont réalisés par le personnel et font l'objet de fiche de frais et de remboursement.</p>	Entretiens	<p>Directrice</p> <p>Directeur adjoint</p> <p>Comptable</p> <p>Chef de service</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Les petits achats sont facilement acceptés par l'encadrement. Les demandes d'achats plus importants sont faites auprès des chefs de service qui remontent celles-ci à la direction. Elles sont priorisées en fonction de leur pertinence. Des cartes pétrolières dans chaque véhicule de service.	/	/	/	/

2.2.4 – Le cadre de vie

3 Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le CSAPA ambulatoire exerce dans plusieurs lieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le 18 rue Delpech, ○ La CJC (consultation de jeunes consommateurs au 4 bd Carnot), ○ Des antennes ○ Les consultations au cabinet des médecins généralistes ○ L'unité mobile composée d'un véhicule équipé de deux bureaux. <p>Certains lieux sont mutualisés avec le CSAPA Hébergement.</p> <p>Le CSAPA Ambulatoire dispose de 3 photocopieurs, 15 postes informatiques, 4 bornes WIFI, de bureaux équipées avec les fournitures.</p>	<p>Plaquettes d'information Dr 4.3.2</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quel est l'état des locaux et des équipements ? Quelle est leur fonctionnalité ? Quels sont les aménagements à envisager, notamment en termes d'adaptation à l'évolution de la population ? Les locaux et véhicules sont-ils adaptés à la particularité des personnes accueillies ? Les locaux sont-ils adaptés à la spécificité des activités ?</p>	<p>Personnel et usagers présents lors de la visite.</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les locaux du CSAPA Ambulatoire sont situés directement en front de rue. Une grande porte cochère permet d'accéder à un SAS d'accueil, dont les portes vitrées s'ouvrent sur un hall d'entrée spacieux et accueillant.</p> <p>La consultation jeune consommateur «CJC » a volontairement été écartée du bâtiment principal afin de renforcer le sentiment d'appartenance à un lieu encore préservé des addictions fortes et des drogues dites « dures ».</p> <p>La « CJC » permet un échange avec les parents dans un espace plus "coconing et sécuritaire".</p>	<p>Visites sur site. Observation</p>	<p>Chef de service Educateurs spécialisés Educateur de nuit</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Au CJC il y a deux bureaux avec deux fauteuils et un bureau avec quatre fauteuils pour accueillir les familles. Ces fauteuils sont volontairement "contenants".</p> <p>L'usager n'est jamais seul dans un bureau.</p> <p>Tous les locaux sont propres et bien entretenus.</p> <p>Le local principal situé 18 rue Delpech à Amiens est un bâtiment qui comprend de nombreux bureaux. Chaque salarié peut personnaliser son espace</p> <p>L'accueil est composé de deux bureaux qui donnent sur une autre pièce appelée "l'aquarium" et est à destination de l'administratif. Elle dispose de la logistique nécessaire pour tous les membres du personnel (photocopieur, matériel de bureau, réserve de documents...).</p> <p>Cette pièce donne sur un long couloir où s'effectue beaucoup de rangement et sur lequel s'ouvre le bureau d'un médecin.</p> <p>Une salle d'attente est située en face de l'accueil et donne directement sur l'infirmerie en étant séparée de celle-ci par une double porte.</p> <p>L'infirmerie est spacieuse, bien équipée, possède deux grandes armoires à pharmacie qui sont de véritables coffres forts, les fenêtres donnant sur la rue sont verrouillées par des serrures résistantes et la nuit des volets roulants occultent les fenêtres.</p> <p>Près de la salle d'attente, d'autres bureaux de médecins dans lesquels sont conservés les dossiers médicaux des personnes inscrites sur la file active et ceux des personnes sorties. Les archives vont être remaniées en 2017.</p> <p>un long couloir qui possède une superbe mosaïque d'un autre siècle, conduit :</p> <ul style="list-style-type: none"> o vers la cuisine du personnel qui est sympathique, agréable, bien équipée, propre et qui est à destination, non seulement du personnel du CSAPA « En Ambulatoire » mais également du CSAPA « Hébergement » et de ses différentes unités. o Des sanitaires destinés au personnel et une très petite cour fermée, qui est destinée au personnel souhaitant fumer. o un WC est à disposition des usagers. Les travaux d'accessibilité au public en situation de handicap physique sont prévus dans les deux ans. <p>Ce couloir débouche sur huit bureaux accessibles par différents escaliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> o En haut de deux marches, il y a le bureau de l'éducatrice», 		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> ○ En bas d'une dizaine de marche des bureaux d'éducatrices et de psychologues, ○ en haut d'un escalier étroit : ○ la salle du personnel équipée d'une grande bibliothèque, ○ du bureau d'un des chefs de service, ○ d'une salle de réunion qui sert plus particulièrement aux équipes du CAARUD et aux rencontres des instances représentatives du personnel. <p>En revenant vers le hall d'entrée, un l'escalier principal dessert :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Au premier entresol le bureau d'une chef de service de l'UMN, ○ Au deuxième entresol le bureau du directeur adjoint, ○ au premier étage le bureau de la directrice, des secrétaires de direction et du service comptable, ○ au deuxième étage une belle salle de réunion, bien éclairée et bien exposée à destination uniquement des équipes. Elle est équipée du matériel nécessaire aux projections de documents. 		

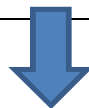


Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Le conseil d'administration et l'équipe de direction listent leurs besoins actuels en bureaux et locaux, afin d'optimiser les espaces de travail et de définir une stratégie.</p> <p>Les usagers restent au rez-de chaussée et sont accompagnés.</p>	<p>Des lieux labyrinthiques (pour qui ne connaît pas)</p>	<p>Continuer la réflexion engagée sur les besoins en locaux adaptés à la fois aux usagers et au personnel.</p> <p>Mettre en œuvre le remaniement des archives.</p>	/	/

2.2.5 - Système d'information et communication

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La structure dispose d'un site internet. La lecture des documents permet de savoir que la communication et l'information passent par des réunions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une fois par semaine pour les équipes sur le temps de travail, ○ Un comité de direction une fois tous les quinze jours, ○ Une réunion cadre tous les deux mois, ○ Une réunion institutionnelle une fois par an, ○ Une journée de réflexion par service ou une demi-journée. <p>De plus il y a une réunion mensuelle d'une heure pour le CJC Cette réunion est animée par la chef de service et aborde à la fois l'organisationnel et la prise en charge des usagers. Il existe un guide méthodologique d'organisation et de tenue des réunions du comité de direction.</p>	<p>Rapport d'activité 2015 page 104 Lecture des pièces techniques Projet thérapeutique page 26; Guide méthodologique des comités de direction. Référentiel DR 4.4.3</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quelle est la place des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'établissement ? Comment est organisée la gestion des documents en interne et les diffusions ? Comment sont pensés les droits d'accès à l'information ? Comment est organisé l'accueil téléphonique ? De quels logiciels de gestion dispose l'établissement (logiciel de gestion documentaire, de gestion financière, de gestion RH ...)?</p>	<p>Direction Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Tableaux d'affichages : Il existe plusieurs tableaux d'affichage au sein des différentes unités du CSAPA « En Ambulatoire ». Ceux du CJC sont clairs. Ceux du « 18 » gagneraient à être plus lisibles en portant des titres au-dessus des documents affichés, comme par exemple : Divers – Veille juridique – notes d'informations au personnel etc...</p> <p>L'informatique : Le CSAPA « En ambulatoire » est en réseau. Une partie du dossier est informatisé. Elle concerne l'inscription de l'utilisateur au CSAPA, les dates de rendez-vous. La structure possède quelques logiciels spécifiques tels que ProGdis La direction suit les avancées des travaux de la Fédération addiction sur la réalisation d'un logiciel dédié aux</p>	<p>Visite des lieux, Consultation des tableaux d'affichage Observation des cahiers et des dossiers</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>CSAPA.</p> <p>Réunions d'équipe : Le personnel du CSAPA « En Ambulatoire » participe à la réunion du mardi de 14 h à 17 h. Il y a la réunion de la commission méthadone toutes les semaines à laquelle participe médecin, IDE, psychologue, chef de service et référent de l'utilisateur.</p> <p>La réunion fait l'objet d'un ordre du jour (ODJ), qui est ouvert aux nouveaux points jusqu'à 14 h, mais il y a toujours des questions diverses afin de ne pas fermer cet ODJ. Elle est animée par un chef de service. Le secrétariat est fait à tour de rôle et les décisions prises sont notées sur le cahier de réunion. Les IDE reprennent une partie des notes afin de les retranscrire sur le cahier de liaison de l'infirmier. Il n'y a pas de maître du temps de désigné lors de ces réunions.</p> <p>Code couleur : Il y a une couleur définie par année pour repérer tous les documents. L'année 2017 est celle de la couleur verte.</p> <p>Les transmissions écrites : Encore très nombreuses Elles se traduisent par un cahier de liaison, un cahier de réunion et la tenue du dossier de l'utilisateur. Pour chaque usager, sont constitués : <ul style="list-style-type: none"> ○ un Dossier de suivi, ○ une Fiche de renseignement, ○ une Fiche d'évaluation actualisée tous les 6 mois. </p> <p>Les cahiers de liaison des IDE : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le cahier de la "Commission Méthadone" où sont notifiées la posologie, le rythme d'administration de celle-ci et les difficultés organisationnelles rencontrées par l'utilisateur. ○ Le cahier des absences : sur lequel sont notées la date d'arrêt du traitement par l'utilisateur et la date de reprise par l'utilisateur. Cette fiche porte trois signatures : celle de l'utilisateur de l'IDE et du médecin. ○ A l'infirmier du CSAPA « En Ambulatoire » tous les dossiers des usagers sont tenus sur ordinateur sous ProGedis. ○ Les IDE peuvent gérer la dispensation de traitements annexes. </p> <p>NTIC : Utilisation des mails est fréquente, mais l'équipe n'utilise pas les « SMS ».</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Une méthodologie de réunion pour le comité de direction.</p> <p>Des réunions organisées et structurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animateur, • ODJ, • secrétariat en roulement, • compte rendu des réunions. <p>Une informatisation des données qui va se mettre en place selon les orientations qui seront données par la Fédération Addiction.</p> <p>Par sécurité non utilisation des SMS pour communiquer avec l'équipe médicale.</p> <p>Utilisation de quelques logiciels : ProGdis ...).</p> <p>Un code couleur pour les documents d'une année civile.</p> <p>Des tableaux d'affichage présents.</p>	<p>Pas de maître du temps de désigné lors des réunions.</p> <p>Pas de charte graphique de définie pour tous les ESSMS du Mail.</p> <p>Pas d'harmonisation dans la présentation des documents</p> <p>Communication encore essentiellement orale et manuscrite.</p> <p>Un besoin de sécuriser l'archivage des dossiers.</p> <p>Des tableaux d'affichage pas assez structurés.</p> <p>Un logiciel ProGdis qui ne satisfait pas les équipes au regard de la doses bi journalière de méthadone.</p>	<p>Continuer à suivre les travaux de réflexion de la Fédération Addiction sur l'informatisation des CSAPA.</p> <p>Structurer les tableaux d'affichage.</p> <p>Mettre en œuvre une procédure d'archivage des dossiers.</p>	/	/

2.2 L'accompagnement des professionnels

2.3.1. Cohérence entre le projet d'établissement et le projet de l'organisme gestionnaire

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le projet thérapeutique (qui remplace dans la structure le projet de service) reprend les objectifs du projet associatif. Toutefois celui-ci est plus un rappel historique que la ligne directrice présentant l'organisation et le fonctionnement du CSAPA Le mail à moyen terme (les cinq années prochaines).</p> <p>Les projets thérapeutiques, comme le nom l'indique, limite le projet à la dimension soin et détaille peu les autres dimensions. Toutefois il y a, à la lecture, une cohérence entre les deux projets.</p>	<p>Projet associatif</p> <p>Projet thérapeutique du CSAPA ambulatoire</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quels sont les liens entre l'établissement et l'organisme gestionnaire ?</p> <p>Quelle est l'articulation entre le projet d'établissement et les objectifs posés par l'organisme gestionnaire ?</p>	<p>Direction</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il existe un projet associatif d'où découle le projet thérapeutique qui concerne les unités du CSAPA « En Ambulatoire ».</p> <p>Bien qu'incomplets dans leur composition, il y a une cohérence entre eux. Cette cohérence se retrouve également avec le projet thérapeutique du CSAPA « Hébergement » et celui de l'UMN.</p> <p>Le projet associatif aborde également le CAARUD, autre ESSMS de l'association "Le Mail", mais il n'est pas concerné actuellement par l'évaluation externe.</p> <p>Les différents projets ne sont pas tous datés et ne comportent pas la durée légale de validité et doivent être revus. Ils n'indiquent pas non plus la validation par le Conseil d'administration et l'avis consultatif du CVS ou d'une autre forme de participation.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Diagnostic partagé lors de la réunion de clôture avec le comité de pilotage et des membres du CA</p>	<p>Président de l'association,</p> <p>Membres du CA,</p> <p>Comité de pilotage,</p> <p>Equipes de direction et d'encadrement</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il serait intéressant au regard de l'échéance du prochain PRS (plan régional de santé) de reprendre ces différents projets ainsi que leurs objectifs et de les faire coïncider, en anticipant toutefois la rédaction de l'organisation et du fonctionnement.</p> <p>Le peaufinage des objectifs pourraient se faire juste après la parution du Plan régional de santé de l'ARS des Hauts de France qui doit couvrir la période de 2018 à 2023.</p>		

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Existence d'un projet associatif.</p> <p>Existence d'un projet thérapeutique</p> <p>Cohérence évidente sur le terrain entre les valeurs associatives et des valeurs de l'ESSMS</p>	<p>Le projet thérapeutique ne met pas en valeur le savoir-faire des équipes.</p>	<p>Se faire aider dans la réécriture des outils de la loi 2002 – par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un(e) responsable qualité <li style="padding-left: 40px;">et/ou ○ Un consultant externe. 	/	/

2.3.2. Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale et compétences)

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le personnel est formé et diplômé et assure un suivi transdisciplinaire. Il n'y a plus de bénévoles depuis de nombreuses années.</p> <p>L'organigramme indique la présence de médecins, psychologues, personnel paramédical, personnel d'entretien.</p> <p>Les fiches de postes ne sont pas présentées dans le projet associatif (ou le projet thérapeutique). Elles sont même à formaliser (DR 4.1.5).</p>	<p>Projet associatif page 2</p> <p>Rapport d'activité page 7</p> <p>Référentiel page 18</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quelles sont les qualifications de votre personnel</p> <p>L'équipe éducative, des services et médicale est-elle adaptée à la population ?</p> <p>Comment sont envisagées les évolutions de recrutement ?</p> <p>Comment s'élabore le plan de formation ?</p> <p>Les actions de formation sont-elles mises en œuvre par l'établissement pour répondre aux besoins des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'amélioration des pratiques professionnelles ? • Pour l'adéquation aux besoins des jeunes et de leur accompagnement ? 	<p>Direction</p> <p>Secrétaire</p> <p>Personnel</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>Le personnel en charge des usagers est qualifié et formé. Les diplômes correspondent aux besoins de la population (Infirmières D.E, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistance sociale, éducatrice de jeunes enfants, agents techniques, personnels administratifs...). Des formations qualifiantes sont en cours (CAFERUIS, masters...)</p> <p>L'accueil téléphonique, est réalisé parfois en binôme avec une secrétaire et un éducateur spécialisé. A l'unité mobile, il n'y a pas de déplacement tous les jours. Le camion est également par l'équipe de prévention "C.J.C" et le CAARUD.</p> <p>L'équipe de direction est composée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La directrice : docteur en médecine et spécialisée en addictologie, en santé publique ainsi qu'en bioacoustique et phonétique. Elle assure régulièrement le suivi des projets thérapeutiques avec les chefs de service et également certains aspects des ressources humaines notamment pour le 	<p>Entretiens</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Equipe d'encadrement</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>personnel éducatif et médico-social.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le directeur adjoint orienté plus particulièrement vers la comptabilité, la gestion, les achats, la relecture des contrats et en quelque sorte il assure le rôle de "DAF". Il prépare un DEESS (dirigeant d'entreprise de l'économie sociale et solidaire) à l'IRTS de Montpellier <p>L'équipe médicale est composée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> un médecin praticien hospitalier dans un service de psychiatrie du CH Philippe Pinel. Il a participé en mai 1996 au premier programme méthadone. un médecin généraliste, praticien attaché à un service d'infectiologie, un médecin généraliste spécialisé dans la nutrition et ses déviations (boulimie - anorexie) et orienté également vers les dépendances comportementales telles que celles des « Gambleurs » et des « Gamers ». <p>Depuis l'évaluation interne les fiches de postes ont été écrites pour toutes les professions présentes. Au jour de l'évaluation sur site, il ne restait que deux fiches de poste à peaufiner. Les fiches de missions ne sont pas encore écrites mais elles sont en réflexion.</p> <p>Il y a quelques années il existait une évaluation annuelle des compétences, mais celle-ci s'est arrêtée. Elle doit être prochainement être rétablie et la grille de l'entretien est en cours de finalisation. Les chefs de services reçoivent actuellement une formation pour réaliser ces entretiens.</p> <p>La structure adhère à la CCN 66. Le règlement intérieur a été révisé lors des modifications du Code du travail en 2009 avec l'appui d'un avocat. Le contrat de travail est préparé par le directeur adjoint qui veille, entre autre, au suivi des indices de salaire et à la reprise de l'ancienneté.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Un personnel diplômé à tous les étages de l'organigramme.				
Un personnel motivé et impliqué.	/	/	/	/
Des fiches de postes pour tous.				

