



**Rapport**  
**Evaluation externe**  
**CSAPA HEBERGEMENT**  
*de*  
**L'association « Le Mail »**

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

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

Anesm<sup>1</sup>

---

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

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Première partie Elements de cadrage et description de la procédure d'évaluation .....</b>	<b>7</b>
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.....	9
E - Les textes législatifs et réglementaires de référence.....	12
F – Le contexte environnemental .....	15
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.....	27
D – Les partenariats et l'ouverture sur l'extérieur .....	28
E – Les ressources humaines .....	29
F – Les orientations du service .....	30
<b>Deuxième partie Questionnaire Evaluatif et Analyse.....</b>	<b>36</b>
Paragraphe –I- Questionnaire évaluatif et son analyse détaillée .....	37
A - Le plan du questionnaire évaluatif.....	37
B - Analyse selon le SWOT.....	39
Paragraphe –II - Conclusion .....	129
<b>Les Annexes.....</b>	<b>131</b>
CV des évaluateurs et déclarations sur l'honneur.....	131
Contrat .....	131
Planning d'intervention .....	131
Liste des pièces et documents transmis, étudiés et pris en compte.....	131
Abrégé et synthèse de l'ANESM.....	131

# **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 ».<sup>2</sup>

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.

---

<sup>2</sup>Annexe 3-10 du CASF chapitre 3 - section III - 3.3

## Tableau récapitulatif des points clefs de l'évaluation

<b>ELEMENTS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT</b>	
Etablissement	CSAPA HEBERGEMENT de l'association « Le Mail »
Adresse	89 rue Gauthier de Rumilly et 267 rue Jean Moulin 80000 Amiens
Téléphone	03.60.12.26.28
Organisme gestionnaire	Association Le Mail – 18 rue Delpech 80000 Amiens
Directrice	Patricia Jeanson
Numéro SIRET	311 275 499 00037
Numéro FINESS	800006157
Population accueillie	Personnes dépendantes aux drogues licites, illicite et sans substances
Nombre de places	Unité mixte : 11 places Unité mère nourrisson 5 places
Autorité de contrôle et de tarification	ARS
Budget 2016	1.4 millions d'euros
<b>ELEMENTS CONCERNANT LA MISE EN CONCURRENCE</b>	
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
<b>ELEMENT CONCERNANT LA REALISATION DE L'EVALUATION EXTERNE</b>	
Transmission du questionnaire évaluatif	25/01/2017
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	19/02/2017
Retour du pré-rapport corrigé	16/03/2017
Envoi du rapport définitif (version PDF)	19/03/2016
Remise du rapport définitif 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 associatifs : 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

L'hébergement des personnes suivies se fait soit en :

- unité mère-nourrisson (UMN) pour les femmes ayant des enfants de moins de trois ans, qui est située au 267 rue Jean Moulin à Amiens,
- unité mixte qui est située rue Gauthier de Rumilly à Amiens également.

## **C – Présentation de l'établissement et ses agréments**

Le CSAPA hébergement a été autorisé à exercer le 31/03/2010. Il se divise en deux sections :

- **l'unité mixte** sous divisée en deux pôles :
  - le collectif situé au 89 de la rue Gauthier de Rumilly offrant 8 places d'hébergement,
  - le semi collectif situé dans une maison au numéro 154 de la même rue et qui accueille trois places.

En 2015 27 résidents ont séjourné.

- Quant à **l'unité mère nourrisson**, ouverte en mars 2011.

Elle offre une capacité d'accueil de dix places c'est à dire cinq pour les mères et cinq pour leurs enfants. En 2015 l'unité a constaté une diminution du nombre de femmes accueillies et un taux d'occupation plus faible qu'en 2012 avec cependant la même durée de séjour. Les femmes accueillies sont plus âgées et l'âge moyen des enfants a fortement diminué (5.7 mois contre 9.8 en 2014).

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

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

Thèmes des RBPP	Concerne vos ESSMS
<b>N°1 : Les fondamentaux</b>	
1.1 La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre	<b>OUI</b>
1.2 Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	<b>OUI</b>
<b>N° 2 : L'expression et la participation des usagers</b>	
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	<b>OUI</b>
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.	<b>OUI</b>
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
<b>N° 3 : Les points de vigilance, la prévention des risques.</b>	
3.1 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	<b>OUI</b>
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.	Non concerné
3.4 : Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP	Non concerné
<b>N° 4 : Le soutien aux professionnels.</b>	
4.1 Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.	<b>OUI</b>
4.2 L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducatifs spéciaux 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	<b>OUI</b>
4.4 La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF	<b>OUI</b>
4.5 Le partage de l'information à caractère secret en protection de l'enfance (secret partagé : loi 2007 uniquement enfance)	<b>OUI</b>
4.6 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. (prospectives des besoins pour impacter le plan de formation)	<b>OUI</b>
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. (Recommandation commune à la HAS et à l'ANESM)	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