2.3.3. L'accueil de nouveaux salariés

Analyse documentaire	Documents concernés
Le référentiel précise que les nouveaux embauchés sont accueillis par le chef de service et l'équipe mais que cet accueil n'est pas formalisé (DR 4.1.4) Il ne semble donc qu'il y ait de mis en œuvre le livret d'accueil du nouvel embauché ou le livret d'accueil du stagiaires.	Référentiel page 21

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Comment vérifiez-vous l'harmonie des informations données aux nouveaux arrivants (stagiaires - salariés) ? Un parrainage est-il mis en place ? Demandez-vous un rapport d'étonnement aux nouveaux arrivants ?	Stagiaires Dernier embauché Tuteur de stage Chef de service



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il n'existe pas de procédure écrite et formalisée concernant l'accueil du nouveau salarié ou stagiaire, ni le livret d'accueil du nouvel arrivant. Le règlement intérieur du personnel est affiché au secrétariat du CJC.</p> <p>Toutefois celui-ci est réalisé de façon homogène avec une présentation des documents de l'association et du CSAPA ((règlement intérieur, règlement de fonctionnement, projet thérapeutique,)), puis une période d'observation de une à deux semaines selon l'adaptation du nouvel arrivant. Il y a peu de turn-over et le personnel est relativement stable.</p> <p>L'accueil des stagiaires n'a pas été évoqué et nous n'en n'avons pas rencontré. Le règlement intérieur est affiché au secrétariat du CJCE et au CSAPA Ambulatoire Outre les stagiaires éducateurs spécialisés et IDE, la présence de stagiaires serait un atout, notamment des stagiaires dans le domaine de la qualité (pour exemple celles de la faculté de Lille 2 « Ilis », qui forme les étudiantes au Master Ingénierie et Management de la Santé).</p> <p>Elles pourraient de plus aider l'équipe ; très occupée par les projets personnalisés des usagers et leur réactualisation très fréquentes ; à rendre conforme les outils de la loi 2002-2 aux textes de lois et aux textes règlementaires et à mettre en forme les documents qualifiés.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Observation</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe de direction</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Le nouvel arrivant bénéficie d'un parrainage pendant quelques semaines.	Il n'y a pas de dossier du nouvel arrivant qu'il soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Salarié, ○ Stagiaire. 	<p>Mettre en place le dossier du nouvel arrivant.</p> <p>Procédurer les documents devant figurer dans ce dossier.</p> <p>Demander au nouvel arrivant un rapport d'étonnement dès la fin de la première semaine.</p>	/	<i>Les nouveaux arrivants voient ce que les professionnels, par habitude, ne voient plus.</i>

2.3.4. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations accompagnées

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La formation est évoquée tout au long des documents. Les demandes de formations sont validées en réunion de "DP".</p> <p>Le plan de formation (annuel ou triennal) n'est pas joint aux documents et ne figure pas dans le projet associatif (et thérapeutique). La GPEC n'est pas évoquée. Il n'y a pas d'entretien annuel des compétences (DR 4.4.1). Les comptes rendus de DP montrent qu'il y a des formations qualifiantes d'acceptées</p> <p>Il semble à la première lecture des documents que c'est la CCN 66 qui est appliquée, mais cette information n'a pas été retrouvée lors des lectures suivantes ! L'OPCA n'est pas connu.</p>	<p>Référentiel d'évaluation DR 4</p> <p>Compte rendu des réunions des DP</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment se déroule l'entretien professionnel (compétence) et l'entretien annuel d'évaluation (performance, atteinte des objectifs) ? Avez-vous une grille ?</p> <p>Comment se fait le lien entre ces deux évaluations et le plan de formation ?</p> <p>Quelles sont les modalités d'évaluation au retour de formation ?</p> <p>Comment mesurez-vous l'impact des formations sur la qualité du travail ?</p> <p>Où est le planning de formation ?</p> <p>Comment le plan de formation est-il élaboré (une commission issue du CE) ?</p> <p>Comment les actions de formation mises en œuvre par l'établissement répondent-elles aux besoins des professionnels /</p> <ul style="list-style-type: none"> o en termes d'amélioration des pratiques professionnelles ? o en termes d'adéquation aux besoins des usagers ? <p>Y a-t-il une GPEC de programmée ?</p> <p>Existe-t-il un plan de formation pluri annuel ?</p> <p>Les entretiens annuels : modalités de mise en œuvre (grille support, priorisation ...). Participent-ils aux demandes de formation ?</p>	<p>Direction</p> <p>Chef de service</p> <p>DP</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La sélection du personnel administratif est sous la responsabilité du directeur adjoint et la sélection du personnel social et paramédical sous la responsabilité de la directrice et des chefs de services.</p> <p>Le plan de formation est réalisé directement sur le site d'UNIFAF par le directeur adjoint. Les</p>	<p>Entretien</p>	<p>Directeur adjoint</p> <p>Chef de service</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>orientations du plan de formation sont données par l'association et réalisées par la direction après recueil des desideratas de chacun. Les formations diplômantes sont favorisées.</p> <p>Il n'y a plus d'entretien professionnel ni annuel d'évaluation. L'équipe mobile précise qu'elle a participé, il y a quelques temps, à un entretien annuel individualisé formalisé.</p> <p>Le budget formation est de 14 000 € auxquels s'ajoutent des crédits spécifiques, des fonds mutualisés qui permettent d'élever l'enveloppe à la somme de 23 000.00 €.</p> <p>Les délégués du personnel sont impliqués dans le plan formation. Le conseil d'administration est informé des orientations de formation à prendre pour la structure et des formations accordées.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Des orientations de formation données par le conseil d'administration.</p> <p>Des entretiens annuels des compétences structurés, ont existés.</p> <p>Un plan de formation informatisé sur le serveur d'UNIFAF.</p> <p>Un budget de formation bien négocié</p> <p>Des DP investis dans le plan de formation.</p> <p>Des membres des équipes vont à l'extérieur faire des formations (ou en intramuros).</p> <p>Des chefs de services se forment actuellement à la pratique des entretiens annuels.</p>	<p>Une évaluation annuelle des compétences qui ne se fait plus depuis quelques temps.</p> <p>Pas encore de fiche de mission, donc pas d'évaluation des performances.</p>	<p>Poursuivre la reprise engagée des entretiens annuels des compétences.</p> <p>Mettre en place des fiches de missions.</p>	<p>Réaliser les deux entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> o des compétences, o des performances, <p>disposés par la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, l'emploi et la démocratie sociale.</p>	/

2.3 Gestion de crise et des risques

2.4.1 Continuité des interventions

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le CSAPA Ambulatoire est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 12 h et de 14 h à 19 h. La consultation de jeunes consommateurs (CJC) l'est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> o de 15 h à 18 h le lundi, o de 10 h à 13 h le mardi et jeudi, o de 10h à 13 h et de 15 h à 18 h le mercredi et le vendredi. <p>La continuité de l'intervention auprès des usagers sera évaluée sur place.</p>	<p>Ensemble des pièces techniques Livret d'accueil page 9</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment assurez-vous la continuité des interventions ? Avez-vous un pool de remplaçants ? Comment est assurée la liaison entre les structures ? Comment se passe le relais entre les équipes ? Comment l'établissement, gère l'orientation et le suivi après la sortie de la personne accompagnée ? Comment l'établissement maintient la qualité de l'accompagnement face à l'absentéisme ou autres difficultés rencontrées ?</p>	<p>Les membres de l'équipe transdisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il y a peu d'absentéisme des membres de l'équipe. Si celui-ci se produisait, le rendez-vous donné à l'utilisateur est déplacé et il en est informé par téléphone. En effet le lien établi avec un psychologue et un travailleur social ne peut se transférer à un autre professionnel, lors des courtes absences.</p> <p>Il n'y a pas d'arrêt des prestations demandés par l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA. L'utilisateur vient tant qu'il en ressent le besoin, il peut discuter avec son référent de sa volonté d'arrêt qui sera discutée entre professionnel. Ceux-ci se tiennent à disposition afin de revoir l'utilisateur en fonction de ses besoins.</p> <p>Le CSAPA Ambulatoire est ouvert toute l'année du lundi au vendredi. Le camion de l'unité mobile sillonne environ 27 000 Km par an. L'unité mobile ne fonctionne pas pendant les congés payés des membres de l'équipe mobile. Le CJC</p>	<p>Entretiens</p>	<p>Membre de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>Membres de l'équipe mobile</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
suit les jours d'ouverture du CSAPA Ambulatoire. Elle est également ouverte un samedi sur deux.		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un accueil téléphonique de qualité fait par un éducateur spécialisé et ou une secrétaire.</p> <p>Présence d'un répondeur en dehors des heures d'ouverture.</p> <p>Des médecins présents tous les jours de la semaine à des plages horaires différentes.</p> <p>Des médecins joignables par téléphone, en dehors de leur présence physique dans les locaux.</p>	<p>Pas de traçabilité de l'activité du standard.</p>	<p>Mettre en place une traçabilité de l'activité du standard de type étude de tâches.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>

2.4.2 L'évaluation et les actions de prévention des risques professionnels

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Il existe un DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) qui est bien rédigé, clair et qui semble complet. il a été réalisé le 19 juillet 2016.</p> <p>Les risques psycho-sociaux sont inclus dans le DUERP. Un CHSCT est présent et s'est réuni deux fois en 2016. Au regard de la présence d'une unité mobile équipée d'un véhicule, le risque routier sera particulièrement observé sur place.</p> <p>La structure bénéficie de onze véhicules pour les déplacements (DR 4.3.1).</p>	<p>DUERP</p> <p>Compte rendu des réunions du CHSCT.</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Existe-t-il des statistiques relatives aux accidents du travail et aux arrêts maladie ?</p> <p>Qui s'occupe de la gestion des risques ?</p> <p>Existe-t-il un tableau faisant l'inventaire des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés ?</p> <p>Comment l'usure du personnel et-elle prise en compte ?</p>	<p>Membres du CHSCT</p> <p>Direction</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il existe un DUERP, bien fait indiquant des axes de progression qui sont en cours de réalisation. Il inclut les RPS (risques psychos sociaux). Ce DUERP a été actualisé et c'est la deuxième version. La réflexion sur les RPS a été menée avec l'aide d'un consultant extérieur et un plan d'action a été bâti. Les professionnels rencontrés montrent leur satisfaction, d'avoir participé à ce travail et à suivre la réalisation des actions qui en découlent. Il n'y a pas de violence au sein du CSAPA, que cela soit les usagers entre eux, les usagers envers le personnel ou le personnel (et/ou l'institution) envers les usagers. Le personnel a la culture de la bienveillance.</p> <p>Il existe des marches isolées à plusieurs endroits.</p> <p>Le risque routier : Le CSAPA « En Ambulatoire » possède une unité mobile qui dispose d'un camion destiné à parcourir la Somme à la rencontre des usagers. Concernant la sécurité liée à l'utilisation du véhicule, l'équipe mobile rencontrée précise qu'en cas d'intempérie :</p>	<p>Entretiens</p> <p>Visite des lieux</p>	<p>Représentant des trois instances du personnel.</p> <p>Directeur adjoint,</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> o elle ne circule pas et évalue elle-même le danger (verglas, neige) et ne dispose pas de pneus particuliers, o elle ne relève pas du même niveau de risques que les arrêtés préfectoraux qui disposent de la circulation des transports scolaires et va au-delà des exigences de cet arrêté. <p>Les membres de l'équipe n'ont pas remis à leur employeur une attestation sur l'honneur précisant qu'ils signalent immédiatement toute suspension ou retrait du permis de conduire. Il n'y a jamais d'usagers dans le véhicule quand celui-ci roule.</p> <p>Le camion est entretenu directement par l'équipe concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> o les contrôles techniques, o les éventuelles pannes, o l'entretien intérieur du véhicule. <p>A bord du camion, il y a un carnet de bord sur lequel sont notés :</p> <ul style="list-style-type: none"> o les horaires de conduite, o qui est au volant, o le kilométrage de départ et d'arrivée. <p>Si une infraction au Code de la route est commise, le paiement du procès-verbal est à la charge du conducteur.</p> <p>Les instances représentatives du personnel : Le représentant du personnel, présent lors des entretiens, a précisé qu'il y a une "DUP" (délégation unique du personnel) et qu'il est présent dans les trois instances (CHSCT - CE - DP). Il précise également que les représentants du personnel (DP) n'ont pas d'entrave à l'exercice de leur fonction, qu'ils disposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> o d'un ordinateur et d'une boîte mail dédiés, o de tableau d'affichage, o d'une armoire pour ranger leur dossier, o et que s'ils ne disposent pas d'un local spécifique, la petite salle de réunion est à leur disposition et leur convient. <p>Il précise également que le climat social est bon, que la direction ainsi que les chefs de service sont à l'écoute des équipes.</p> <p>Lors des réunions du CHSCT, des représentants du CARSAT et de l'inspection du travail sont toujours invités. Les membres du CARSAT sont parfois absents, mais les représentants de l'inspection du travail sont régulièrement présents. Le directeur adjoint à également la mission d'être "Animateur sécurité" et de ce fait participe aux réunions du CHSCT qui se tiennent tous</p>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>les trois mois. Les réunions des trois instances (CHSCT - DP - CE) comportent toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un ordre du jour ○ un animateur, le rôle étant tenu par la directrice, ○ un secrétaire. <p>Concernant le CE, les actions envers les professionnels sont centrées sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ des chèques vacances (délivrés en fonction du temps de travail partiel ou non et avec seuil plancher), ○ Les œuvres sociales qui concernent surtout les billets de cinéma. ○ L'équipe de direction précise que ces "cadeaux" ne dépassent jamais le montant autorisé par l'URSSAF. <p>Il existe également un rapport social permettant une vision sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire notamment par des informations sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ les entrées et sorties du personnel ○ les arrêts de travail et les arrêts maladie, ○ les professions, ○ le genre de la population (hommes et femmes), ○ etc <p>...</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Une note d'information à destination du personnel pour rappeler les bonnes pratiques de la conduite automobile. Un bon climat social.</p> <p>Une bonne ambiance de travail.</p> <p>Des représentants des différentes instances (DP – CHSCT – CE) satisfaits des relations avec l'encadrement.</p>	<p>Pas de kit main libre pour le camion de l'unité mobile.</p> <p>Pas de GPS</p>	<p>Poursuivre et orienter la dynamique créée par le plan d'action des RPS, vers la démarche d'amélioration de la qualité (dite DACQ).</p> <p>Réfléchir à l'opportunité d'un</p>	/	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Pas d'entrave aux missions des représentants du personnel</p> <p>Un DUERP réactualisé.</p> <p>Une motivation du personnel pour le plan d'action des RPS.</p>		<p>GPS et d'un Bluetooth.</p> <p>Signaler les marches isolées.</p>		

2.5 Accompagnement des usagers

2.5.1 Données qualitatives et quantitatives disponibles au sein de l'ESSMS permettant de caractériser le profil de la population accompagnée, de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers.

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La structure recueille énormément de données statistiques sur la population accueillie. Beaucoup de domaines sont explorés et les statistiques sont nombreuses. Cependant il est difficile d'analyser les résultats des statistique et de les comparer au regard d'une méthodologie de classement différente entre les chapitres.</p> <p>Le rapport d'activité de 2015 comprend 237 pages dont une grande partie est consacrée à la production de tableaux.</p>	Rapport d'activité

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Avec quels outils réalisez-vous ces statistiques ? A quel rythme et par qui est faite l'étude de la population accueillie ? L'évolution des publics a-t-elle des incidences sur les perspectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ d'activités, ○ de projets de l'établissement ? ○ de formation ? ○ d'embauche ? 	<p>Direction</p> <p>Secrétaires</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les statistiques sont issues du logiciel ProGdis, à partir des données entrées quotidiennement.</p> <p>Le CSAPA du 18 rue Delpech : Les statistiques sont très fouillées et donnent énormément d'informations sur le public qui compose la file active, notamment sur le profil, les actes, les présences ou absences, l'origine de la demande. Des synthèses de ces données sont présentées sous forme de graphiques.</p> <p>L'activité des antennes situées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abbeville, ○ Péronne, ○ Albert, ○ Flixecourt, 	Entretiens	Chef de service

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> ○ la maison d'arrêt, ○ les contrats de soins dans le cadre d'un placement extérieur, est analysée L'activité de l'équipe mobile est également étudiée selon mêmes items. Quant au service « CJC », les données sont également collectées, mais les items sont différents.		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Un rapport d'activité très fouillé. Des données récoltées par le CSAPA Ambulatoire. Un très gros travail de réalisé par les équipes, pour collecter toutes les données.	Pas de vision globale d'un service ou d'un établissement (en fonction du FINESS).	Réfléchir à l'intérêt que peut présenter un tableau synopsis pour l'ensemble de l'activité du numéro FINESS.	/	/

2.6 Le projet personnalisé

2.6.1 Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement ou service médico-social.