Thèmes des RBPP	Concerne vos ESSMS
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
<b>N° 5 : Les relations avec l'environnement.</b>	
5.1 Les relations avec l'environnement : ouverture de l'établissement à et sur son environnement ( <i>ouverture interne et externe</i> )	<b>OUI</b>
<b>N° 6 : Les relations avec la famille ou les proches.</b>	
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
<b>N° 7 : La qualité de vie.</b>	
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> )	<b>OUI</b>
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> ).	<b>OUI</b>
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.

#### **o 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.

#### **o 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 efficience, 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 :

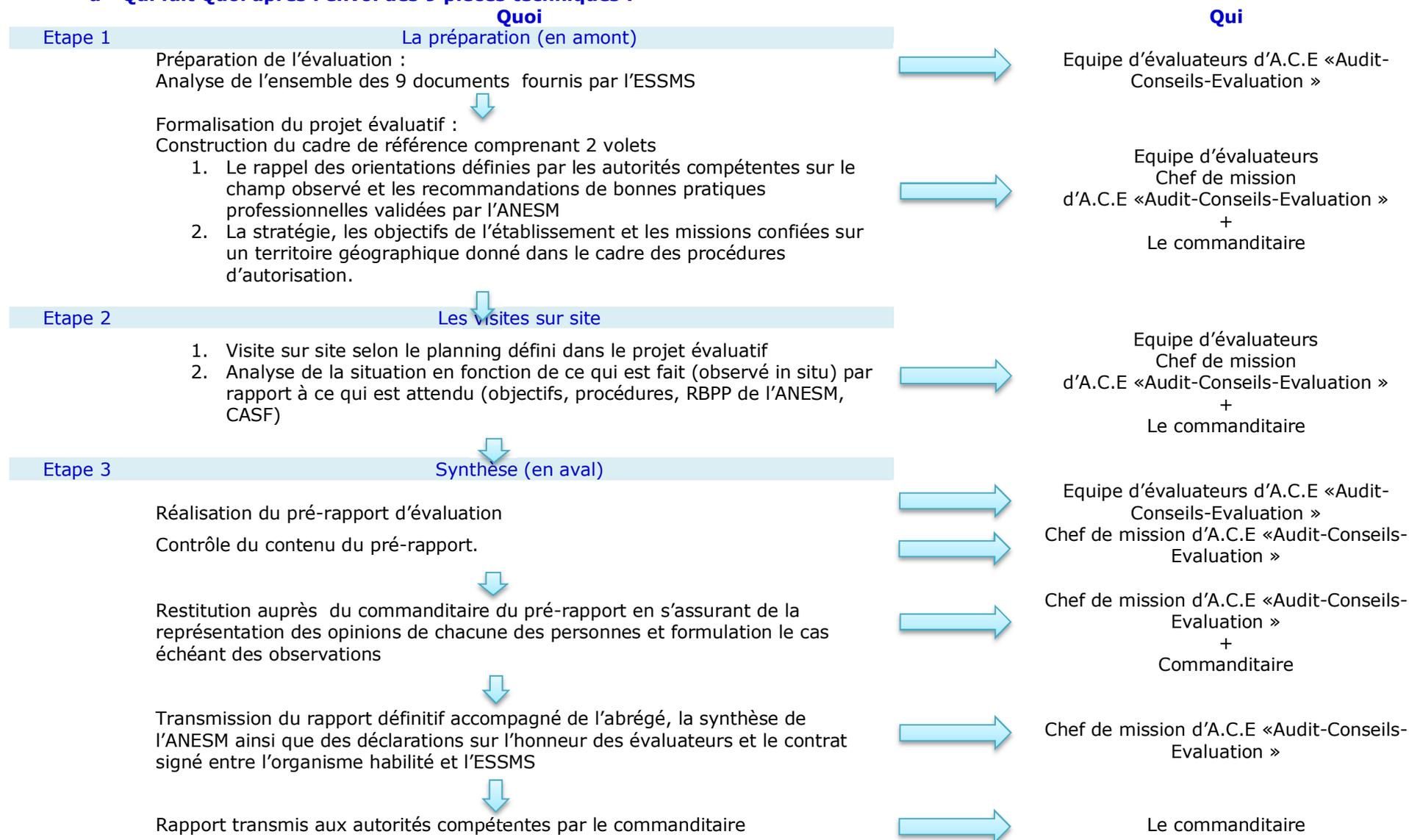
- Les orientations définies par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.
- Les orientations spécifiques à l'établissement telles qu'elles sont définies dans le projet d'établissement.

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

Le CSAPA hébergement a été autorisé à accueillir la population concernée en postcure.

### B – L'étude de la population accueillie

Le public accueilli est constitué de personnes dépendantes à la fois physiquement et psychologiquement aux substances psycho actives illicites ou licites et détournées de leur usage.

La totalité des résidents accueillis est poly-toxicomane et l'alcool est présent dans cette poly-toxicomanie, dans la majorité des cas. Les résidents sont majeurs, hommes ou femmes et peuvent également arriver en couple. S'ils sont parents, au cas par cas, le séjour peut leur permettre de renouer progressivement des liens avec leurs enfants en l'accueillant notamment au centre résidentiel semi-collectif.

Les personnes accueillies à l'unité mère nourrisson sont des femmes :

- majeures,
- en fin de grossesse, sortantes de maternité ou accompagnées de leur enfant âgé de moins de trois ans, bénéficiant ou non d'une mesure d'assistance éducative,
- présentant des difficultés liées à la consommation de substance psychoactives (héroïne, cocaïne, alcool, cannabis, médicaments détournés de leur usage...),
- sevrées ou avec un traitement de substitution,
- confrontées à des difficultés sociales, familiales, économiques, judiciaires, de santé.

L'unité mixte du CSAPA accueille des femmes et hommes.

Des statistiques ont été élaborées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire sur la population accueillie sur beaucoup de thèmes notamment :

- Sexe et âge :
  - Unité mixte

	Nombre	Total % 2015	Total % 2014
Hommes	20	74%	80%
Femmes	7	26%	20%
Total	27	100%	100%

	Nombre	Total % 2015	Total % 2014
- de 20 ans	0	0%	0%
Dont – de 18 ans	0	0%	0%
Entre 20 et 24 ans	2	7,40%	10%
Entre 25 et 29 ans	3	11,10%	26,70%
Entre 30 et 39 ans	13	48,10%	43,30%
Entre 40 et 49 ans	9	33,40%	20%
Total	27	100%	100%

- Unité Mère Nourrisson

Les Mères	Nombre
Entre 18 et 20	-
Entre 20 et 24 ans	-
Entre 25 et 29 ans	4
Entre 30 et 39 ans	4
Entre 40 et 44 ans	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Les enfants	Garçon	Fille
Nourrisson	4	4
1 an	-	-
2 ans	1	-
3 ans	-	-
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

- Provenance géographique :

REGION	Nombre	Total % 2015	Total % 2014
Département	6	22,20%	13,30%
Autres Départements Région	0	0,00%	30,00%
Nord/Pas de Calais	6	22,20%	26,70%
Ile de France	8	29,60%	6,70%
Autres régions	7	26,00%	23,30%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Nombre d'enfants à charge :

	Nombre	Total % 2015	Total % 2014
Oui	5	33,30%	28%
Non	10	66,70%	72,00%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Condition de logement :

- Unité Mixte :

	Nombre	Total % 2015	Total % 2014
Indépendant (stable)	9	33,30%	20%
Famille ou entourage (stable)	1	3,70%	16,70%
Famille (précaire)	2	7,40%	10%
Foyer, hôtel, CHRS (précaire)	1	3,70%	13,30%
sans logement, squat (précaire)	2	7,40%	3,30%
Etablissement carcéral (précaire)*	4	14,80%	26,70 %
Sans domicile	8	29,70%	10%
Non réponse	0	0%	0%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

(\*placements extérieurs(4))

- Unité Mère Nourrisson

	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Indépendant (stable)	3	33%	50%	40%
Famille, entourage (précaire)	1	11%	-	20%
Foyer, hôtel, CHRS, Institution (précaire)	4	45%	40%	10%
Sans logement, squat (précaire)	1	11%	10%	30%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

o Couverture sociale :

	Nombre	% 2015	% 2014
CMU	21	77,80%	53,40%
Mutuelle	4	14,80%	33,30%
100% SS	0	0%	10%
A.M.E	0	0%	0%
Sans	2	7,40%	3,30%
Non réponse	0	0%	0%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

o Ressources financières :

	Nombre	% 2015	% 2014
Salariés	4	14,80%	10%
Pôle Emploi	3	11,10%	13,30%
R.S.A	11	40,80%	26,60%
A.A.H	2	7,40%	10%
Autres Prestations sociales	2	7,40%	6,80%
A la charge d'un tiers	0	0%	0%
Sans ressources	5	18,50%	33,30%
Non réponse	0	0%	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

o Niveau scolaire :

• Unité mixte :