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le lien entre le projet associatif (association le mail) et le projet d'établissement de l'Ambulatoire aboutissant à la concrétisation d'un projet personnalisé d'accompagnement, est flou. Est surtout évoqué un projet thérapeutique orientant plus la structure vers le sanitaire (santé) que vers le médico-social.</p>	<p>Ensemble des neuf pièces techniques</p>
Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment s'assure-t-on de la cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels du service ? La forme du projet personnalisé est-elle adaptée à la compréhension des usagers ? Comment sont élaborés les projets personnalisés ? Comment prennent-ils en compte les besoins et droits des usagers ? Le projet personnalisé fait-il l'objet d'une procédure pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ analyser le contenant (trame) et le réajuster en conséquence ?, ○ pour organiser son contenu et faciliter son utilisation. Comment s'assure-t-on de la cohérence des objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels développés par les unités ?</p>	<p>Membres des équipes pluridisciplinaires</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il existe une grande cohérence entre les différents services et établissements de l'association "Le Mail". Les objectifs du projet personnalisé sont cohérents avec ceux déclinés dans le projet "thérapeutique" du CSAPA « En Ambulatoire ». Ils sont le « fil conducteur » des entretiens entre les différents professionnels et sont de facto, revus très souvent. Ils peuvent faire l'objet d'un nouveau projet personnalisé, formalisé par la signature. Une copie est remise à l'utilisateur.</p> <p>De plus certains personnels partagent leur équivalent temps plein entre les différentes structures du Mail.</p> <p>Le CSAPA ambulatoire est le point de rassemblement des différentes équipes (CSAPA hébergement mixte, Unité mère-nourrisson - CAARUD). Il permet d'accueillir lors des</p>	<p>Entretiens Observations Consultations de documents</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire Chef de service Equipe de direction</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>réunions, des formations, des repas du midi, le personnel présent dans les autres lieux. Il dispose de plus, d'une pièce de travail/bibliothèque à la disposition du personnel.</p> <p>La cohérence entre les entités du « Mail » est également formalisée par le choix d'une couleur par année, pour leurs documents. L'année 2017 est celle du vert.</p> <p>Les usagers du CSAPA «'hébergement » viennent également au CSAPA ambulatoire pour l'administration de leur traitement notamment la méthadone.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Une grande cohérence entre les objectifs du projet personnalisé et ceux de l'association.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p><i>Le savoir-faire de qualité de la structure, ne se retrouve pas à la lecture des documents notamment du projet d'établissement dit projet thérapeutique.</i></p>

3 L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

3.1 Le partenariat

3.1.1 Adaptation des réponses à la demande sociale

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La lecture des documents permet de mettre en évidence une adaptation de la structure à la demande sociale, et parfois même son caractère pionnier en la devantant (exemple les professionnels alcoolier)</p> <p>La directrice de l'association est membre titulaire de le Conférence de territoire de la Somme et également membre titulaire de la COREVIH.</p>	<p>Ensemble des neuf pièces techniques</p> <p>Référentiel DR 2.1.1 - 2.1.2 et suivants</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quelle est la pertinence entre le projet d'établissement et les attentes et besoins sociaux et médico-sociaux du territoire ?</p> <p>Quelles sont les actions innovantes conduites et auxquelles participe le service ?</p> <p>Le service est-il inscrit dans des dispositifs locaux ? départementaux ? ou régionaux ?</p> <p>Quelles sont les activités innovantes que le service pourrait mener à l'avenir en adéquation avec les schémas d'organisation régionaux ou départementaux ?</p>	<p>Direction</p> <p>Chefs de services</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le projet d'établissement recense au plus près les besoins et les attentes des usagers. Le camion du CSAPA permet d'optimiser cette proximité. L'équipe médicale assure également des consultations à Abbeville.</p> <p>La directrice participe aux différentes commissions et réunions des dispositifs locaux départementaux et régionaux. Les équipes du mail (via ses professionnels) participent à des actions de formation en intra-muros et à l'extérieur.</p> <p>L'association le Mail a été pionnière dans le domaine de l'addictologie. Un des médecins de l'équipe a participé en mai 1996 au premier programme "méthadone". L'association a été</p>	<p>Entretiens</p>	<p>Partenaires</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>également pionnière en menant une action avec les professionnels alcooliers. Actuellement l'équipe pluridisciplinaire du Mail est formée au "Dépistage Rapide" par prélèvements capillaires. La formation est en cours de réalisation. Elle permettra aux personnes l'ayant suivie, autres que les IDE et notamment l'équipe éducative, d'avoir l'habilitation ARS pour réaliser ces prélèvements.</p> <p>Il y a un fort partenariat avec le ministère de la Justice et ses équipes (les CSPIP et la maison d'arrêt). Le mercredi matin un des médecins est présent dans le pénitencier d'Amiens. Deux éducateurs peuvent également assurer des permanences dans la maison d'arrêt. Est présente une convention générale.</p> <p>Parfois des éléments de preuves nécessaires à une audience (attestation de soin) peuvent être demandés par le SPIP.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un fort partenariat avec le ministère de la justice (SPIP – Maison d'arrêt...)</p> <p>Légitimité ancrée du CSAPA dans le département de la Somme et la Picardie.</p> <p>Une unité mobile.</p> <p>Trois consultations jeunes consommateurs (CJC) sur le département : Amiens, Albert, Abbeville.</p>	/	/	/	/

3.1.2 Articulation entre le projet d'établissement et les projets des autres établissements de l'organisme gestionnaire

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>L'organisme gestionnaire, l'association Le Mail possède son projet associatif qui est décliné dans un projet thérapeutique pour l'ambulatoire et un projet thérapeutique pour l'hébergement.</p> <p>L'organisme gestionnaire dispose également d'un CAARUD dont l'articulation avec les autres structures est évidente et transparait via un rapport d'activité 2015 qui est commun à tous les services et établissements du "Mail".</p> <p>En outre les effectifs sont mutualisés facilitant ainsi le parcours de l'utilisateur. La proximité géographique des différentes entités facilite cette articulation.</p>	<p>Projet associatif, Projets thérapeutiques, Rapport d'activités Organigramme, Tableau des effectifs</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment s'articule le projet de l'établissement avec les autres projets d'établissement et ou de services de l'organisme gestionnaire ?</p> <p>Quelles sont les coopérations à développer ?</p>	<p>Direction Membres du CA Membres de l'équipe</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Au Mail, les projets thérapeutiques sont complémentaires. Le CSAPA ambulatoire assure le suivi médical et la dispensation d'un certain nombre de traitements pour les résidents du CSAPA avec hébergement.</p> <p>Les chefs de services ont tous leur bureau au 18 rue Delpech permettant ainsi une coopération encore plus proche. Il y a une articulation « de fait » entre tous les services et établissements du CSAPA qui est évidente et qui fonctionne bien.</p> <p>Cette articulation ne figure pas dans le projet associatif et les projets d'établissements et de services dits "projets thérapeutiques" ne valorisant donc pas le travail de qualité réalisé par les différentes équipes.</p>	<p>Entretiens</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire Chefs de service DP (éducateur au CAARUD)</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Une articulation de fait évidente sur le terrain.</p> <p>Une articulation cohérente.</p>	<p>Cette articulation n'est pas valorisée dans le projet d'établissement (PE).</p>	<p>Introduire cette articulation dans le projet associatif et dans le projet d'établissement (PE) et de projet de service (PS) de toutes les entités du CSAPA.</p>	<p>/</p>	<p><i>Le CSAPA à un « savoir-faire » qu'il ne fait pas savoir au travers des outils de la loi 2002-2.</i></p>

3.1.3 L'inscription de l'établissement dans les démarches de partenariat

Analyse documentaire	Documents concernés
Le CSAPA Ambulatoire dispose d'un large partenariat. Toutefois il n'est pas précisé si ces partenariats font l'objet de conventions formalisées et signées permettant la pérennisation de celles-ci au-delà des personnes.	Rapport d'activité page 119

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>L'établissement est-il inscrit dans des dispositifs locaux, départementaux ou régionaux ?</p> <p>Quels sont les partenariats mis en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les difficultés rencontrées pour en développer davantage ?</p> <p>Les partenariats sont-ils formalisés par des conventions ?</p> <p>Quels sont les moyens mis en œuvre pour assurer la communication avec les partenaires ?</p>	Partenaires



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le CSAPA a de nombreuses relations avec les structures du territoire local, régional et national, mais elles ne sont pas toutes formalisées.</p> <p>Un partenariat est formalisé avec l'association APREMIS pour le suivi de la prise du médicament.</p> <p>Il existe un partenariat faisant l'objet d'une convention tripartite entre l'association le Mail et :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le CHU d'Amiens pour les analyses biologiques, ○ Le CH Pinel pour l'approvisionnement en Méthadone, ○ L'association APREMIS pour les placements extérieurs. <p>Ensemble ils ont un fort partenariat qu'ils apprécient.</p> <p>Outre les partenaires institutionnels, il y a ceux du monde associatif notamment avec « l'Ilot » qui comprend différents établissements de type CHRS et accueil de jour. Cette convention de partenariat est formalisée par écrit et signée. L'équipe du Mail intervient dans le CHRS pour réaliser des actions de prévention.</p>	Entretiens	Partenaires Equipe pluridisciplinaire

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'association « l'Ilot » et l'association « Le mail » participent avec les membres du SPIP à des discussions de synthèse autour du projet personnalisé de l'utilisateur. Il y a souvent une interaction entre les usagers du CSAPA ambulatoire et les usagers de « L'ilot ».</p> <p>Il existe bien d'autres partenaires des activités, mais tous les partenariats ne font pas l'objet de conventions écrites.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Des partenaires très satisfaits des relations avec le « Mail ».</p> <p>Un partenariat avec le CH de ST Quentin (puéricultrice).</p> <p>Certains partenariats font l'objet de conventions signées.</p> <p>Des relations intenses avec le SPIP du ministère de la Justice.</p>	<p>Tous les partenariats ne sont pas formalisés par écrit.</p>	/	<p>Formaliser tous les partenariats par des conventions écrites conformément aux dispositions de l'article L 312-7 du CASF).</p> <p>Faire signer les conventions par les directions des structures concernées par le partenariat.</p>	<p><i>Les conventions signées sont ainsi pérennisées au-delà des personnes qui les ont mises en place.</i></p>

3.2 Les partenaires

3.2.1 La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESMS

Analyse documentaire	Documents concernés
Le recueil de la satisfaction (ou non) des partenaires, via des enquêtes de satisfaction n'est pas indiquée dans les documents remis.	Ensemble des neuf pièces techniques.

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Comment est évaluée la perception des partenaires à l'égard de l'établissement ? Quels sont les outils mis œuvre pour assurer la communication avec les partenaires ? Réalisez-vous des enquêtes de satisfaction auprès de vos partenaires ? Comment, le cas échéant, sont-elles exploitées ?	Partenaires



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il n'y a pas d'enquêtes de satisfaction de réalisées auprès des partenaires qui permettraient de connaître leur perception sur leurs relations et leurs actions avec le CSAPA Hébergement.</p> <p>L'analyse de ces enquêtes par une personne de l'équipe missionnée pour cette tâche, permettrait d'obtenir des propositions et des préconisations qui viendraient enrichir le plan d'action (ou le rétro planning) de la démarche d'amélioration de la qualité dite "DACQ".</p> <p>Cependant tous les partenaires rencontrés sont très satisfaits des relations avec l'association et les services du Mail.</p>	Entretiens	Partenaires



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Les partenaires rencontrés sont satisfaits des relations avec les équipes du Mail.	Pas d'enquêtes de satisfaction pour formaliser la perception des partenaires.	<p>Mettre en œuvre des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires.</p> <p>Analyser les enquêtes.</p> <p>Concrétiser les résultats de l'analyse par des propositions ou des préconisations.</p> <p>Introduire les propositions et les préconisations qui en découleront dans la DACQ.</p>	/	/

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

Analyse documentaire	Documents concernés
Il existe un site internet et des plaquettes de communication. Le reste du thème sera observé sur place.	Site internet Plaquettes d'information Plaquettes de l'association

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Quelles sont les ressources externes mobilisées par l'établissement ? Comment sont utilisées les ressources en interne par des services extérieurs ? Quelles sont les modalités de communication déployées par l'établissement en dehors des activités habituelles (journaux, médias, participations à des manifestations,) ?	Partenaires Equipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Les lieux sont ouverts aux partenaires pour des réunions et des formations intra-muros. Il existe des plaquettes d'informations sur les différents services de l'association "Le Mail" afin de communiquer avec l'extérieur, ainsi qu'un site Internet.	Entretiens Consultation de documents	Partenaires Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Des locaux accueillants pour les usagers et les partenaires. Un site Internet.	/	/	/	/

4 LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

4.1 Elaboration du projet personnalisé : Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptée permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le projet personnalisé n'est pas vraiment mis en valeur dans les documents.</p> <p>A la page 9 du projet thérapeutique il est décrit un "suivi socio-éducatif" qui se rapproche du projet personnalisé car il énumère ce que le référent doit envisager :</p> <p>L'accompagnement social, éducatif, psychologique et un suivi médical. Le projet individualisé est cité dans cette page.</p> <p>Cependant un outil d'évaluation multidimensionnel des besoins de la personne n'est pas évoqué. Ce point sera approfondi lors de la visite sur place.</p> <p>La référence à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur " Les attentes de la personne et le projet personnalisé (projet d'accueil et d'accompagnement)" n'est pas précisée</p>	Projet thérapeutique

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment réalisez-vous le projet personnalisé ?</p> <p>Quel soutien vous a apporté la RBPP de l'ANESM sur la mise en œuvre du projet personnalisé ?</p> <p>Qui participe à l'élaboration du projet personnalisé ?</p> <p>Sous quelle forme est réalisé le projet personnalisé ?</p> <p>Quelle est l'implication des usagers ? des familles ? des proches ? des partenaires ?</p> <p>Quelle est la procédure de réalisation du projet personnalisé ?</p> <p>Qui participe à l'élaboration du projet personnalisé ?</p> <p>Comment sont intégrées les évaluations réalisées par les différents métiers en interne ?</p> <p>Comment l'organisation interne permet-elle le croisement des regards, la coordination des interventions pour garantir un accompagnement de qualité ?</p> <p>Sous quelle forme est formalisé le projet personnalisé ?</p>	<p>Usagers</p> <p>Proches et ou familles</p> <p>Partenaires</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La RBPP de l'ANESM sur la mise en œuvre du projet personnalisé n'est pas connue de la plupart des membres du personnel.</p> <p>Les projets personnalisés des usagers sont déclinés du projet thérapeutique (projet d'établissement) et sont cohérents entre eux. Chaque référent établit avec l'usager son projet personnalisé, celui-ci est mis dans son dossier. il est revu régulièrement en fonction de l'évolution, de ses besoins, de la fréquence de ses visites au CSAPA.</p> <p>Les projets personnalisés des usagers réguliers font l'objet d'une rétrospective lors des réunions. Toutefois sa mise en place ne fait pas l'objet d'une procédure.</p> <p>Les médecins participent à l'élaboration du projet individuel de l'usager. La transdisciplinarité de l'équipe professionnelle est constante lors de rencontre pour l'évaluation des besoins de l'usager et la mise en place de son projet individualisé.</p> <p>Les thèmes qui sont abordés pour la réalisation du projet individualisé sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> o les dettes o la santé o la formation o l'emploi o le familial o la justice. <p>Une fiche de renseignement qui se remplit à l'accueil permet de compiler la majorité des informations de l'usager. Cette feuille comprend les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> o le service ou établissement qui est concerné (Péronne, maison d'arrêt - CFA etc...), o les coordonnées de la personne (nom, adresse, téléphone...), o la date du premier accueil et la date de sortie avec son motif, o la nationalité, o la situation matrimoniale et familiale, o la catégorie socio professionnelle, le niveau d'étude, o la situation professionnelle, o le logement, o l'origine géographique, o l'origine de la demande, o le type de demande (sevrage, substitution, soutien psychologique etc..) o Le volet social avec : 	<p>Entretiens</p> <p>Consultation d'écrans</p> <p>Consultation de documents</p>	<p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Psychologues,</p> <p>Médecins,</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> • enfance, • les parents, • le profil du père de l'usager, • le profil de la mère de l'usager, ○ la pièce d'identité fournie (CNI, carte des séjour, sans papier...), ○ la couverture sociale, ○ les ressources (pôle emploi, les indemnités, les prestations...) ○ Le volet addiction avec : <ul style="list-style-type: none"> • le ou les produits consommés et comment, • comment sont-ils pris (injection, fumé ...), • la fréquence, • le risque encouru (usage à risque, usage nocif, dépendance, abstinence....), • si injection intraveineuse, le lieu de délivrance de la seringue, • la situation de l'usager par rapport au produit, • le suivi spécialisé antérieur. ○ Le volet juridique : <ul style="list-style-type: none"> • situation judiciaire actuelle • sursis, mise à l'épreuve, • liberté conditionnelle • etc... • Les incarcérations antérieures éventuelles. ○ Le Volet médical : <ul style="list-style-type: none"> • affection au VIH • Hépatite B • Hépatite C • suivi en psychiatrie : • hospitalisations antérieures, • comorbidité psychiatrique • tentative de suicide. <p>Il existe également une fiche d'évaluation qui guide le professionnel dans la récolte des données permettant de concevoir le projet personnalisé.</p> <p>La composition du dossier est la même pour toutes les unités du CSAPA « En ambulatoire ».</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Il existe des projets personnalisés systématiques. Ils sont revus très régulièrement et plusieurs fois dans l'année.	Les projets personnalisés ne sont tous pas signés par l'utilisateur. L'utilisateur n'a pas toujours un exemplaire de son projet personnalisé.	/	Faire signer par l'utilisateur son projet personnalisé. Lui remettre un exemplaire de son projet personnalisé.	/

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

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Les usagers participent à un entretien individuel qui permet un recueil d'éléments relatifs à leur situation. Puis un projet individuel est conçu. Il est réajusté lors des entretiens avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le référent une fois par semaine, ○ le chef de service une fois par mois. <p>Les pièces techniques ne présentent pas plus d'informations sur le projet personnalisé d'accompagnement disposé par la loi 2002-2.</p>	Projet thérapeutique page 5.

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment adaptez-vous les documents à la compréhension de l'utilisateur ? Quelles sont les procédures mises en place pour la réalisation du projet personnalisé ? Existe-t-il une formation à l'élaboration du projet personnalisé pour les personnes référentes, ou les autres ? Comment sont assurés la participation et l'accord de l'utilisateur ? Comment est désigné le référent ? Si oui selon quelles modalités ? Comment conciliez- vous, si divergence il y a, le projet de l'utilisateur et le positionnement des professionnels ?</p>	Usagers Proches ou familles Membres de l'équipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le projet personnalisé est au cœur de la relation avec les professionnels du CSAPA. C'est à partir des projets de l'utilisateur que les professionnels du CSAPA vont asseoir leurs objectifs et leurs actions.</p> <p>Beaucoup de projet personnalisé ne sont pas signés, car la plupart des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ont peur de l'engagement, ○ souhaitent l'anonymat ○ sont sous contrat de soins avec la Justice ○ ne souhaitent pas garder une trace de leur "déviance". 	Entretiens	Equipe pluridisciplinaire Usagers



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Un projet personnalisé au cœur des préoccupations de tous les professionnels.	Il n'est pas toujours signé et remis à l'utilisateur.	/	S'appuyer sur la RBPP de l'ANESM pour adapter le projet personnalisé à la réalité du public.	/

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

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le projet individualisé est réajusté régulièrement lors des entretiens. Il y a un suivi tripartite</p> <p>Il n'est pas précisé si ce réajustement fait l'objet d'un avenant au projet individuel signé par l'utilisateur et le responsable de l'établissement.</p> <p>Pour mémoire le projet personnalisé d'accompagnement doit être réajusté au minimum tous les ans.</p>	Le projet thérapeutique.