	Nombre	% 2015	% 2014
Primaire pas terminé	1	3,70%	3,30%
Primaire	3	11,10%	0%
BEPC	2	7,40%	16,70%
Technique CAP / BEP	11	40,80%	56,70%
Niveau Bac	8	29,60%	20%
Etude supérieure (Bac +2, ...)	2	7,40%	3,30%
Non réponse	0	0,00%	0%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

• Unité Mère Nourrisson

	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Niveau BEPC	2	22%	10%	20%
Technique CAP / BEP	6	67%	80%	40%
Niveau Baccalauréat	-	-	10%	20%
Etude supérieure (Bac +2, ...)	1	11%	-	-
Non réponse	-	-	-	20%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

o Activités professionnelles :

• Unité mixte :

	Nombre	% 2015	% 2014
Emploi à durée indéterminée (cdi)	3	11,10%	10%
Emploi à durée déterminée (cdd, intérim,...)	0	0%	0%
Chômeur ayant déjà travaillé	18	66,70%	60%
Chômeur jamais travaillé	0	0%	0%
Autre inactif (arrêt scolarité, non inscrit ANPE)	6	22,20%	30%
Elèves, étudiants, stagiaire non rémunérés...	0	0%	0%
Non réponse	0	0%	0%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Unité mère nourrisson :

ACTIVITE	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Emploi à durée indéterminé (cdi)	-	-	-	10%
Emploi à durée déterminée (cdd, intérim, contrat aidé,...)	-	-	-	-
Chômeur ayant déjà travaillé	2	22%	20%	20%
Chômeur jamais travaillé	-	-	10%	-
Autre inactif (arrêt scolarité, non inscrit Pole Emploi)	7	78%	60%	70%
Invalidité	-	-	10%	-
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Addiction à :

- Unité mixte :

Produit	Nombre	% 2015	% 2014
Héroïne	14	51,80%	40%
Cocaïne	3	11,10%	20%
Subutex détourné de son usage	1	3,70%	3,30%
Méthadone détournée de son usage	1	3,70%	
Morphine, Opium	0	0%	0%
Dérivés Codéïnés	0	0%	0%
Crack	0	0%	0%
Benzodiazépines	1	3,70%	3,30%
Alcool	7	26,00%	20%
Cannabis	0	0,00%	13,40%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Unité Mère enfant

Produit	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Héroïne	2	22%	60%	40%
Cocaïne	2	22%	20%	-
Crack	1	11%	-	20%
Ecstasy	-		-	-
Lsd et autres dysleptiques	-		-	-
Benzodiazépines	1	11%	-	20%
Barbituriques	1	11%	10%	-
Subutex® (détourné ou mésusage)	-	-	-	-
Alcool	2	23%	10%	10%
Cannabis	-	-	-	-
Autre produit	-	-	-	10%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Comportement à risques

- Unité mixte :

	Nombre	% 2015	% 2014
Utilisation intraveineuse antérieure	6	22,20%	43,40%
Utilisation intraveineuse	3	11,10%	3,30%
Jamais	18	66,70%	53,30%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- Unité Mère Nourrisson

	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Utilisation intraveineuse antérieure	1	11%	40%	30%
Utilisation intraveineuse	1	11%	10%	-
Jamais	7	78%	50%	70%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- o VIH
  - Unité mixte :

	Nombre	% 2015	% 2014
Séro-positif	0	0%	3,3%
Séro-négatif	22	81,5%	70%
Inconnu	5	18,5%	26,7%
Total	27	100%	100%

- Unité Mère Nourrisson

	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Séro-positif	-	-	-	10%
Séro-négatif	7	78%	100%	80%
Inconnu	2	22%	-	10%
Total	9	100%	100%	100%

- o Hépatite B
  - Unité Mixte :

Hépatite B	Nombre	% 2015	% 2014
Positif	0	0%	0%
Négatif	22	81,50%	66,7%
Inconnu	5	18,50%	33,3%
TOTAL	27	100%	100%

- Unité Mère Nourrisson :

Hépatite B	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Positif	-	-	-	-
Négatif	7	78%	100%	90%
Inconnu	2	22%	-	10%
TOTAL	9	100%	100%	100%

- o Hépatite C
  - Unité Mixte :

Hépatite C	Nombre	% 2015	% 2014
Positif	6	22,2%	10%
Négatif	16	59,3%	56,7%
Inconnu	5	18,5%	33,3%
TOTAL	27	100%	100%

- Unité Mère Nourrisson :

Hépatite C	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Positif	1	11%	30%	10%
Négatif	6	67%	70%	80%
Inconnu	2	22%	-	10%
TOTAL	9	100%	100%	100%

- o Admission orienté par :
  - Unité Mixte

	Nombre	% 2015	% 2014
Demandes spontanées du patient	8	29,60%	20%
Adressée par Prof réseau social	15	55,60%	60%
Mesures judiciaires	4	14,80%	20%
Total	27	100,00%	100%

- Unité Mère Nourrisson

	Nombre	% 2015	%2014	% 2013
Demandes spontanées du patient	2	22%	10%	30%
Adressée par Prof. réseau social	1	11%	20%	30%
Adressée par Prof. réseau addictologie	3	34%	30%	30%
Adressée par Hôpital/ autre sanitaire	2	22%	40%	-
Autres Cas – (ASE)	1	11%	-	-
Total	9	100%	100%	100%

- Taux d'occupation

Lieu d'hébergement	Nombre de lits	Nombre de journées théoriques	Nombre de journées réalisées	Taux d'occupation par lieu 2015	Taux d'occupation par lieu 2014
CSAPA collectif	8	2920	2372	81,23%	81,23%
CSAPA semi collectif	3	1095	408	37,26%	27,70%
Total sur les 2 structures	11	4015	2480	69,24%	66,73%

## C – L'Offre de prestations aux usagers

### a. L'hébergement

Le CSAPA hébergement comprend deux unités :

*L'une*, mixte, est située au 89 de la rue Gauthier de Rumilly au centre d'Amiens. Elle propose un lieu de vie collectif ouvert sur l'extérieur. Les chambres sont doubles, une est triple soit onze places. C'est une maison d'habitation de type "amiénoise", mitoyenne des deux côtés et sans signalisation extérieure.

Le rez-de chaussée regroupe salle, salon et cuisine aménagée permettant la confection de repas pour une douzaine de personnes. Une salle de bain est également à la disposition des résidents. Côté cour un bureau est réservé à l'initiation de l'outil informatique.

A mi-étage un espace est aménagé en bureau pour les professionnels et est destiné aux entretiens et démarches téléphoniques. Les étages sont destinés aux chambres. Il y a trois chambres de deux personnes et une chambre de trois personnes.

Une chambre de veille est destinée au personnel de nuit.

Une autre unité complète le CSAPA avec hébergement mixte : le centre semi-collectif situé au numéro 154 de la même rue. C'est une maison qui comprend à l'étage quatre chambres équipées d'une kitchenette et d'une cabine de douche. L'une d'elle est de dimension suffisante pour accueillir un couple. Le rez-de chaussée est occupé par des pièces professionnelles et d'activités.

*L'autre*, située au 267 rue Jean Moulin dans la même ville, est réservée aux mères et nourrissons. Elle propose un lieu de vie collectif avec cinq chambres individuelles meublées.

Les unités sont ouvertes tous les jours de l'année en continu.

### b. Les activités:

Les activités sont orientées par l'accompagnement au quotidien d'une vie en collectivité et par le Projet individualisé via les démarches pour le mettre en place.

La poursuite de cet objectif est de permettre à chaque personne accueillie de se questionner sur sa dépendance. De ce fait les activités sont surtout centrées sur une dynamique de changement, de réapprentissage, de découverte et de progrès.

La structure a fait le choix de ne pas avoir d'activités programmées et obligatoires afin de favoriser l'écoute et le travail au quotidien et de favoriser les échanges et les confrontations d'idées (mises à plat des envies, des besoins, des désirs...).

A l'unité d'hébergement s'est greffée une unité thérapeutique de semi-autonomie de trois places pour les résidents engagés dans un processus de réinsertion, mais encore trop fragiles pour être en autonomie complète.

A l'unité mère nourrisson, les activités collectives et de loisirs sont mises en place à la fois pour la mère et l'enfant, pour soutenir et étayer la démarche de soins et la relation mère-enfant. Ces activités se déroulent à l'intérieur et à l'extérieur de la structure.