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment vérifiez-vous l'adéquation entre les objectifs du PEPS (projet d'établissement - projet de service) et ceux du PPA (projet personnalisé d'accompagnement) ?</p> <p>Quelles sont les différentes étapes de l'élaboration et du suivi du PPA ?</p> <p>Comment sont organisés la planification et le suivi des PPA ?</p> <p>Qui en est responsable ?</p> <p>Une évaluation de ce système est-elle mise en place ?</p> <p>Les informations nécessaires sont-elles présentes dans le dossier ?</p> <p>Comment sont-elles actualisées ?</p> <p>Comment sont gérées les notes personnelles des professionnels ?</p> <p>Comment le suivi des actions dans le projet personnalisé est-il élaboré ? et comment mesurez-vous les atteintes des objectifs fixés dans le projet personnalisé ?</p> <p>Effectivité du rôle du référent ?</p>	<p>Usagers</p> <p>Proches et ou familles</p> <p>Partenaires</p> <p>Membres de l'équipe</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Un projet personnalisé au cœur des préoccupations de tous les professionnels.</p> <p>Le projet personnalisé est revu très régulièrement, mais cette réactualisation ne fait pas l'objet de contractualisation avec l'utilisateur.</p>	<p>Entretiens</p> <p>consultations de documents</p>	<p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Il n'y pas de planification, ni de procédures sur les révisions des projets personnalisés mais ils peuvent être revu tous les mois comme tous les ans en fonction de l'adhésion du l'utilisateur au CSAPA.		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Le projet personnalisé existe.</p> <p>Il est actualisé régulièrement.</p> <p>La priorité de l'équipe est centrée sur l'utilisateur et à son adhésion aux soins, même si celle-ci n'est pas toujours formalisée par écrit.</p> <p>Dès que la relation avec l'utilisateur l'autorise, le projet personnalisé est écrit ainsi que sa réactualisation.</p>	/	Acter l'accord de l'utilisateur pour l'avenant à son projet personnalisé sur une feuille d'émargement ou de présence.	/	<i>La réactualisation peut se faire toutes les semaines. La signature à chaque réactualisation serait trop lourde pour les équipes et l'utilisateur. Il faut trouver un moyen de prouver l'acceptation de cette réactualisation sans que cela pèse sur la relation de confiance établie entre l'utilisateur et l'équipe.</i>

4.4 Accès aux informations par l'utilisateur : Les modalités permettant aux usagers (ou leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant.

Analyse documentaire	Documents concernés
Les modalités d'accès aux informations par l'utilisateur ne figurent pas dans les outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil-règlement de fonctionnement. La liste des personnes qualifiées n'est pas diffusée (DR 3.1.8).	Livret d'accueil Règlement intérieur (ou de fonctionnement ?)

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Comment l'utilisateur peut-il accéder à son dossier ? Quelle est la procédure pour l'information de la population accueillie aux voix de recours dont elle dispose ? Comment les outils de la loi 2002-2 sont-ils remis aux usagers et à leur famille ? Comment ces documents sont-ils expliqués pour avoir leur consentement éclairé ?	Usagers Membres de l'équipe



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Les voies de recours ne sont ni transmises aux usagers dans le livret d'accueil, ni par voie d'affichage. Toutefois dans une ancienne pochette d'information, encore donnée à l'utilisateur, est inscrite la possibilité pour l'utilisateur de consulter son dossier. Cependant les équipes ont expliqué qu'elle présentait facilement le dossier à l'utilisateur, en sachant que lors des activités le dossier est sorti. La consultation des dossiers archivés n'est pas formalisée par écrit. Les équipes précisent que l'utilisateur doit écrire pour en demander sa consultation et qu'il sera reçu par un membre de l'équipe d'encadrement. Ce fait ne s'est pas encore produit. Il n'y a aucune référence à la personne qualifiée. Le consentement éclairé est recherché, mais l'adhésion n'est pas toujours facile au regard de la non systématisation des traitements substitutifs.	Entretiens Consultation de documents	Usagers Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
L'accès au dossier est expliqué dans un ancien document.	La procédure d'accès au dossier de l'utilisateur n'est pas écrite.	/	Formaliser par écrit la procédure d'accès au dossier de l'utilisateur.	/

4.5 Enquête de satisfaction : La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par l'utilisateur

Analyse documentaire	Documents concernés
Le CSAPA Ambulatoire réalise deux enquêtes de satisfaction par an auprès des usagers. il n'y a pas de CVS (DR 3.2.1).	Les pièces techniques. Référentiel d'autoévaluation

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Comment réalisez-vous vos enquêtes de satisfaction ? Comment sont-elles prises en compte ? Comment impactent-elles le plan d'action de la démarche qualité ? Avez-vous d'autres modes de recueil de la perception du service par la population ? Comment vous êtes-vous approprié la RBPP de l'ANESM sur la « participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » ?	Usagers Membres de l'équipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Il existe une enquête de satisfaction dont les résultats sont affichés en salle d'attente. Les résultats ne sont pas encore mis en œuvre. Une analyse d'axes de progression est en réflexion afin d'améliorer les items qui le nécessitent. Il n'y a pas d'autre mode de recueil de la perception des usagers et la RBPP sur la participation des usagers du secteur de l'addictologie n'est pas utilisée. Il existe des boîtes à idée afin que les usagers puissent déposer leur demande. celle-ci est analysée et il y a une réponse.	Entretiens Observations	Psychologues chef de service. Usagers Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Il existe des enquêtes de satisfactions Les résultats sont affichés dans la salle d'attente Il y a une boîte à idées à disposition des usagers près de la salle d'attente.		Déterminer une périodicité aux enquêtes.	Déduire de l'analyse de ces enquêtes des préconisations et des propositions. Introduire ces préconisations et ces propositions dans la DACQ.	/

4.6 Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

4.6.1 La participation des usagers, de leurs représentants, des aidants ou proches

Analyse documentaire	Documents concernés
Il n'y a ni CVS, ni autre forme de participation.	Rapport d'activité page 104

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Existe-t-il des moyens d'expression pour les adultes et leurs familles ? Comment sont-ils préparés ? Comment les usagers sont-ils aidés ?</p> <p>Comment est réalisé le retour auprès des usagers ?</p> <p>Comment sont diffusés les comptes rendus ?</p> <p>Le fonctionnement actuel de l'autre forme de participation est-elle considérée comme satisfaisante ?</p> <p>Existe-t-il une commission repas ? Les usagers y participent-ils ?</p> <p>Quels sont les autres outils mis en œuvre pour assurer la communication avec les familles ?</p>	<p>Usagers</p> <p>Familles</p> <p>Proches</p> <p>Chefs de service</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les résultats de l'enquête de satisfaction sont affichés dans la salle d'attente.</p> <p>Le fonctionnement actuel de cette forme de participation est ne correspond pas aux dispositions des articles de lois.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Observations</p>	<p>Psychologues</p> <p>chef de service.</p> <p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Existence de groupes de paroles des usagers.	<p>Il n'y a pas de CVS ou une autre forme de participation qui corresponde aux dispositions de l'article L.311-6 du CASF.</p> <p>Les groupes d'expression existants ne fonctionnent pas conformément aux dispositions des articles : D 311-21 à D 311-32-1 du CASF.</p>	/	<p>Mettre en place un groupe d'expression des usagers et des proches qui corresponde aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF).</p> <p>S'appuyer sur la RBPP de l'ANESM «la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » pour mettre en place cette forme de participation</p>	/

4.6.2 Intégration de cette participation dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ses activités et de ses prestations

Analyse documentaire	Documents concernés
Il n'y a pas d'information sur ce thème dans les pièces techniques. de plus les outils de la loi 2002-2 (règlement de fonctionnement - projet d'établissement) n'ont pas été validés par une autre forme de participation.	Lecture de l'ensemble des pièces techniques

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Comment sont préparées les différentes réunions avec les représentants ? Existe-il un récapitulatif des actions mises en œuvre suite aux demandes des usagers ? Existe-t-il un suivi des actions mises en œuvre ?	Usagers Membres de l'équipe pluridisciplinaire Secrétaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Il n'y a pas de tableau de suivi des décisions prises par les usagers et à mettre en œuvre par l'équipe.	Entretiens Observation	Usagers Familles Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
/	Pas de tableau de suivi des demandes des usagers.	/	Tracer les décisions prises par les usagers dans un tableau de suivi (retro planning des actions à mettre en œuvre) Introduire les actions de ce rétro planning dans le celui de la démarche continue de la qualité.	/

5 LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

5.1 – Respect de la dignité et du droit à l'intimité

5.1.1. - Information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le droit des usagers est disposé pour le sanitaire par la loi 2002-304 du 4 mars 2002 dite loi Kouchner et pour le social et le médico-social par la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002.</p> <p>Ce sont à la fois les droits :</p> <ul style="list-style-type: none">○ de la personne :<ul style="list-style-type: none">• à la protection de la santé,• au respect de la dignité,• à la non-discrimination,• au secret médical,○ des usagers à l'information :<ul style="list-style-type: none">• par le service de santé de l'établissement via le « colloque singulier »,• à postériori via l'accès à son dossier. <p>Ces différentes étapes supposent le consentement libre et éclairé de l'utilisateur via une information adaptée à sa compréhension. Pour ce faire, le « CSAPA Ambulatoire » a mis en place plusieurs outils légaux qui sont :</p> <p>Le livret d'accueil :</p> <p>Il y a un livret d'accueil pour le CSAPA Ambulatoire qui informe de ses missions. Il répertorie aussi toutes les structures de l'association. Il y a aussi un livret d'accueil pour les jeunes consommateurs.</p> <p>Il y a également une plaquette d'information.</p> <p>Le livret d'accueil de l'unité CSAPA ne comprend pas tous les items disposés par la circulaire ministérielle DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004.</p> <p>Le règlement de fonctionnement :</p> <p>Il n'y a pas de règlement de fonctionnement pour l'association « Le Mail », comme exigés par les articles L 311-7 et R 311-33 à R 311-37 du CASF, ni sa déclinaison en « règles de vie » pour les deux unités. Toutefois les deux unités possèdent un règlement intérieur, mais celui-ci ne définit pas les droits des usagers et n'a pas été présenté à une forme de représentation des usagers.</p> <p>Le contrat de séjour ou le DIPC :</p> <p>La matrice de ces documents n'est pas présente dans les pièces techniques, cependant ces documents sont à plusieurs reprises précisés dans les documents remis par le commanditaire notamment le projet thérapeutique, le rapport d'activité, le référentiel de l'évaluation interne.</p>	<p>L'ensemble des pièces techniques remises Livret d'accueil</p>

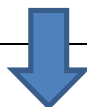
Analyse documentaire	Documents concernés
<p>La charte des droits et liberté de la personne accueillie : Elle est incluse dans le livret d'accueil sous le titre « arrêt de l'arrêté du 8 septembre 2003 » sans précisé son objet. Les documents (notamment le référentiel de l'évaluation interne) indiquent qu'elle est remise à l'usager lors de son accueil pour l'admission.</p> <p>La liste des personnes qualifiées : C'est une notion qui figure dans le référentiel (DR 3.1.8). La liste a cependant été publiée par arrêté préfectoral et quatre personnes y figurent.</p>	

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quelle est la procédure pour l'information de la population accueillie à leur voie de recours ? Comment les outils d'information sur les droits (livret d'accueil, règlement de fonctionnement sont-ils remis aux jeunes et à leurs familles ? Comment ces documents sont-ils expliqués pour avoir leur consentement éclairé ? Comment est élaboré le contrat de séjour, le DIPC ? Qui le signe ? Existe-il une version du règlement de fonctionnement accessible à la population accueillie ?</p>	<p>Usagers</p> <p>familles et proches</p> <p>Membres de l'équipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le DIPC est presque conforme à l'article L 311-4 du CASF, Il aborde les objectifs de cette prise en charge, la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthique mais il omet de préciser que la nature de la prise en charge est également dans le respect des RBPP de l'ANESM et du projet d'établissement. Il aborde également les conditions financières de la prise en charge mais n'indique pas le coût prévisionnel de cette prise en charge, même si elle n'est pas à la charge de l'usager.</p> <p>Le livret d'accueil : Il est soit présent soit remplacé par une plaquette d'informations. Dans tous les cas les items de la circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 ne sont pas tous présents.</p> <p>La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée mais pas toujours de façon très visible. Au CJC et au CSAPA « En ambulatoire », la charte est affichée.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Visite des lieux,</p> <p>Consultations de tableaux d'affichage.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le règlement de fonctionnement : Il n'existe pas de règlement de fonctionnement, mais il existe un règlement intérieur qui s'assimile plutôt à des règles de vie d'une unité. Il ne définit pas clairement les droits et les devoirs de l'utilisateur (article L 311-7 et R 311-33 à R 311-37 du CASF). Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au CSAPA ambulatoire</p> <p>La liste des personnes qualifiées n'est pas diffusée, les voies de recours ne sont pas transmises dans les documents actuels du CSAPA.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>La charte des droits et libertés de la personne accueillie est incluse dans le livret d'accueil.</p> <p>La confidentialité est respectée.</p> <p>Il existe un livret d'accueil pour les unités du CSAPA.</p> <p>Il existe des règles de vie compilées dans un document appelé « règlement intérieur ».</p> <p>Le contrat de séjour est parfois signé</p> <p>Le consentement éclairé est recherché.</p>	<p>Le livret d'accueil n'est pas conforme à la circulaire du DGAS/SD 5N 2004-138 du 24 Mars 2004.</p> <p>Il n'y pas de règlement de fonctionnement conforme aux dispositions de l'article L.311-7 et R311-33 à R311-37 du CASF.</p> <p>Il y a une confusion sémantique entre un règlement intérieur (article L. 4121-1 du Code du travail) et le règlement de fonctionnement (article L 311-7 et R 311-33 à 311-37 du CSAF).</p> <p>Le DIPC n'est pas complètement conforme dans sa composition à l'article L .311-4 du CASF.</p>	/	<p>Rendre conformes aux textes de lois et à la circulaire, les différents outils de la loi 2002-2, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le règlement de fonctionnement, ○ le livret d'accueil, ○ le DIPC. 	/

5.1.2 Accessibilité au public

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Par choix stratégique, les locaux ne comportent pas de signalisation extérieure. Il n'y a pas de plan d'accès aux locaux dans le livret d'accueil.</p> <p>La signalisation interne et l'accessibilité des lieux aux personnes en situation de handicap seront observées sur place.</p>	<p>Livret d'accueil Rapport d'activité Rapport d'évaluation interne</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>L'espace de vie est-il adapté : - à la mobilité - aux normes d'accessibilité - à l'autonomie - prise en compte de l'ergonomie, détails favorisant l'autonomie ? La signalétique permet-elle un repérage facile des différents lieux et locaux ? Existe-t-il des freins pour l'accueil de certains handicaps ? Comment le soutien éducatif participe-t-il au développement de l'autonomie de la personne (accessibilité et autonomie physique et sociale en interne ou dans l'environnement) ?</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire Usagers</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'accessibilité n'est pas complètement possible pour les personnes à mobilité réduite, même si certains aménagements sont présents (rampe d'accessibilité à côté des marches). La commission d'accessibilité a validé le dossier d'accessibilité du CSAPA ambulatoire avec comme seul aménagement à prévoir un WC pour PMR</p> <p>Tous les bureaux ne leur sont pas accessibles au regard de la présence de marches.</p> <p>Il n'y a pas de sanitaires adaptés aux personnes à mobilité réduite.</p> <p>Les locaux ne sont pas accessibles aux personnes ayant un handicap sensoriel.</p> <p>La signalétique n'est ni régulière, ni harmonisée.</p>	<p>Visite des lieux</p>	<p>Chefs de services Equipe éducative</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un choix stratégique de signaler discrètement le CSAPA ambulatoire à l'extérieur.</p> <p>Des locaux partiellement accessibles aux personnes en situation de handicap physique.</p> <p>Existence partielle d'une signalétique intérieure.</p> <p>Un plan d'accessibilité Ad'PA accepté.</p>	<p>Une signalétique intérieure inégale et non harmonisée dans son aspect.</p> <p>Des sanitaires non accessibles aux personnes en situation de handicap physique.</p> <p>Des locaux non accessibles aux personnes en situations de handicap sensoriel.</p>	<p>Harmoniser la signalétique intérieure.</p>	<p>Adapter au moins un sanitaire, au public en situation de handicap physique.</p>	<p>/</p>

5.1.3 Respect de l'intimité, vie affective et sexualité

Analyse documentaire	Documents concernés
Ce point sera abordé sur place.	L'ensemble des pièces techniques

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Les lieux de vie favorisent-ils le respect de l'intimité ?</p> <p>Quelles sont les règles qui permettent le respect de l'intimité dans les locaux « privés » ?</p> <p>Quels sont les points forts de l'établissement et ceux à améliorer au regard du respect de l'intimité et de la vie privée ?</p> <p>Comment sont gérés les appels téléphoniques ?</p> <p>Le domicile de la personne est-il respecté ?</p> <p>Comment sont prises en compte les aversions alimentaires culturelles ?</p>	<p>Usagers</p> <p>Membres du personnel</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'intimité de la personne est respectée. La confidentialité des informations transmises aux personnels est également respectée. Toutefois la salle d'attente est ouverte sur l'accueil, où a lieu la réception des visiteurs et l'accueil téléphonique du public, ce qui ne confère pas aux échanges l'intimité nécessaire.</p> <p>A certaines heures de la journée la distribution des traitements de substitution ne bénéficie pas de la discrétion souhaitée le personnel infirmier.</p> <p>Une information sur la vie affective, sexuelle via le CJC et du CAARUD est réalisée.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Visite sur site</p>	<p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un respect de l'intimité due à l'utilisateur.</p> <p>Une information auprès du jeune public, via le service de prévention, sur la vie affective et sexuelle.</p>	<p>Au regard de la disposition des pièces, une confidentialité parfois remise en cause par les infirmières, à certaines plages horaires.</p>	<p>Réfléchir à une nouvelle distribution des pièces si une restructuration des locaux est envisagée.</p> <p>Envisager une information auprès du jeune public sur la vie affective</p>	/	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
	Pas d'information auprès du jeune public, via le service de prévention, sur la vie affective et sexuelle.	et sexuelle.		

5.1.4 Confidentialité des données concernant l'utilisateur / Recueil, utilisation de l'information sur l'utilisateur dans le cadre de son parcours.