## **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.

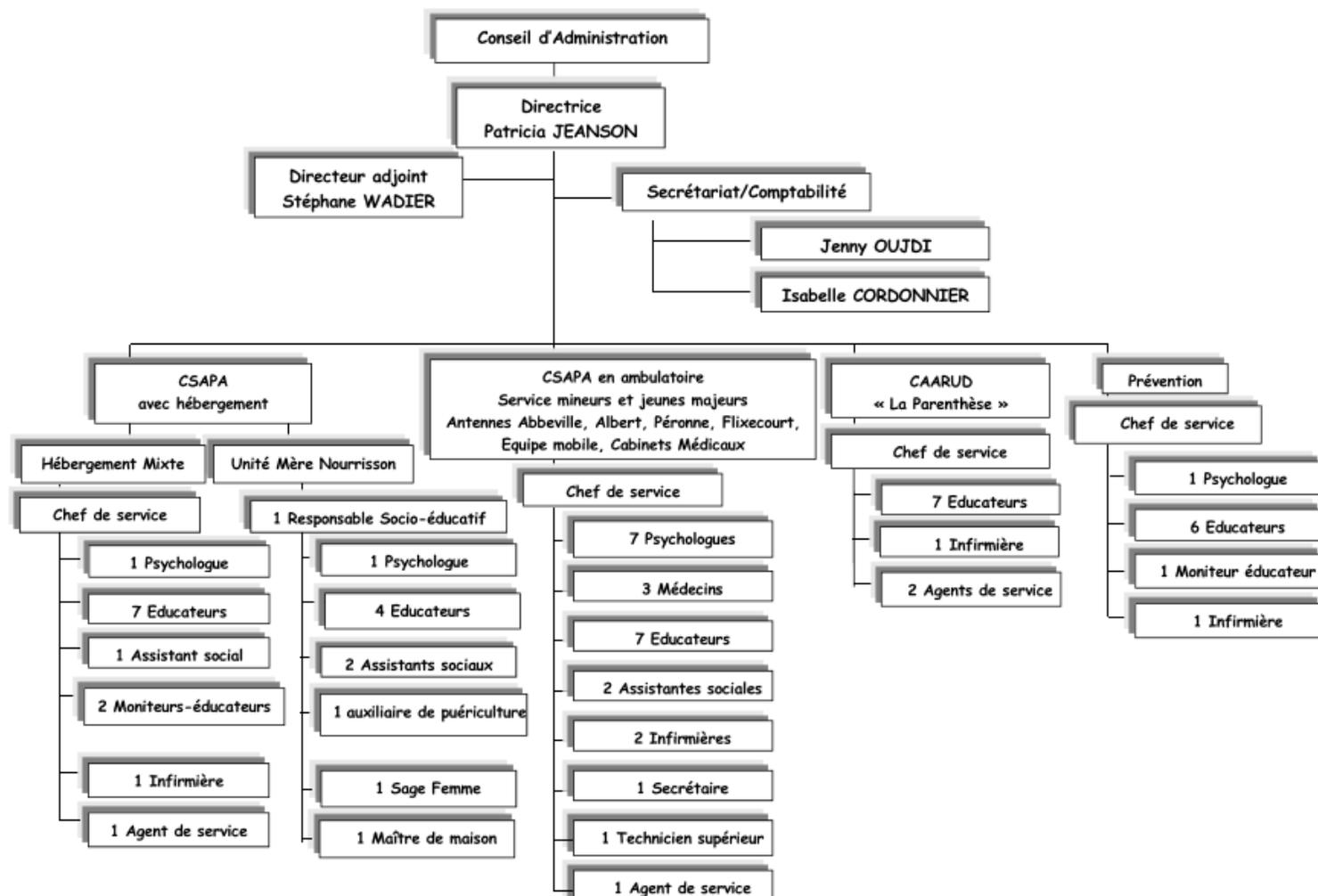
Un important partenariat existe entretenu par des rencontres et ou des participations à des colloques, séminaire, groupes de travail....

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

Les principaux partenaires sont :

- 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,
- la PMI,
- le CPES
- Femmes en mouvement
- Joane,
- groupe des addictions du réseau de périnatalité,
- Fédération addiction,
- APRADIS
- ASE,
- Justice
- etc...

**E – Les ressources humaines**  
**a – Organigramme (2015)**



## **b - La répartition des effectifs est la suivante :**

- Les effectifs de l'association :

### **EFFECTIF PAR POSTE DE L'ASSOCIATION**

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

- L'équipe du CSAPA hébergement avec deux unités est composée en ETP de :
  - directeur de l'association : 0.4
  - directeur adjoint : 0.1
  - secrétaires comptables : 1.5
  - chef de service éducatif : 2
  - psychologue : 0.9
  - infirmier : 1
  - éducateurs spécialisés : 7.5
    - éducateurs en apprentissage : 2
  - assistant social : 3
  - moniteurs éducateurs : 2
  - sage-femme : 0.29
  - auxiliaire de puériculture : 1
  - Maître de maison : 1
  - agent de service : 0.2

## **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.

<b>Fiches d'action</b>		
<b>DR 1</b>	<b>Contenu</b>	<b>Formaliser le projet d'établissement</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 2.1.1</b>	<b>Contenu</b>	<b>Réfléchir aux modalités d'évaluation de la perception du centre par les partenaires</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 2.1.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Développer davantage les rencontres avec les partenaires potentiels (CH Corbie - Maternités).</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 2.1.3</b>	<b>Contenu</b>	<b>Améliorer la charte graphique et le contenu du site internet de l'association</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR2.1.4</b>	<b>Contenu</b>	<b>Améliorer la communication en direction des professionnels de santé (médecins, pharmacien).</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR2.1.5</b>	<b>Contenu</b>	<b>Communiquer auprès des usagers de l'association sur l'existence d'une Association d'usagers.</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 3.1.</b>	<b>Contenu</b>	<b>Réviser le dossier de l'utilisateur</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu