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le secret professionnel est largement évoqué dans l'ensemble des pièces techniques et la confidentialité est un thème fréquemment abordé.</p> <p>Le dossier de l'utilisateur est informatisé et une déclaration à la CNIL est faite. C'est par le logiciel ProGdis que le dossier de l'utilisateur est informatisé. L'équipe a fait le choix d'appeler l'utilisateur par son prénom.</p>	<p>Rapport d'activité Projet thérapeutique Référentiel d'évaluation : DR 3.3.3</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment est constitué le dossier de l'utilisateur ? Où est-il localisé ? Comment s'effectue la gestion du dossier ? Comment est garantie la confidentialité ? Les dossiers sont-ils à jour ? Permettent-ils la coordination des soins ? La notion de discrétion professionnelle et le secret professionnel sont-ils appliqués ? Le personnel est-il formé à la confidentialité nécessaire à l'exercice de sa fonction ? Selon quelles modalités le dossier de l'utilisateur est-il accessible aux professionnels ? Les pièces constitutives du dossier de l'utilisateur sont-elles datées et comportent-elles les éléments nécessaires à l'identification de l'utilisateur et du professionnel concerné ? L'établissement assure-t-il avec l'accord de l'utilisateur et de sa famille une transmission des informations le concernant à l'occasion de sa sortie ?</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les archives sont dans des armoires fermées à clef. L'utilisateur ne reste jamais seul dans un bureau.</p> <p>Au CJC le bureau de l'assistante sociale dispose d'un ordinateur destiné aux recherches sur Internet concernant notamment l'accès aux droits de l'utilisateur.</p> <p>Les IDE précisent que la confidentialité due à l'utilisateur est difficile à respecter à certaines plages horaires de la journée, notamment 10 h à 10 h30 car c'est l'heure d'affluence et il y a</p>	<p>Entretien Observation Visite des lieux</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>beaucoup d'usagers dans la salle d'attente. L'acoustique de la pièce est insuffisante, malgré les travaux d'amélioration faits, pour préserver la confidentialité de la conversation.</p> <p>De plus pendant cette plage horaire, elles ne peuvent pas accorder la même écoute aux paroles de l'utilisateur.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>La confidentialité des dossiers est préservée.</p> <p>Ils sont dans un endroit sécurisé.</p>	<p>Une salle d'attente qui ne privilégie pas, à certaines heures, la confidentialité due à l'utilisateur.</p> <p>Certaines cloisons sont mal isolées acoustiquement.</p> <p>Un archivage des dossiers à parfaire.</p>	<p>Réfléchir aux différents moyens d'améliorer l'acoustique de l'infirmierie.</p>	<p>Mettre en place une procédure d'archivage des dossiers.</p> <p>Faire respecter cette procédure.</p>	<p>/</p>

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

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Il n'existait pas de système d'enregistrement des plaintes lors de l'auto évaluation en 2012.</p> <p>Les incidents sont notés dans le cahier de liaison et l'utilisateur peut prendre rendez-vous avec le chef de service ou la direction s'il le souhaite.</p> <p>L'analyse des plaintes n'est pas précisée, les fiches d'évènements indésirables dite « FEI » ne sont pas nommées.</p> <p>La référence à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur la Bientraitance ne transparaît pas dans les documents.</p> <p>Les équipes ont bénéficié d'une analyse des pratiques professionnelles jusqu'en décembre 2011. Il n'est pas précisé si les séances ont été reprises.</p> <p>La lecture de l'ensemble des documents évoque peu de situation de violence avec les usagers.</p>	<p>Référentiel d'évaluation interne page 19</p> <p>Lecture de l'ensemble des pièces techniques</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Le protocole de signalement est-il connu de tous ?</p> <p>Les professionnels et les usagers disposent-ils de moyens adaptés pour s'exprimer sur des situations de maltraitance ?</p> <p>Quels sont les signaux d'alerte déterminés par le personnel ?</p> <p>Comment sont traités les évènements indésirables ?</p> <p>Sont-ils informatisés ?</p> <p>En dehors des fiches d'évènements indésirables "FEI", existe-t-il d'autres supports permettant de signaler les dysfonctionnements ?</p> <p>Comment le CHSCT est-il impliqué dans la démarche de bientraitance ?</p> <p>L'établissement envisage-t-il une gestion informatisée du traitement des évènements indésirables ?</p> <p>Les RBPP relatives à la bientraitance sont-elles diffusées ? Etudiées ?</p>	<p>Membres de l'équipe</p> <p>Usagers</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Il y a des boîtes à idées accompagnées de papier et crayon qui sont mis à disposition des usagers. Il n'y a pas de fiches d'événements indésirables dites FEI. Il existe des groupes très réguliers (tous les quinze jours) d'analyse des pratiques professionnelles par un consultant externe de formation psychanalytique.	Entretiens Observation	Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Il y a des groupes d'analyses des pratiques professionnelles réguliers (tous les 15 jours) Le personnel a la culture de la bientraitance. Elle est ancrée dans la culture de l'association.	La connaissance des RBPP de l'ANESM s'arrête à l'équipe d'encadrement. Il n'y a pas de fiche d'événements indésirables (dite FEI dans la profession) à disposition de tous.	Désigner un référent bientraitance.	Communiquer et diffuser sur les RBPP de l'ANESM. Mettre en œuvre les fiches d'événements indésirables (FEI). Procéder à l'analyse de ces FEI par un membre de l'équipe désigné pour cette mission. Dédire des propositions et des préconisations de cette analyse. Fixer les objectifs à atteindre. Introduire ces objectifs dans la DACQ.	/

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

5.3.1 Evaluation et prévention des risques liés à l'accompagnement des usagers

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Une visite de la commission de sécurité a donné un avis favorable pour toutes les structures de l'association le Mail. Cette information est obtenue via le référentiel d'évaluation interne DR 4.3.3, mais les arrêtés de(s) visite(s) de conformité n'ont pas été produits. Ils seront demandés sur place. Le personnel a été formé aux règles de sécurité incendie.</p>	<p>Référentiel d'auto évaluation page 24</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Concrètement, comment faites-vous lorsqu'une situation de crise se déclenche ? Quelles sont les situations de crise que vous avez listées ? Comment avez-vous mis en place les procédures de gestion de crise. Quels sont les principaux risques identifiés relatifs aux usagers et aux conditions d'accompagnement ? Comment sont gérés les conflits et les comportements susceptibles d'être violents ? Comment les comportements violents possibles sont-ils identifiés ? Comment les risques sont-ils évalués ? Existe-t-il des mesures préventives ?</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le service est classé "U au niveau 5". Il n'assure pas d'hébergement. Le plan bleu n'est donc pas nécessaire. Les visites de conformité ont déclaré conformes le service.</p> <p>Afin d'éviter de stigmatiser la population accueillie et d'assurer des soins en toute sécurité, le CSAPA ambulatoire du 18 est signalé discrètement de même que le C.J.C.</p>	<p>Visite des lieux Observation Educateur spécialisé chef de service</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Les recommandations du ministère concernant la lutte antiterrorisme ou la lutte contre les attentats sont affichées.		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Les visites de sécurité sont effectuées et les locaux conformes.</p> <p>Un registre de sécurité tenu à jour.</p> <p>Non stigmatisation des lieux.</p>			/	/

5.3.2 La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements

Analyse documentaire	Documents concernés
Au regard de la dispensation de médicaments du tableau B (Méthadone et dérivés) des procédures sont en place (9.3.2). Elles seront observées sur place.	Référentiel d'auto évaluation page 43

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Quels sont les modalités d'accompagnements spécifiques pour assurer la sécurité ? Le risque sanitaire est-il pris en compte ? Comment ? L'encadrement thérapeutique est-il assuré ? Le parcours du médicament est-il sécurisé en cas de traitement ? Existe-t-il un D.L.U. (Dossier de liaison d'urgence) ?	Equipe paramédicale Equipe éducative Médecins



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'infirmerie du CSAPA ambulatoire est aussi celle des CSAPA d'hébergement. C'est un centre Méthadone.</p> <p>Afin d'éviter les erreurs, la feuille de suivi du traitement est changée dès qu'il y a une modification de traitement. Les anciennes feuilles de suivi sont archivées.</p> <p>Pour obtenir leurs traitements les usagers vont le chercher auprès des infirmières du CSAPA Ambulatoire. Lors de l'administration du traitement, l'usager avale le médicament de substitution devant les infirmières et signe la fiche de relevé nominatif. Chaque délivrance de méthadone fait l'objet d'une signature par l'usager.</p> <p>Les infirmières sont au nombre de trois à l'ambulatoire et une à l'unité mixte. Elles sont en relation avec la PUI (Pharmacie d'unité intérieure) du centre hospitalier Philippe Pinel. Ne sont gérés que les traitements de substitution.</p> <p>La dose de méthadone du Week-end est délivrée directement par les infirmières du CSAPA Ambulatoire et est sous la responsabilité de l'usager. L'usager signe dans ce cas la fiche du classeur nommée "traitement à emporter".</p>	<p>Entretiens Observation Visite des lieux</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire Chef de service Usagers</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'habilitation pour accéder à la partie thérapeutique du dossier de l'utilisateur est différente selon le personnel. Ce logiciel ProGdis, permet le suivi des traitements, du bilan urinaire (dont les analyses sont faites au CHU d'Amiens).</p> <p>La problématique pour les équipes c'est qu'il n'est pas adapté (et ne peut pas l'être) à la distribution bi-journalière de Méthadone.</p> <p>Les infirmières doivent donc reprendre la plume pour tracer dans un classeur contenant les fiches de relevés nominatifs, les milligrammes et le nombre de gélules de méthadone administrés.</p> <p>Les infirmières assurent également la dimension "prévention" du soin infirmier en réalisant des actions de prévention en général, des vaccinations, notamment l'hépatite B.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Une distribution de la Méthadone sécurisée.</p> <p>Un partenariat avec le Centre hospitalier.</p>	<p>Un logiciel ProGdis que ne correspond pas à la spécificité de la distribution bi-journalière de la méthadone.</p> <p>Pas de défibrillateur.</p> <p>Toutes les procédures de gestion des risques ne sont pas écrites.</p>	/	<p>Lister toutes les procédures suivies par les professionnels.</p> <p>Ecrire ces procédures sous la forme de document qualité.</p> <p>Mettre en œuvre la liste de tous les documents qualifiés en cours.</p> <p>Remettre au nouvel arrivant (salariés, stagiaire) la liste des documents qualité via le dossier du nouvel arrivant.</p>	/

5.3.3 Sécurité des biens et des personnes

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Les documents concernant la sécurité n'ont pas été fournis. Cependant des informations peuvent être collectées, notamment dans le référentiel d'auto-évaluation et le rapport d'activité :</p> <p>La sécurité des personnes : La structure travaille avec deux médecins généraliste pour les consultations de médecine de ville et d'un réseau de proximité (cabinet dentaire – kinésithérapeute - laboratoires – Hôpital)</p> <p>La sécurité des biens : existence et contrôle annuel du matériel de lutte contre l'incendie, signalisation du matériel de lutte contre l'incendie, formation aux matériaux de lutte contre l'incendie, cache prise électrique, entretien de la chaudière, formation SST du personnel</p>	Référentiel d'auto évaluation page 33

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>De quelles procédures est composé le plan bleu ? Quelles sont les consignes de sécurité données aux conducteurs ? Y a-t-il un cahier de suivi des véhicules ? Qui entretient les véhicules ? Les protocoles : Plan Bleu - plan légionellose, normes HACCP etc... sont -ils connus des professionnels ? Comment est assurée la protection des usagers dans les ateliers d'activité ? Où est votre procédure concernant le confinement ? Quels sont vos contrats de maintenance en cours ?</p>	<p>Direction</p> <p>Agents d'entretien</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Pour le l'ensemble des salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Les consignes de sécurité routière ont été rappelées à l'ensemble du personnel par courrier individuel envoyé au domicile des salariés avec un coupon réponse à retourner. o Il n'y a pas d'attestation sur l'honneur des salariés leur demandant d'informer immédiatement la direction en cas de suspension ou de retrait de leur permis de conduire. o L'équipe mobile ne transporte jamais d'usager. <p>Pour le CSAPA Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Il existe des marches isolées non signalées, o Il y a une alarme anti intrusion. 	<p>Entretiens</p> <p>Observation</p> <p>Visite des lieux</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Usagers</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Pour toutes les unités : <ul style="list-style-type: none"> ○ il y a les affichages obligatoires concernant la sécurité ○ le personnel a reçu une formation aux premiers secours à la prévention incendie. 		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Infirmierie de qualité Les armoires à pharmacie sont des coffres forts Les fenêtres sont sécurisées (serrures, volets roulants). Présence d'une alarme anti-intrusion au "18".	Toutes les procédures de gestion des risques ne sont pas écrites.	/	Lister toutes les procédures suivies informellement par les professionnels. Ecrire ces procédures sous la forme de document qualité. Compiler ces procédures une registre : "gestion des risques". Mettre en œuvre la liste de tous les documents qualité en cours. Remettre au nouvel arrivant (salariés, stagiaires) la liste des documents qualité via le dossier du nouvel arrivant.	/

5.3.4 Le recueil, l'utilisation de l'information sur l'utilisateur dans le cadre de son parcours

Analyse documentaire	Documents concernés
Le dossier de l'utilisateur existe et est informatisé (logiciel ProGdis). La visite sur site permettra d'approfondir ce point.	L'ensemble des pièces techniques et le référentiel d'auto évaluation

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Quelles sont les voies de recours en cas de désaccord ?</p> <p>Comment est assurée la traçabilité de l'accord de l'utilisateur ?</p> <p>Comment l'avenant au PP est-il rédigé ?</p> <p>Qui assure la protection et la gestion des différents dossiers de l'utilisateur (dossier personnalisé, médical, de soins) ?</p> <p>Quels sont les moyens mis en place ?</p> <p>Comment les dossiers sont-ils mis à jour ?</p> <p>Comment est garantie la confidentialité ?</p> <p>Existe-t-il une procédure de constitution du dossier de l'utilisateur ?</p> <p>Comment est gérée l'information concernant l'utilisateur tout au long de son parcours ?</p> <p>Comment privilégiez-vous l'unicité du dossier de l'utilisateur ?</p>	Equipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le dossier de l'utilisateur ne fait pas l'objet d'une procédure écrite, mais il y a des habitudes professionnelles ancrées, pour sa réalisation. L'unicité du dossier n'est pas atteinte car le dossier est éclaté en plusieurs sous-dossiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> o médicaux, sous la responsabilité du médecin, o thérapeutique, sous la responsabilité des infirmières, o d'accompagnement social et éducatif de l'utilisateur dans les unités. <p>La partie informatique concerne l'accueil (état civil, date et fréquence des rendez-vous,...) et le dossier infirmier. Tous les dossiers thérapeutiques des usagers centralisés à l'infirmierie du CSAPA ambulatoire sont informatisés. Pour préserver l'anonymat des dossiers, un numéro très hermétique est donné au dossier de l'utilisateur. L'habilitation pour accéder à la partie thérapeutique du dossier de l'utilisateur est différente selon le personnel. Ce logiciel ProGdis, permet le suivi des traitements, du bilan urinaire (dont les analyses sont faites au</p>	<p>Entretiens</p> <p>Observation</p> <p>Visite des lieux</p> <p>Consultation de documents</p> <p>Consultation d'écrans</p> <p>Consultation de dossier.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe d'encadrement</p> <p>Equipe médicale</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>CHU d' Amiens). La problématique pour les équipes c'est qu'il n'est pas adapté (et ne peut pas l'être) à la distribution bi-journalière de Méthadone.</p> <p>Les infirmières doivent donc reprendre la plume pour tracer dans un classeur contenant les fiches de relevés nominatifs, les milligrammes et le nombre de gélules de méthadone administrés.</p> <p>Une réflexion est en cours sur l'informatisation du dossier de l'usager. La direction et l'équipe d'encadrement s'appuieront sur les résultats des travaux de la Fédération Addiction pour s'orienter vers cette informatisation.</p> <p>La partie manuscrite concerne le DIPC et le projet personnalisé. Les admissions et les fins de séjour sont tracés dans des tableaux de suivi.</p> <p>L'archivage des dossiers à la fois médicaux, infirmiers et du dossier d'accompagnement social et éducatif de l'usager dans les unités, fait actuellement l'objet d'une réflexion car son archivage ne satisfait ni les médecins, ni les équipes.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Les dossiers des usagers présents sont sécurisés dans des armoires fermant à clef dans des bureaux professionnels fermant à clefs. o Les dossiers des anciens usagers ne sont pas dans une armoire sécurisée, mais quand les professionnels ne sont pas là, le bureau est fermé à clef. <p>Pour certains dossiers, lorsque l'usager relève d'une obligation de soin émise par le tribunal, il y a l'ordonnance du juge et des attestations de suivi de soins au CSAPA.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Les dossiers de l'usager sont dans des lieux sécurisés.</p> <p>Les documents contenus dans les dossiers de l'usager sont identiques pour tous.</p>	<p>Pas d'unicité du dossier de l'usager.</p> <p>Un logiciel ProGdis inadapté au service et non modifiable (distribution bi journalière de la Méthadone).</p>	/	<p>Mettre en œuvre l'unicité du dossier de l'usager conformément aux dispositions de la loi 2002-2</p>	/

Paragraphe –II - Conclusion

La conclusion est présentée à l'aide du SWOT, outil de stratégie d'entreprise. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur (etc.) avec celles des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement.

Les **forces** de cet établissement résident dans :

- son équipe transdisciplinaire,
- les savoir-faire,
- la préoccupation du public accueilli,
- une présence médicale importante,
- la prise en charge globale de l'usager par la transdisciplinarité de l'équipe de professionnels mettant en œuvre un projet individualisé très fréquemment réactualisé,
- son expertise reconnue dans les addictions notamment les drogues illicites,
- sa légitimité auprès des partenaires comme pionnier dans le secteur de l'addictologie,
- son ouverture aux autres (réunions, participation à des commissions de travail institutionnelles, formations, réseau ville hôpital...),
- le souci de bien faire des services généraux,
- sa bienveillance envers sa population.

Les **faiblesses** se concentrent dans :

- l'absence de formalisme des documents et des outils de la loi 2002-2 notamment :
 - la charte graphique, une méthodologie commune de rédaction des documents, une gestion documentaire qualité (date, n° de version, validation...),
 - le manque de connaissances approfondies des textes législatifs (Code de l'Action sociale et des familles) et réglementaires (recommandation de bonnes pratiques professionnelles « RBPP » de l'ANESM), qui disposent des outils de la loi 2002-2 et de leurs noms,
- l'absence d'une forme de participation des usagers conforme au CASF et adaptée aux spécificités du secteur de l'addictologie via la RBPP de l'ANESM sur «*La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*».

L'**opportunité** est cette évaluation externe et l'écoute attentive des membres du comité de pilotage, de l'équipe de direction, d'encadrement et du Conseil d'administration ainsi qu' :

- à la rapidité lors des débriefings à comprendre les modifications à apporter
- à vouloir peaufiner rapidement les outils de la « loi 2002-2 » existants,
- aux questions pertinentes montrant qu'ils ont trouvé le fil conducteur qui manquait.

La **menace** serait de ne pas rendre ces « outils 2002-2 » conformes aux textes rapidement.

Validation par l'organisme habilité et le commanditaire

Lu et approuvé

Le

L'organisme habilité

Le commanditaire

Signatures et cachets

Commentaires de l'établissement ou services

LES ANNEXES

CV des évaluateurs et déclarations sur l'honneur

Contrat

Planning d'intervention

Liste des pièces et documents transmis, étudiés et pris en compte

Abrégé et synthèse de l'ANESM

CV des évaluateurs et déclaration sur l'honneur



Clarhaut – Verroust Roselyne

Cadre de santé – SSIAD - Directrice générale d'un SAAD - membre de la CRUQPC d'une clinique du département 93 - CLIC – Réseau de santé - Pilote local MAIA - juriste – Chef de Mission d'A.C.E

Diplômes

2015	- Renouvellement carte AFNOR
2012	- Formation norme HACCP
2011	- Evaluatrice Externe Expert des organisations de l'économie sociale certifiée Afnor (carte N°1101182)
2007-2009	- Master 2 de "Droit Sanitaire et Social" Paris II Assas mention "Bien" - promotion Flaubert.
1980	- Certificat Cadre infirmier à Lille
1972	- Diplôme d'Etat d'Infirmière à Lille.

Expériences Professionnelles

2011 à ce jour	- Chef de mission à "A.C.E Audit-Conseils Evaluation"
2010 -2012	- Intervenante à Paris II-ASSAS
2009 – 2011	- Pilote local du site expérimental de la MAIA du 94, porté par un réseau de santé gériatrique.
1987 – 2009	- Directrice Générale de l'entité « Acacia Sophora ».
1972 – 1992	- Diverses expériences d'infirmière – cadre de santé - cadre formateur (IFSI Tourcoing, Coulommiers – Suzanne Pérouse) et CHU Roubaix - Infirmière libérale.

Evaluations externes réalisées auprès de :

SAD – SESSAD – IME – ITEP – MAS – FO – FAM – Unités d'enfants polyhandicapés - CSAPA - EHPA SSIASD – AJ –FAM pour Malvoyants – Pôle gériatrique – Foyer – Foyer logement – ESAT – IEM – SAJ – SAFEP – SAAAIIS – CAMSP – Foyer de vie – Foyer éducatif – MECS – Service d'accueil et d'évaluation – Foyer maternel – Service de prévention spécialisé – DAHT – Accueil de jour et service d'appartement – centre de placement immédiat – AEMO – SARIA – SAMSAH -

Coordination d'équipes pour les structures suivantes :

- ✚ **Centres Hospitaliers :**
 - EHPAD – CSAPA – CRA – FAM – MAS
- ✚ **Centres départementaux :**
 - CDEF - Protection enfance – protection sociale – inclusion -
- ✚ **Fédérations privées ou Fondation :**
 - GCSMS d'EHPAD – EHPA
 - Adultes handicapés
 - Enfants handicapés
 - Enseignement enfants handicapés
 - Inclusion sociale
 - Addictologie
 - Autisme



Clarhaut - Vaugarny Magali

Directrice générale SAAD – Logement-Foyer, Juriste – Responsable qualité – Enseignante à Paris II-Assas

Diplômes

- 2013 - Evaluatrice externe expert certifiée Afnor (carte n° 12013999)
- 2012 - Evaluatrice Interne des organisations de l'économie sociale certifiée Afnor (carte n° 12013999)
- 2010 - 2012 - Master de Droit sanitaire et social - Promotion Icarie (Paris II - Assas)
Mémoire sur « L'évaluateur externe ou l'émergence d'un nouveau métier »
- 2009 - DUT de gérontologie (CNED Lyon)
- 2005 - Responsable de secteur dans un service d'aide à domicile (Centre de - Formation Brigitte CROFF & Associés)
- 2001 - 2004 - Institut Technique de Banque - CFBP
- 1996 - 1998 - Niveau DEUG science humaines et sociales mention Psychologie
Université Paris V René Descartes.

Expériences professionnelles

- 2016 à ce jour - Directrice adjointe d'un SAMSAH Paris 13ème
- 2013 à ce jour - Intervenante à Paris II-ASSAS
- 2012 - Evaluatrice externe expert des organisations de l'économie sociale en indépendant
- 2005 à ce jour - Directrice Acacia-Sophora (ESSMS d'aide à Domicile de 200 salariés)
- 1995 - 2005 - Le Crédit Lyonnais (Conseillère Clientèle)
- 1994 - 1995 - Secrétaire service social THOMSON CSF
- 1993 - 1994 - Soignante à la polyclinique de Trappes.

Plan d'intervention

Heure	Evaluateur 1 - Roselyne CLARHAUT		Evaluateur 2 – Magali VAUGARNY	
	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum
	Le 1^{er} jour : mardi 7 février 2017 (rue Delpech)			
9h00 à 9h15	Réunion d'ouverture (de toutes les antennes)			
9h30 à 10h00	Visite des locaux (CSAPA ambulatoire : 18 rue Delpech et CJC : 4 Bd Carnot)			
10h00 à 11h00	Entretien avec la direction et membres du CA de l'association			
11h00 à 12h00	Directeur adjoint	Stéphane WADIER	Chefs de service	Danielle FLAMBERT Jean-Luc VAN DEN BERGH Mathilde BANCOURT
12h00 à 13h00	Repas (avec le comité de pilotage ?) déjeuner sur place au 18 rue Delpech			
13h00 à 13h45	Secrétaires Comptable	Valérie DEROCHE Aurélie DEBROUCKER Isabelle CORDONNIER	Psychologues en hébergement	Marion DESMAZURES Karim BOUZAFA
13h45 à 14h30	Infirmières	Hélène DUQUESNOY Caroline MASCLEF Corinne BARRAL	Psychologues en ambulatoire	Béatrice LECHOPIER Christelle CLAUSS Audrey LAPIERRE
14h30 à 15h15	Médecins	Didier FREMAUX Michèle DINOMAIS Sylvain NAPPEZ	Travailleurs sociaux en ambulatoire	Virginie DOBERSECQ Delphine PONCHEL Corine GREMONT
15h15 à 16h00	Unité Mobile	Thierry REY Alafya AKBARALY	Salariés de la CJC	Anne LAMBERT DESCOTEIX Camille LEFEVRE – Camille QUINTARD
16h00 à 16h45			CHSCT/DP/CE	Alexis RATEL - François MANABLE Najib AIT OUFKIR Hélène DUQUESNOY
16h45 à 17h15	Usagers du 18	A préciser	Familles du 18	A préciser

Heure	Evalueur 1 - Roselyne CLARHAUT		Evalueur 2 – Magali VAUGARNY	
	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum
16h45 à 17h15	Consultation de dossiers – procédures – tableaux d’affichage ...			
17h30 à 18h30	Débriefing entre évaluateurs			
18h30 à 19h45	Débriefing avec le comité de pilotage			
19h45 à 20h45	Repas (au CSAPA Mixte et à l’Unité Mère-Nourrisson ?)			
Heure	Evalueur 1 - Roselyne CLARHAUT		Evalueur 2 - Magali VAUGARNY	
	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum
21h00 à 22h00	Visite de nuit			
	Unité mixte 89 rue Gauthier de Rumilly		Unité Mère-Nourrisson 267 rue Jean Moulin	
2^{ème} jour : mercredi 8 février 2017				
9h00 – 10h00	Les partenaires au 18 rue Delpech Monsieur BARBEZAT (association l’Ilot) Monsieur CRESPO et Madame NETZER (SPIP : Service Pénitentiaire d’Insertion et de Probation) Madame Séverine CARON (infirmière puéricultrice au CH de St Quentin)		A l’Unité Mère-Nourrisson 267 rue Jean Moulin 1 travailleur social et 1 salarié de la Petite Enfance Les résidentes	
10h00 à 12h00	Au CSAPA mixte 89 rue Gauthier de Rumilly 2 travailleurs sociaux Résidents			
12h00 à 13h00	Repas (déjeuner sur place au 18 rue Delpech)			

Heure	Evalueur 1 - Roselyne CLARHAUT		Evalueur 2 – Magali VAUGARNY	
	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum	Personnel d'après l'organigramme	Personnel nommé par la direction 3 personnes maximum
13h00 à 16h00	Préparation de la réunion de clôture			
16h00 à 17h00	Présentation de la réunion de clôture à la direction et au comité de pilotage			
17h00 à 17h30	Présentation de la réunion de clôture à l'ensemble des personnes invitées par la direction			

Liste des pièces et documents transmis, étudiés et pris en compte

Nom du document	Date
Flyer d'information sur l'unité mère-nourrisson,	
Flyer d'information sur le CSAPA Ambulatoire	
Arrêté préfectoral d'autorisation d'exercer	31/03/2010
Projet thérapeutique : CSAPA Ambulatoire	
N° FINESS	15/06/2016
Rapport d'évaluation interne CSAPA Ambulatoire	01/03/2012
Règlement intérieur CSAPA Ambulatoire	
Projet thérapeutique unité mère-nourrisson	
Règlement intérieur mère-nourrisson	
Livret d'accueil CJC	
Compte rendu de réunion du CHSCT du 28/09/2016	20/02/2016
Compte rendu de réunion du CHSCT du 25/05/2016	25/05/2016
Compte rendu de réunion du comité de direction du 6 décembre 2016	06/12/2016
Compte rendu de réunion du comité de direction du 8 novembre 2016	08/11/2016
Compte rendu de réunion du comité de direction du 11 octobre 2016	11/10/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	05/12/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	02/11/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	28/09/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	21/06/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	25/08/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	23/05/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	25/04/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	23/03/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	24/02/2016
Compte rendu de réunion de délégués du personnel	20/01/2016
Statuts de l'association le Mail	10/06/2011
Plaquettes sur les services de l'association	05/11/2013
Le projet associatif	10/01/2013

Nom du document	Date
Premier rapport d'auto-évaluation interne (ambulatoire - hébergement - CAARUD)	01/03/2012
DUERP	19/07/2016
Guide méthodologique des comités de direction	03/03/2015
Tableau des effectifs de l'association	
Les niveaux de management	
Rapport d'activité 2015	
Documents consultés ou obtenus sur place	
Fiche de renseignement de l'année 2017 (couleur verte)	01.01.2017
Fiche de renseignement 201.	
Fiche d'évaluation 201.	
Matrice du DIPC	
Feuille d'objectifs de changement	
Feuille d'émargement aux rendez-vous	
une pochette de présentation comprenant 3 volets	
Le règlement intérieur du centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CTR)	04/02/2003
le règlement de fonctionnement de l'association Le Mail	
La matrice du dossier de l'usager	
recueil information/évaluations/demandes	
Le suivi financier	
le suivi financier - prévisionnel mensuel	
le contrat de séjour	
la synthèse du séjour	
le projet individualisé	
les démarches du projet de sortie	
tableau Excel de suivi des admissions du CSAPA Collectif	
Tableau Excel actes et activités au CSAPA collectif.	
Rapport social	
Documents obtenus pendant la phase du Contradictoire	
Autorisation de travaux d'aménagement	28/09/2016

Nom du document	Date
Avis favorable à la demande d'autorisation d'aménagement AD4ap	04/08/2016
Arrêté portant demande d'approbation d'un agenda Ad'AP	16/09/2016
Diplôme d'état de docteur en médecine de la directrice	23/09/1986
DU d'addictologie de la directrice	24/07/2008
DU Bioacoustique et phonétique appliquée de la directrice	20/07/1998
DU de Santé Publique de la directrice	25/04/2003
Projet thérapeutique du CSAPA en ambulatoire	17/05/2015

MODELE D'ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

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

Cet abrégé a pour objectif de traduire la dynamique de l'évaluation externe. A cet effet, l'abrégé présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe.

La méthode de remplissage consiste, pour chacune des sept rubriques, à noter les forces « et » les faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. En effet, chaque rubrique ne peut être réduite à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. L'approche du réel par la complexité consiste à chaque fois à identifier en quoi la rubrique présente une force « et » une faiblesse, ces deux aspects étant toujours contenus dans les faits observés.

L'expression des propositions/préconisations apparaît alors différente si la réalité a été exposée dans sa complexité. Elle n'est plus la sanction de ce qui « ne va pas » mais la dynamique à créer pour poursuivre l'évolution du projet.

La huitième rubrique permet de recueillir l'appréciation globale de l'évaluateur externe

La neuvième permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe

Enfin la dixième et dernière recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe

1. La démarche d'évaluation interne *

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats	<p>L'évaluation interne a été réalisée en 2012.</p> <p>Elle est exhaustive dans les items analysés.</p> <p>Elle s'appuie sur le référentiel de la Fédération addiction (ANITEA / F3A).</p> <p>Elle a été participative avec les équipes.</p> <p>Elle a été remise dans les délais aux autorités compétentes.</p> <p>Chaque chapitre du référentiel renseigne sur des propositions et des préconisations.</p> <p>Les RBPP sont citées dans le rapport d'évaluation interne.</p> <p>Il n'y a pas de retro planning indiquant l'échéancier de réalisation.</p> <p>Il n'y a pas de fiches d'action donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pas de responsable du suivi de l'action de désigné, ○ pas d'unité spécifiée. 		<p>Mettre en œuvre un plan d'action des propositions et préconisations de l'évaluation interne non encore réalisées à ce jour.</p> <p>Introduire dans ce plan d'action les propositions et préconisations de l'évaluation externe.</p> <p>Dispatcher le suivi des actions à mener à des référents (ou copilote) qui sont les membres de l'équipe les plus concernés par cette action.</p> <p>Préciser le suivi de cette action dans une fiche de mission.</p>

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
	Les RBPP de l'ANESM ne sont pas connues de tous.		

* pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	<p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM désignées sous le sigle « RBPP » sont citées dans le rapport d'évaluation interne.</p> <p>Elles sont connues de la direction et de l'encadrement.</p> <p>Les RBPP de la HAS (Haute Autorité de la Santé) sont connues.</p> <p>Les RBPP ne sont pas abordées dans les outils de la loi 2002-2.</p> <p>Elles ne sont pas connues des équipes pluridisciplinaires.</p> <p>Elles ne sont pas à disposition des personnels (internet – bibliothèque).</p> <p>Elles ne sont pas abordées en réunion via une veille réglementaire.</p> <p>Elles ne font pas l'objet d'une méthode d'appropriation telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Figurer à l'ordre du jour des réunions, ○ En débattre autour d'un cas concret 		<p>Mettre en œuvre une méthodologie d'appropriation des RBPP des secteurs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'addictologie (vert) ○ De tous les secteurs (bleu) <p>Mettre à disposition du personnel les 54 RBPP parues à ce jour soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Par un lien avec internet ○ En mettant à disposition les RBPP dans la bibliothèque de la salle du personnel.

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et	<p>Il existe un « projet associatif » pour les ESSMS du Mail.</p> <p>Il existe un projet thérapeutique "en ambulatoire" qui inclut l'unité mobile et la prévention réalisée par CJC.</p> <p>Le projet ne respecte pas les dispositions de l'article</p>		<p>Mettre en annexe du projet d'établissement ou de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un glossaire, ○ un lexique.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>d'actualisation du projet d'établissement ou de service ;</p> <p>adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée</p>	<p>L.311-8 du CASF (objectifs et fonctionnement/organisation).</p> <p>Ils n'indiquent pas la durée de validité.</p> <p>Ils n'indiquent pas s'ils ont été présentés à une instance représentative des usagers (CVS ou autres formes) et de l'association (CA, CE...)</p> <p>Le projet de service s'appelle le "projet thérapeutique".</p> <p>Le projet thérapeutique n'est pas assez détaillé.</p> <p>Les projets d'accompagnement social, éducatif, psychologique sont très concis.</p>		<p>Indiquer sur le projet, un numéro de version.</p> <p>Insérer un sommaire.</p> <p>Respecter l'appellation du projet conformément aux textes de lois et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) validées par l'ANESM.</p> <p>Réécrire les projets : (associatif et de service).</p> <p>S'aider de la RBPP sur la "L'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service" pour la réécriture de cet outil de la loi 2002-2.</p> <p>Déployer le projet d'établissement en projets d'unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ au siège du 18, ○ en unité mobile ○ au CJC.

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires,</p> <p>formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou</p>	<p>Les partenaires rencontrés sont satisfaits des relations avec les équipes du Mail.</p> <p>Une articulation de fait évidente sur le terrain.</p> <p>Une articulation cohérente.</p> <p>Des locaux accueillants pour les usagers et les partenaires.</p> <p>Un site Internet</p> <p>Pas d'enquêtes de satisfaction pour formaliser la</p>		<p>Mettre en œuvre des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires.</p> <p>Analyser les enquêtes.</p> <p>Concrétiser les résultats de l'analyse par des propositions ou des préconisations.</p> <p>Introduire les propositions et les</p>

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur,</p> <p>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu,</p> <p>contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement</p>	<p>perception des partenaires.</p> <p>Cette articulation n'est pas valorisée dans le projet d'établissement (PE).</p>		<p>préconisations qui en découleront dans la DACQ.</p> <p>Introduire cette articulation dans le projet associatif et dans le projet d'établissement (PE) et de projet de service (PS) de toutes les entités du CSAPA.</p>

5. Personnalisation de l'accompagnement

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne,</p> <p>conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé</p>	<p>Un rapport d'activité très fouillé.</p> <p>Des données récoltées par unités.</p> <p>Un très gros travail de réalisé par les équipes, pour collecter toutes les données.</p> <p>Il existe des projets personnalisés systématiques.</p> <p>Ils sont revus très régulièrement et plusieurs fois dans l'année.</p> <p>Un projet personnalisé au cœur des préoccupations de tous les professionnels.</p> <p>Le projet personnalisé existe.</p> <p>Il est actualisé régulièrement.</p> <p>La priorité de l'équipe est centrée sur l'utilisateur et à son adhésion aux soins, même si celle-ci n'est pas toujours formalisée par écrit.</p> <p>Dès que la relation avec l'utilisateur l'autorise, le projet personnalisé est écrit ainsi que sa réactualisation</p> <p>Pas de vision globale d'un service ou d'un établissement (en fonction du FINESS).</p> <p>Les projets personnalisés ne sont tous pas signés par l'utilisateur.</p> <p>L'utilisateur n'a pas toujours un exemplaire de son</p>		<p>Réfléchir à l'intérêt que peut produire un tableau synopsis pour l'ensemble de l'activité du numéro FINESS.</p> <p>Faire signer par l'utilisateur son projet personnalisé.</p> <p>Lui remettre un exemplaire de son projet personnalisé. S'appuyer sur la RBPP de l'ANESM pour adapter le projet personnalisé à la réalité du public.</p> <p>Acter l'accord de l'utilisateur pour l'avenant à son projet personnalisé sur une feuille d'émargement ou de présence</p>

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
	projet personnalisé. Il n'est pas toujours signé et remis à l'utilisateur.		