<b>Fiches d'action</b>		
<b>DR3.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Revoir le livret d'accueil</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR3.3</b>	<b>Contenu</b>	<b>Revoir et simplifier le règlement de fonctionnement</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR3.4</b>	<b>Contenu</b>	<b>Préciser la confidentialité des informations à respecter dans le règlement intérieur, y compris les règles d'accès au dossier pour l'utilisateur.</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 3.5</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mettre en place un cahier d'enregistrement des plaintes;</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.1</b>	<b>Contenu</b>	<b>Formaliser la définition de la fonction de direction et direction des RH</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR4.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Formaliser la procédure d'embauche et de licenciement</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.3</b>	<b>Contenu</b>	<b>Finaliser la fiche d'accueil des stagiaires et des nouveaux salariés</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR4.4</b>	<b>Contenu</b>	<b>Formaliser l'ensemble des fiches de postes (chefs de services- équipes).</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée

<b>Fiches d'action</b>		
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR4.5</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mettre à jour le DUERP et y intégrer les RPS.</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR4.6</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mettre en place les entretiens individuels des salariés</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.7</b>	<b>Contenu</b>	<b>Améliorer l'utilisation du plan de formation dans la GPMC</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.8</b>	<b>Contenu</b>	<b>Réfléchir à l'adéquation des formations avec l'évolution des publics en comité de direction</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.9</b>	<b>Contenu</b>	<b>Réfléchir au classement et au stockage des archives</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.10 et DR 5</b>	<b>Contenu</b>	<b>Organiser plus fréquemment des rencontres entre salariés et membres du CA</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 4.11</b>	<b>Contenu</b>	<b>Ecrire le projet associatif</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 6</b>	<b>Contenu</b>	<b>Revoir le site internet</b>
	Echéance	Non précisée

<b>Fiches d'action</b>		
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 6.1</b>	<b>Contenu</b>	<b>Revoir la plaquette du CSAPA avec hébergement</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 6.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Introduire dans le site internet le livret d'accueil et le projet thérapeutique</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 7</b>	<b>Contenu</b>	<b>Développer des réunions d'informations collectives avec d'éventuels partenaires</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.1</b>	<b>Contenu</b>	<b>Compléter la feuille d'acte avec le thème famille</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mener une réflexion en équipe sur le thèmes de "règles de pratiques du secret partagé"</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.3</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mener une réflexion sur l'amélioration du dossier</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.4</b>	<b>Contenu</b>	<b>Récupérer le protocole du CSAPA Ambulatoire pour la gestion des traitements et la gestion des déchets.</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu