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	L'accès au dossier est expliqué dans un ancien document. Il existe des enquêtes de satisfactions Les résultats sont affichés dans la salle d'attente Il y a une boîte à idées à disposition des usagers près de la salle d'attente. La procédure d'accès au dossier de l'utilisateur n'est pas écrite. Pas d'enquêtes de satisfaction à un rythme régulier.		Formaliser par écrit la procédure d'accès au dossier de l'utilisateur. Déterminer le rythme de ces enquêtes. Déduire de l'analyse de ces enquêtes des préconisations et des propositions. Introduire ces préconisations et ces propositions dans la DACQ.

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises	Un respect de l'intimité due à l'utilisateur. Une information auprès du jeune public, via le service de prévention, sur la vie affective et sexuelle. Les visites de sécurité sont effectuées et les locaux conformes. Un registre de sécurité tenu à jour. Non stigmatisation des lieux. Il y a des groupes d'analyses des pratiques professionnelles réguliers (tous les 15 jours) Le personnel a la culture de la bientraitance. Elle est ancrée dans la culture de l'association.		Réfléchir à une nouvelle distribution des pièces si une restructuration des locaux est envisagée. Rédiger une procédure de lutte contre les attentats Désigner un référent bientraitance. Communiquer et diffuser sur les RBPP de l'ANESM. Mettre en œuvre les fiches d'événements indésirables (FEI).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>en place, dont la formation des professionnels,</p> <p>pour prévenir ces risques, modes de concertation,</p> <p>traitement des faits de maltraitance</p>	<p>Un personnel diplômé à tous les étages de l'organigramme.</p> <p>Un personnel motivé et impliqué.</p> <p>Des fiches de postes pour tous.</p> <p>Au regard de la disposition des pièces, une confidentialité parfois remise en cause par les infirmières, à certaines plages horaires.</p> <p>Pas de procédure de lutte contre les attentats.</p> <p>La connaissance des RBPP de l'ANESM s'arrête à l'équipe d'encadrement.</p> <p>Il n'y a pas de fiche d'évènements indésirables (dite FEI dans la profession) à disposition de tous.</p>		<p>Procéder à l'analyse de ces FEI par un membre de l'équipe désigné pour cette mission.</p> <p>Déduire des propositions et des préconisations de cette analyse.</p> <p>Fixer les objectifs à atteindre.</p> <p>Introduire ces objectifs dans la DACQ.</p>

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

La conclusion est présentée à l'aide du SWOT, outil de stratégie d'entreprise. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur (etc.) avec celles des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement.

Les **forces** de cet établissement résident dans :

- son équipe transdisciplinaire,
- les savoir-faire,
- la préoccupation du public accueilli,
- une présence médicale importante,
- la prise en charge globale de l'usager par la transdisciplinarité de l'équipe de professionnels mettant en œuvre un projet individualisé très fréquemment réactualisé,
- son expertise reconnue dans les addictions notamment les drogues illicites,
- sa légitimité auprès des partenaires comme pionnier dans le secteur de l'addictologie,
- son ouverture aux autres (réunions, participation à des commissions de travail institutionnelles, formations, réseau ville hôpital...),
- le souci de bien faire des services généraux,
- sa bienveillance envers sa population.

Les **faiblesses** se concentrent dans :

- l'absence de formalisme des documents et des outils de la loi 2002-2 notamment :
 - la charte graphique, une méthodologie commune de rédaction des documents, une gestion documentaire qualité (date, n° de version, validation...),
 - le manque de connaissances approfondies des textes législatifs (Code de l'Action sociale et des familles) et réglementaires (recommandation de bonnes pratiques professionnelles « RBPP » de l'ANESM), qui disposent des outils de la loi 2002-2 et de leurs noms,
- l'absence d'une forme de participation des usagers conforme au CASF et adaptée aux spécificités du secteur de l'addictologie via la RBPP de l'ANESM sur «*La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*».

L'**opportunité** est cette évaluation externe et l'écoute attentive des membres du comité de pilotage, de l'équipe de direction, d'encadrement et du Conseil d'administration ainsi qu' :

- à la rapidité lors des débriefings à comprendre les modifications à apporter
- à vouloir peaufiner rapidement les outils de la « loi 2002-2 » existants,
- aux questions pertinentes montrant qu'ils ont trouvé le fil conducteur qui manquait.

La **menace** serait de ne pas rendre ces « outils 2002-2 » conformes aux textes rapidement.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

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

Items (5 maximum)	
descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche	<p>Après une mise en concurrence par appel d'offres le commanditaire a envoyé les 9 pièces techniques. (voir les points clefs de l'évaluation page 6) Un projet évaluatif, rédigé à partir du référentiel de l'organisme habilité et comprenant un volet propre à l'établissement et un questionnaire évaluatif a été proposé à la direction.</p> <p>Le diagnostic partagé a commencé à ce moment-là, puisque la direction a pu intervenir sur le questionnaire. Un plan d'intervention a été proposé et validé par la direction. L'équipe d'évaluateurs est restée ouverte aux modifications de celui-ci jusqu'au moment de la visite sur site. Sur place, des notes ont été prises, et lors des entretiens il y a eu une reformulation des dires des personnes interviewées par les évaluateurs.</p> <p>La réunion de clôture s'est déroulée selon la grille de Marchesnay avec les classements des points forts et des points perfectibles selon les quatre axes de cette grille (le but des dirigeants, l'organisation, les activités et l'environnement) Les propositions et préconisations sont réalisées selon le SWOT (forces - faiblesses - opportunités - menaces)</p> <p>Les professionnels ont été impliqués tout au long de la démarche. Les personnes rencontrées se sont exprimées de façon libre et spontanée, nous faisant découvrir leur activité professionnelle, soucieuse de l'amélioration permanente de la qualité de la prise en charge des usagers.</p> <p>L'ensemble du personnel audité s'est montré disponible, coopérant, ouvert à l'échange et bienveillant à notre égard.</p> <p>Lors de la réunion de clôture il y avait une quinzaine de personnes (personnel et membres du CA)</p> <p>Des entretiens avec les usagers sur leurs lieux de vie et d'activités ont été organisés dans le cadre de la démarche d'évaluation externe.</p> <p>Nous avons pu constater qu'ils avaient été préparés en amont à l'évaluation externe, qu'ils avaient compris la démarche à leur niveau et qu'ils s'exprimaient tout à fait librement.</p>

10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe

MODELE DE SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE

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

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

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

L'évaluation interne a été réalisée, le rapport remis aux autorités compétentes. L'évaluation interne fait l'objet d'un suivi. Le comité technique se réunit régulièrement. Pendant ces réunions il suit l'avancée des propositions et des préconisations que l'équipe avait formulées, mais il n'y a pas eu :

- de traçabilité écrite de ces suivis,
- de mise en place d'un échéancier ou rétro planning.
- à l'unité ambulatoire le suivi a été arrêté.

Lors des réunions du Conseil d'administration, la progression de la réalisation des objectifs de l'évaluation interne est régulièrement discutée.

Le rapport d'activité aborde l'atteinte des objectifs de l'évaluation interne.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont connues de l'équipe d'encadrement. Cette équipe va directement sur le site de l'ANESM pour les consulter, mais il n'y a pas de lien internet de réalisé sur les ordinateurs du personnel pour atteindre facilement les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM concernant :

- le secteur d'activité (couleur verte)
- celles qui sont transversales à tous les secteurs (couleur bleue).

Elles ne sont pas non plus à disposition du personnel sous format papier, dans la salle du personnel qui possède une grande bibliothèque médico-sociale bien fournie.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM ne sont pas évoquées en réunion :

- sous leur aspect synthétique (encadré - point de vigilance)
- développées par un de cas concret.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

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

Il existe un projet associatif et des projets thérapeutiques pour l'unité « mixte » et l'unité « mères-nourrissons ».

Il existe un projet associatif et un projet thérapeutique pour le CSAPA "En Ambulatoire".

Il ne comporte pas :

- la date de diffusion,
- la durée de validité (pour mémoire cinq ans),
- la date de présentation au conseil d'administration pour validation et à une instance des usagers pour avis consultatif (CVS ou autre forme de participation).

Ils ne comportent pas les deux parties disposées par la loi :

- Les objectifs qui doivent se déployer en matière :
 - De coordination,
 - De coopération,
 - D'évaluations des activités et de la qualité des prestations
- Les modalités d'organisation et de fonctionnement pouvant s'appuyer sur les quinze thèmes du décret 2007-975 du 15 mai 2007 et qui figurent dans ce rapport à la page 36 et 37 (tableau du SWOT).

Un troisième point figure dans l'article L 311-8 du CASF : « Si des soins palliatifs sont nécessaires, ils seront à préciser avec les conventions » mais il ne concerne par « Le Mail ».

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

La structure rédige un rapport d'activité ainsi qu'un rapport social.

Le rapport d'activité est extrêmement détaillé, permettant non seulement de connaître le public accueilli et les soins apportés par les établissements et services mais également par unités.

C'est un gros travail de réalisé par les équipes permettant d'avoir des données pointues sur le public accueilli et son comportement.

Le CSAPA « En Ambulatoire » dispose d'une unité mobile qui sillonne la Somme au moyen d'un camion équipé de deux bureaux, l'un pour un éducateur spécialisé, l'autre pour une psychologue. Le camion (un 3.5 tonnes de type camping-car) est clairement signalé comme faisant de la prévention auprès des usagers de drogues.

Le stationnement du camion se fait à la demande de l'utilisateur, cela peut-être près d'un terrain de football, une mairie, un parking... Cela est très modulable et en fonction des besoins de la population.

Environ 70 % des personnes venant consulter l'unité mobile sont "sous-main de justice", les 30 % restants constituent des demandes personnelles, notamment pour des utilisateurs d'alcool, cannabis, héroïne.

Les partenaires regrettent qu'il n'y ait plus d'interventions du « Mail à Péronne », via la permanence fixe.

Une formation au « dépistage rapide » par prélèvements capillaire est en cours pour le personnel qui ne fait pas partie du « Paramédical ». Il recevra une habilitation ARS pour effectuer ces prélèvements.

Au CSAPA Ambulatoire, les deux bureaux situés à l'accueil des personnes accueillies sont occupés, l'un par un éducateur spécialisé qui assure directement l'accueil des personnes, l'autre par une secrétaire administrative. Ils assurent ainsi un accueil complet, de qualité et offrent les réponses adaptées très rapidement. La présence de l'éducateur spécialisé permet d'entretenir immédiatement une relation personnalisée.

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

L'équipe pluridisciplinaire :

Le personnel en charge des usagers est qualifié et formé. Les diplômes correspondent aux besoins de la population (Infirmières D.E, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistance sociale, éducatrice de jeunes enfants, agents techniques, personnels administratifs...). Des formations qualifiantes sont en cours (CAFERUIS, masters...)

L'accueil téléphonique, est réalisé parfois en binôme avec une secrétaire et un éducateur spécialisé.

A l'unité mobile, il n'y a pas de déplacement tous les jours. Le camion est également au service de du service de prévention "C.J.C" et du CAARUD.

L'équipe de direction est composée par :

- La directrice : docteur en médecine et spécialisée en addictologie, en santé publique ainsi qu'en bioacoustique et phonétique. Elle assure régulièrement le suivi des projets thérapeutiques avec les chefs de service et également certains aspects des ressources humaines notamment pour le personnel éducatif et médico-social.
- Le directeur adjoint orienté plus particulièrement vers la comptabilité, la gestion, les achats, la relecture des contrats et en quelque sorte il assure le rôle de "DAF". Il prépare un DEESS (dirigeant d'entreprise de l'économie sociale et solidaire) à l'IRTS de Montpellier

L'équipe médicale est composée par :

- un médecin praticien hospitalier dans un service de psychiatrie du CH Philippe Pinel. Il a participé en mai 1996 au premier programme méthadone.
- un médecin généraliste, praticien attaché à un service d'infectiologie,
- un médecin généraliste spécialisé dans la nutrition et ses déviances (boulimie - anorexie) et orienté également vers les dépendances comportementales telles que celles des « Gambleurs » et des « Gamers ».

Depuis l'évaluation interne les fiches de postes ont été écrites pour toutes les professions présentes. Au jour de l'évaluation sur site, il ne restait que deux fiches de poste à peaufiner.

Les fiches de missions ne sont pas encore écrites mais elles sont en réflexion.

Il y a quelques années il existait une évaluation annuelle des compétences, mais celle-ci s'est arrêtée. Elle doit être prochainement être rétablie et la grille de l'entretien est en cours de finalisation. Les chefs de services reçoivent actuellement une formation pour réaliser ces entretiens.

La structure adhère à la CCN 66. Le règlement intérieur a été révisé lors des modifications du Code du travail en 2009 avec l'appui d'un avocat. Le contrat de travail est préparé par le directeur adjoint qui veille, entre autre, au suivi des indices de salaire et à la reprise de l'ancienneté.

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

Il n'existe pas de procédure écrite et formalisée concernant l'accueil du nouveau salarié ou stagiaire, ni le livret d'accueil du nouvel arrivant. Le règlement intérieur du personnel est affiché au secrétariat du CJC.

Toutefois celui-ci est réalisé de façon homogène avec une présentation des documents de l'association et du CSAPA ((règlement intérieur, règlement de fonctionnement, projet thérapeutique,)), puis une période d'observation de une à deux semaines selon l'adaptation du nouvel arrivant. Il y a peu de turn-over et le personnel est relativement stable.

L'accueil des stagiaires n'a pas été évoqué et nous n'en n'avons pas rencontré. Le règlement intérieur est affiché au secrétariat du CJC et au CSAPA Ambulatoire.

Outre les stagiaires éducateurs spécialisés et IDE, la présence de stagiaires serait un atout, notamment des stagiaires dans le domaine de la qualité (pour exemple celles de la faculté de Lille 2 « Ilis », qui forme les étudiantes au Master Ingénierie et Management de la Santé).

Elles pourraient de plus aider l'équipe ; très occupée par les projets personnalisés des usagers et leur réactualisation très fréquentes ; à rendre conforme les outils de la loi 2002-2 aux textes de lois et aux textes réglementaires et à mettre en forme les documents qualifiés.

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

La sélection du personnel administratif est sous la responsabilité du directeur adjoint et la sélection du personnel social et paramédical sous la responsabilité de la directrice et des chefs de services.

Le plan de formation est réalisé directement sur le site d'UNIFAF par le directeur adjoint. Les orientations du plan de formation sont données par l'association et réalisées par la direction après recueil des desideratas de chacun. Les formations diplômantes sont favorisées.

Il n'y a plus d'entretien professionnel ni annuel d'évaluation. L'équipe mobile précise qu'elle a participé, il y a quelques temps, à un entretien annuel individuel formalisé.

Le budget formation est de 14 000 € auxquels s'ajoutent des crédits spécifiques, des fonds mutualisés qui permettent d'élever l'enveloppe à la somme de 23 000.00 €.

Les délégués du personnel sont impliqués dans le plan formation. Le conseil d'administration est informé des orientations de formation à prendre pour la structure et des formations accordées.

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

Les statistiques sont issues du logiciel ProGdis, à partir des données entrées quotidiennement.

Le CSAPA du 18 rue Delpech :

Les statistiques sont très fouillées et donnent énormément d'informations sur le public qui compose la file active, notamment sur le profil, les actes, les présences ou absences, l'origine de la demande. Des synthèses de ces données sont présentées sous forme de graphiques.

L'activité des antennes situées à :

- Abbeville,
- Péronne,
- Albert,
- Flixecourt,
- la maison d'arrêt,
- les contrats de soins dans le cadre d'un placement extérieur,

est analysée

L'activité de l'équipe mobile est également étudiée selon mêmes items.

Quant au « CJC », les données sont également collectées, mais les items sont différents. Ce sont des recueils d'informations sur les interventions réalisées par l'équipe pluridisciplinaire auprès des établissements scolaires.

D'autres lieux font l'objet d'action de prévention, notamment les maisons d'ados, le CIDFF, etc, ainsi que des actions auprès des personnes « sous-main de justice » et des actions en soutien à la parentalité.

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

Il existe un projet associatif d'où découle le projet thérapeutique qui concerne les unités du CSAPA « En Ambulatoire ».

Bien qu'incomplets dans leur composition, il y a une cohérence entre eux. Cette cohérence se retrouve également avec le projet thérapeutique du CSAPA « Hébergement » et celui de l'UMN.

Le projet associatif aborde également le CAARUD, autre ESSMS de l'association "Le Mail", mais il n'est pas concerné actuellement par l'évaluation externe.

Les différents projets ne sont pas tous datés et ne comportent pas la durée légale de validité et doivent être revus. Ils n'indiquent pas non plus la validation par le Conseil d'administration et l'avis consultatif du CVS ou d'une autre forme de participation.

Il serait intéressant au regard de l'échéance du prochain PRS (plan régional de santé) de reprendre ces différents projets ainsi que leurs objectifs et de les faire coïncider, en anticipant toutefois la rédaction de l'organisation et du fonctionnement.

Le peaufinage des objectifs pourraient se faire juste après la parution du Plan régional de santé de l'ARS des Hauts de France qui doit couvrir la période de 2018 à 2023.

B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

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

Le projet d'établissement recense au plus près les besoins et les attentes des usagers. Le camion du CSAPA permet d'optimiser cette proximité. L'équipe médicale assure également des permanences dans d'autres villes du département comme par exemple à Abbeville.

La directrice participe aux différentes commissions et réunions des dispositifs locaux départementaux et régionaux. Les équipes du mail (via ses professionnels) participent à des actions de formation en intra-muros et à l'extérieur.

L'association le Mail a été pionnière dans le domaine de l'addictologie. Un des médecins de l'équipe a participé en mai 1996 au premier programme "méthadone". L'association a été également pionnière en menant une action avec les professionnels alcooliers.

Actuellement l'équipe pluridisciplinaire du Mail est formée au "Dépistage Rapide" par prélèvements capillaires. La formation est en cours de réalisation. Elle permettra aux personnes l'ayant suivie, autres que les IDE et notamment l'équipe éducative, d'avoir l'habilitation ARS pour réaliser ces prélèvements.

Il y a un fort partenariat avec le ministère de la Justice et ses équipes (les CSPIP et les pénitenciers). Le mercredi matin un des médecins est présent dans le pénitencier d'Amiens. Deux éducateurs peuvent également assurer des permanences dans la maison d'arrêt. Est présente une convention générale, parfois appelée "habilitation" avec les conseillers du SPIP, donc du ministère de la Justice pour les "contrats de soins" et les travaux d'intérêts généraux (TIG).

Parfois des éléments de preuves nécessaires à une audience sont demandés dans des délais très brefs (12 h pour une audience à 14h) au personnel du CSAPA, par les CSPIP.

Au Mail, les projets thérapeutiques sont complémentaires. Le CSAPA « En Ambulatoire » est l'une des sources d'orientation d'usagers vers le CSAPA « Hébergement » et le suivi des postcures.

Les chefs de services ont tous leur bureau au 18 rue Delpech permettant ainsi une coopération encore plus proche. Il y a une articulation « de fait » entre tous les services et établissements du CSAPA qui est évidente et qui fonctionne bien.

Cette articulation ne figure pas dans le projet associatif et les projets d'établissements et de services dits "projets thérapeutiques" ne valorisant donc pas le travail de qualité réalisé par les différentes équipes.

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

Il n'y a pas d'enquêtes de satisfaction de réalisées auprès des partenaires qui permettraient de connaître leur perception sur leurs relations et leurs actions avec le CSAPA Hébergement.

L'analyse de ces enquêtes par une personne de l'équipe missionnée pour cette tâche, permettrait d'obtenir des propositions et des préconisations qui viendraient enrichir le plan d'action (ou le rétro planning) de la démarche d'amélioration de la qualité dite "DACQ".

Cependant tous les partenaires rencontrés sont très satisfaits des relations avec l'association et les services du Mail.

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

Le CSAPA a de nombreuses relations avec les structures du territoire local, régional et national, mais elles ne sont pas toutes formalisées.

Un partenariat est formalisé avec l'association APREMIS pour le suivi de la prise du médicament.

Il existe un partenariat faisant l'objet d'une convention tripartite entre l'association le Mail et :

- le CHU d'Amiens pour les analyses biologiques,
- Le CH Pinel pour l'approvisionnement en Méthadone.

En plus de ce partenariat fondamental il en existe d'autres, notamment avec :

- Le CH de Saint Quentin par ses relations privilégiées avec la puéricultrice qui possède un DU de « périnatalité addiction » et est régulièrement en relation avec la psychologue de l'unité « Mères-Nourrissons ». Des conventions ponctuelles peuvent en plus être formalisées pour des actions précises.
- Le CSAPA participe avec le CH de Saint Quentin au "réseau périnatal" de Picardie. Ensemble ils ont un fort partenariat qu'il apprécie tous les deux.

Outre les partenaires institutionnels, il y a ceux du monde associatif notamment avec « L'Ilot » qui comprend différents établissements de type CHRS et accueil de jour. Cette convention de partenariat est formalisée par écrit et signée. L'équipe du Mail intervient dans le CHRS pour réaliser des actions de prévention.

L'association « L'Ilot » et l'association « Le mail » participent avec les membres du SPIP à des discussions de synthèse autour du projet personnalisé de l'utilisateur. Il y a souvent interaction entre les usagers du CSAPA ambulatoire et les usagers de « L'ilot ».

Il existe bien d'autres partenaires des activités, mais tous les partenariats ne font pas l'objet de conventions écrites.

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

Au regard de la particularité de la spécificité du CSAPA, les lieux ne sont pas ouverts aux personnes extérieures préservant ainsi le bon déroulement du sevrage et de la réintégration de l'utilisateur dans une vie quotidienne. De ce fait il n'y a pas de porte ouverte, pas de manifestation festive dans les locaux.

Cependant les lieux sont ouverts aux partenaires pour des réunions et des formations intra-muros.

Il existe des plaquettes d'informations sur les différents services de l'association "Le Mail" afin de communiquer avec l'extérieur, ainsi qu'un site Internet.

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

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

La RBPP de l'ANESM sur la mise en œuvre du projet personnalisé n'est pas connue de la plupart des membres du personnel.

Les projets personnalisés des usagers sont déclinés du projet thérapeutique (projet d'établissement) et sont cohérents entre eux. Chaque référent établit avec l'utilisateur son projet personnalisé, celui-ci est mis dans son dossier. Il est revu régulièrement en fonction de l'évolution, de ses besoins, de la fréquence de ses visites au CSAPA.

Les projets personnalisés des usagers réguliers font l'objet d'une rétrospective lors des réunions. Toutefois sa mise en place ne fait pas l'objet d'une procédure.

Les médecins participent à l'élaboration du projet individuel de l'utilisateur. La transdisciplinarité de l'équipe professionnelle est constante lors de rencontre pour l'évaluation des besoins de l'utilisateur et la mise en place de son projet individualisé.

Les thèmes qui sont abordés pour la réalisation du projet individualisé sont :

- les dettes
- la santé
- la formation
- l'emploi
- le familial
- la justice.

Une fiche de renseignement qui se remplit à l'accueil permet de compiler la majorité des informations de l'utilisateur. Cette feuille comprend les items suivants :

- le service ou établissement qui est concerné (Péronne, maison d'arrêt - CFA etc...),
- les coordonnées de la personne (nom, adresse, téléphone...),

- la date du premier accueil et la date de sortie avec son motif,
- la nationalité,
- la situation matrimoniale et familiale,
- la catégorie socio professionnelle, le niveau d'étude,
- la situation professionnelle,
- le logement,
- l'origine géographique,
- l'origine de la demande,
- le type de demande (sevrage, substitution, soutien psychologique etc..)
- Le volet social avec :
 - enfance,
 - les parents,
 - le profil du père de l'utilisateur,
 - le profil de la mère de l'utilisateur,
- la pièce d'identité fournie (CNI, carte des séjours, sans papier...),
- la couverture sociale,
- les ressources (pôle emploi, les indemnités, les prestations...)
- Le volet addiction avec :
 - le ou les produits consommés et comment,
 - comment sont-ils pris (injection, fumé ...),
 - la fréquence,
 - le risque encouru (usage à risque, usage nocif, dépendance, abstinence...),
 - si injection intraveineuse, le lieu de délivrance de la seringue,
 - la situation de l'utilisateur par rapport au produit,
 - le suivi spécialisé antérieur.
- Le volet juridique :
 - situation judiciaire actuelle
 - sursis, mise à l'épreuve,
 - liberté conditionnelle
 - etc...
 - Les incarcérations antérieures éventuelles.
- Le Volet médical :
 - affection au VIH
 - Hépatite B
 - Hépatite C
 - suivi en psychiatrie :
 - hospitalisations antérieures,
 - comorbidité psychiatrique
 - tentative de suicide.

Il existe également une fiche d'évaluation qui guide le professionnel dans la récolte des données permettant de concevoir le projet personnalisé.

La composition du dossier est la même pour toutes les unités du CSAPA « En ambulatoire ».

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

Le projet personnalisé est au cœur de la relation avec les professionnels du CSAPA. C'est à partir des projets de l'utilisateur que les professionnels du CSAPA vont asseoir leurs objectifs et leurs actions.

Beaucoup de projets personnalisés ne sont pas signés, car la plupart des usagers :

- ont peur de l'engagement,
- souhaitent l'anonymat
- sont sous contrat de soins avec la Justice
- ne souhaitent pas garder une trace de leur "déviance".

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

Un projet personnalisé au cœur des préoccupations de tous les professionnels.

Le projet personnalisé est revu très régulièrement, mais cette réactualisation ne fait pas l'objet de contractualisation avec l'utilisateur.

Il n'y pas de planification, ni de procédures sur les révisions des projets personnalisés mais ils peuvent être revu tous les mois comme tous les ans en fonction de l'adhésion du l'utilisateur au CSAPA.

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Les voies de recours ne sont ni transmises aux usagers dans le livret d'accueil, ni par voie d'affichage. Toutefois dans une ancienne pochette d'information, encore donnée à l'utilisateur, est inscrite la possibilité pour l'utilisateur de consulter son dossier. Cependant les équipes ont expliqué qu'elle présentait facilement le dossier à l'utilisateur, en sachant que lors des activités le dossier est sorti.

La consultation des dossiers archivés n'est pas formalisée par écrit. Les équipes précisent que l'utilisateur doit écrire pour en demander sa consultation et qu'il sera reçu par un membre de l'équipe d'encadrement. Ce fait ne s'est pas encore produit.

Il n'y a aucune référence à la personne qualifiée. Le consentement éclairé est recherché, mais l'adhésion n'est pas toujours facile au regard de la non systématisation des traitements substitutifs.

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

Il existe une enquête de satisfaction dont les résultats sont affichés en salle d'attente. Les résultats ne sont pas encore mis en œuvre. Une analyse d'axes de progression est en réflexion afin d'améliorer les items qui le nécessitent.

Il n'y pas d'autre mode de recueil de la perception des usagers et la RBPP sur la participation des usagers du secteur de l'addictologie n'est pas utilisée.

Il existe des boîtes à idée afin que les usagers puissent déposer leur demande. Celle-ci est analysée et il y a une réponse.

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

Les résultats de l'enquête de satisfaction sont affichés dans la salle d'attente.

Le fonctionnement actuel de cette forme de participation est ne correspond pas aux dispositions des articles de lois.

Il n'y a pas de tableau de suivi des décisions prises par les usagers et à mettre en œuvre par l'équipe.

D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

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

Le DIPC est presque conforme à l'article L 311-4 du CASF, Il aborde les objectifs de cette prise en charge, la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthique mais il omet de préciser que la nature de la prise en charge est également dans le respect des RBPP de l'ANESM et du projet d'établissement. Il aborde également les conditions financières de la prise en charge mais n'indique pas le coût prévisionnel de cette prise en charge, même si elle n'est pas à la charge de l'utilisateur.

Le livret d'accueil :

Il est soit présent soit remplacé par une plaquette d'informations. Dans tous les cas les items de la circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 ne sont pas tous présents.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée mais pas toujours de façon très visible. Au CJC et au CSAPA « En ambulatoire », la charte est affichée.

Le règlement de fonctionnement :

Il n'existe pas de règlement de fonctionnement, mais il existe un règlement intérieur qui s'assimile plutôt à des règles de vie d'une unité. Il ne définit pas clairement les droits et les devoirs de

l'utilisateur (article L 311-7 et R 311-33 à R 311-37 du CASF). Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au CSAPA ambulatoire

La liste des personnes qualifiées n'est pas diffusée, les voies de recours ne sont pas transmises dans les documents actuels du CSAPA.

L'accessibilité n'est pas complètement possible pour les personnes à mobilité réduite, même si certains aménagements sont présents (rampe d'accessibilité à côté des marches). Tous les bureaux ne leur sont pas accessibles au regard de la présence de marches.

Il n'y a pas de sanitaires adaptés aux personnes à mobilité réduite. Les locaux ne sont pas accessibles aux personnes ayant un handicap sensoriel. La signalétique n'est ni régulière, ni harmonisée.

L'intimité de la personne est respectée. La confidentialité des informations transmises aux personnels est également respectée. Toutefois la salle d'attente est ouverte sur l'accueil, où a lieu la réception des visiteurs et l'accueil téléphonique du public, ce qui ne confère pas aux échanges l'intimité nécessaire.

A certaines heures de la journée la distribution des traitements de substitution ne bénéficie pas de la discrétion souhaitée le personnel infirmier.

Les archives sont dans des armoires fermées à clef. L'utilisateur ne reste jamais seul dans un bureau.

Au CJC le bureau de l'assistante sociale dispose d'un ordinateur destiné aux recherches sur Internet concernant notamment l'accès aux droits de l'utilisateur.

Les IDE précisent que la confidentialité due à l'utilisateur est difficile à respecter à certaines plages horaires de la journée, notamment 10 h à 10 h30 car c'est l'heure d'affluence et il y a beaucoup d'utilisateurs dans la salle d'attente. L'acoustique de la pièce est insuffisante, malgré les travaux d'amélioration faits, pour préserver la confidentialité de la conversation.

De plus pendant cette plage horaire, elles ne peuvent pas accorder la même écoute aux paroles de l'utilisateur.

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

Il y a des boîtes à idées accompagnées de papier et crayon qui sont mis à disposition des usagers.

Il n'y a pas de fiches d'événements indésirables dites FEI.

Il existe des groupes très réguliers (tous les quinze jours) d'analyse des pratiques professionnelles par un consultant externe de formation psychanalytique.

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

Le service est classé "U au niveau 5". Il n'assure pas d'hébergement. Le plan bleu n'est donc pas nécessaire. Les visites de conformité ont déclaré conformes le service.

Afin d'éviter de stigmatiser la population accueillie et d'assurer des soins en toute sécurité, le CSAPA ambulatoire du 18 n'est signalé discrètement. Le C.J.C ne l'est pas.

Il n'y a pas encore de procédure antiterrorisme (ou de lutte contre l'attentat) de réalisée.

L'infirmier du CSAPA ambulatoire est aussi celle des CSAPA d'hébergement. C'est un centre Méthadone.

Afin d'éviter les erreurs, la feuille de suivi du traitement est changée dès qu'il y a une modification de traitement. Les anciennes feuilles de suivi sont archivées.

Pour obtenir leurs traitements les usagers vont le chercher auprès des infirmières du CSAPA Ambulatoire. Lors de l'administration du traitement, l'utilisateur avale le médicament de substitution

devant les infirmières et signe la fiche de relevé nominatif. Chaque délivrance de méthadone fait l'objet d'une signature par l'utilisateur.

Les infirmières sont au nombre de quatre à l'ambulatorio et une à l'unité mixte. Elles sont en relation avec la PUI (Pharmacie d'unité intérieure) du centre hospitalier Philippe Pinel. Ne sont gérés que les traitements de substitution.

La dose de méthadone du Week-end est délivrée directement par les infirmières du CSAPA Ambulatoire et est sous la responsabilité de l'utilisateur. L'utilisateur signe dans ce cas la fiche du classeur nommée "traitement à emporter"

L'habilitation pour accéder à la partie thérapeutique du dossier de l'utilisateur est différente selon le personnel. Ce logiciel ProGdis, permet le suivi des traitements, du bilan urinaire (dont les analyses sont faites au CHU d'Amiens).

La problématique pour les équipes c'est qu'il n'est pas adapté (et ne peut pas l'être) à la distribution bi-journalière de Méthadone.

Les infirmières doivent donc reprendre la plume pour tracer dans un classeur contenant les fiches de relevés nominatifs, les milligrammes et le nombre de gélules de méthadone administrés. Les admissions et les fins de séjour sont tracées dans des tableaux de suivi.

Les infirmières assurent également la dimension "prévention" du soin infirmier en réalisant des actions de prévention en général, des vaccinations, notamment l'hépatite B et envers les jeunes usagers du CAARUD.

Pour le C.J.C et l'unité mobile :

- Les consignes de sécurité routière ont été rappelées à l'ensemble du personnel par courrier individuel envoyé au domicile des salariés avec un coupon réponse à retourner.
- Il n'y a pas d'attestation sur l'honneur des salariés leur demandant d'informer immédiatement la direction en cas de suspension ou de retrait de leur permis de conduire.
- L'équipe mobile ne transporte jamais d'utilisateur.

Pour le CSAPA Ambulatoire :

- Il existe des marches isolées non signalées,
- Il y a une alarme anti intrusion.

Pour toutes les unités :

- il y a les affichages obligatoires concernant la sécurité
- Le personnel a reçu une formation aux premiers secours à la prévention incendie.

Le dossier de l'utilisateur ne fait pas l'objet d'une procédure écrite, mais il y a des habitudes professionnelles ancrées, pour sa réalisation. L'unicité du dossier n'est pas atteinte car le dossier est éclaté en plusieurs sous dossiers :

- médicaux, sous la responsabilité du médecin,
- thérapeutique, sous la responsabilité des infirmières,
- d'accompagnement social et éducatif de l'utilisateur dans les unités.

La partie informatique concerne l'accueil (état civil, date et fréquence des rendez-vous,...) et le dossier infirmier. Tous les dossiers des usagers centralisés à l'infirmierie du CSAPA ambulatoire sont informatisés. Pour préserver l'anonymat des dossiers, un numéro très hermétique est donné au dossier de l'utilisateur. L'habilitation pour accéder à la partie thérapeutique du dossier de l'utilisateur est différente selon le personnel. Ce logiciel ProGdis, permet le suivi des traitements, du bilan urinaire (dont les analyses sont faites au CHU d'Amiens). La problématique pour les équipes c'est qu'il n'est pas adapté (et ne peut pas l'être) à la distribution bi-journalière de Méthadone.

Les infirmières doivent donc reprendre la plume pour tracer dans un classeur contenant les fiches de relevés nominatifs, les milligrammes et le nombre de gélules de méthadone administrés.

Une réflexion est en cours sur l'informatisation du dossier de l'utilisateur. La direction et l'équipe d'encadrement s'appuieront sur les résultats des travaux de la Fédération Addiction pour s'orienter vers cette informatisation.

La partie manuscrite concerne le DIPC et le projet personnalisé.

L'archivage des dossiers à la fois médicaux, infirmiers et du dossier d'accompagnement social et éducatif de l'utilisateur dans les unités, fait actuellement l'objet d'une réflexion car son archivage ne satisfait ni les médecins, ni les équipes.

- Les dossiers des usagers présents sont sécurisés dans des armoires fermant à clef dans des bureaux professionnels fermant à clefs.
- Les dossiers des anciens usagers ne sont pas dans une armoire sécurisée, mais quand les professionnels ne sont pas là, le bureau est fermé à clef.

Pour certains dossiers, lorsque l'usager relève d'une obligation de soin émise par le tribunal, il y a l'ordonnance du juge et des attestations de suivi de soins au CSAPA.