<b>Fiches d'action</b>		
<b>DR 8.5</b>	<b>Contenu</b>	<b>Faire intervenir des personnes extérieures sur la prévention de la santé</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.6</b>	<b>Contenu</b>	<b>Développer les partenariats (insertion, remise à niveau, logement, travail...)</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 8.7</b>	<b>Contenu</b>	<b>Formaliser la feuille d'acte relative aux familles</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Chef de service
<b>DR 10.1</b>	<b>Contenu</b>	<b>rechercher au CAARUD le protocole des AES</b>
	Echéance	Non précisée
	Unité concernée	CAARUD
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 10.2</b>	<b>Contenu</b>	<b>Planifier la formation SST et le suivi de tous sur le plan de formation 2012 et autres années pour le suivi</b>
	Echéance	En continu
	Unité concernée	Non désignée
	Responsable institutionnel	Non connu
<b>DR 11</b>	<b>Contenu</b>	<b>Mettre en place un lave-main au 2ème étage</b>
	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	<b>DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE</b>	<b>1.1 La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'ESMS :</b> <b>1.2 Les RBPP : la démarche d'amélioration continue de la qualité</b>
2	<b>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</b>	<b>2.1 Mise œuvre et actualisation du projet de l'ESSMS</b> <b>2.2 Les ressources :</b> <b>2.2.1 :</b> Adéquation des objectifs et des activités de l'ESSMS aux missions imparties et à la population accompagnée <b>2.2.2 :</b> La gestion des ressources financières <b>2.2.3 :</b> La gestion des achats <b>2.2.4 :</b> Le cadre de vie <b>2.2.5 :</b> Système d'information et communication <b>2.3 L'accompagnement des professionnels :</b> <b>2.3.1</b> La cohérence entre le projet d'établissement et le projet de l'organisme gestionnaire <b>2.3.2</b> Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale et compétences) <b>2.3.3</b> L'accueil des nouveaux salariés <b>2.3.4</b> Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations accompagnées <b>2.4 La gestion de crise :</b> <b>2.4.1</b> La continuité des interventions <b>2.4.2</b> L'évaluation et les actions de prévention des risques professionnels <b>2.5 L'accompagnement des usagers :</b> <b>2.5.1</b> 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. <b>2.6 Le Projet Personnalisé :</b> <b>2.6.1</b> Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS
3	<b>OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE</b>	<b>3.1 Le partenariat :</b> <b>3.1.1</b> Adaptation des réponses à la demande sociale <b>3.1.2</b> Articulation entre le projet d'établissement et les projets des autres établissements de l'organisme gestionnaire. <b>3.1.3</b> L'inscription de l'établissement dans les démarches de partenariat <b>3.2 Les Partenaires :</b> <b>3.2.1</b> La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS <b>3.3 Les ressources externes :</b> 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"><b>PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS.</b></p>	<p><b>4.1 Elaboration du PP :</b> 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><b>4.2. P.P et participation des usagers :</b> 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><b>4.3 Actualisation du P.P :</b> 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><b>4.4 Accès aux informations par l'utilisateur :</b> Modalités permettant aux usagers (ou leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant.</p> <p><b>4.5. Enquête de satisfaction :</b> Prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers, modalités et effets produits.</p> <p><b>4.6 Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ;</b> modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement</p> <p><b>4.6.1.</b> Participation des usagers de leurs représentants et des aidants ou proches</p> <p><b>4.6.2</b> 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"><b>GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES.</b></p>	<p><b>5.1 Respect de la dignité et droit à l'intimité :</b></p> <p><b>5.1.1.</b> Information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours</p> <p><b>5.1.2.</b> Accessibilité au public</p> <p><b>5.1.3.</b> Respect de l'intimité, vie affective et sexualité</p> <p><b>5.1.4.</b> Confidentialité des données concernant l'utilisateur</p> <p><b>5.2 Traitement des dysfonctionnements :</b> 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><b>5.3 Prise en compte et prévention des risques liés à la spécificité de l'utilisateur et aux conditions d'accompagnement :</b> 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><b>5.3.1.</b> Evaluation et prévention des risques liés à l'accompagnement des usagers</p> <p><b>5.3.2.</b> La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements</p> <p><b>5.3.3.</b> Sécurité des biens et des personnes</p> <p><b>5.3.4.</b> 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 établissement 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"><li>○ DR 1 : Le projet d'établissement et la réponse aux besoins des publics,</li><li>○ DR 2 : Les partenariats et l'inscription dans l'environnement,</li><li>○ DR 3 : Droits – devoirs - expression et participation des usagers,</li><li>○ DR 4 : Management des ressources humaines,</li><li>○ DR 5 : La gestion administrative et financière,</li><li>○ DR 6 : Le premier accueil,</li><li>○ DR 7 : L'information,</li><li>○ DR 8 : Evaluation médicale, psychologique, sociale et l'orientation,</li><li>○ DR 9 : L'accompagnement,</li></ul>	<p>1er rapport d'auto évaluation interne de mars 2012</p>

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

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



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de traçabilité écrite de ces suivis,</li> <li>○ de mise en place d'un échéancier ou rétro planning.</li> <li>○ à l'unité mixte (collective et semi-collective) le suivi a été arrêté.</li> </ul> Lors des réunions du Conseil d'administration, la progression de la réalisation des objectifs de l'évaluation interne est régulièrement abordée.  Le rapport d'activité aborde l'atteinte des objectifs de l'évaluation interne. Il faut cependant remarquer que l'évaluation interne ne concerne que l'unité mixte et que l'unité "mère-nourrisson" dite L'UMN n'a pas fait l'objet d'une évaluation interne car lorsqu'elle a été réalisée sur l'ensemble des structures en 2011, cette unité venait d'ouvrir. Toutefois, étant donné qu'il n'y a qu'un seul numéro FINESS pour les deux unités mixtes	Entretiens	Membres du conseil d'administration  Directrice  Directeur adjoint

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
(collectif et semi-collectif) et l'unité « mère- nourrisson», de ce fait l'évaluation externe à L'UMN est réalisée avant la première évaluation interne, tout en sachant qu'il y a une mutualisation des connaissances et des pratiques des chefs de services lors des réunions, l'UMN bénéficiant ainsi de la démarche continue de la qualité, initiée par les deux unités mixtes.		



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"> <li>• pas de responsable du suivi de l'action de désigné,</li> <li>• Pas d'unité spécifiée.</li> </ul> <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> <p>Le référentiel aborde l'ANESM au niveau des bonnes pratiques professionnelles (3.2.1 et 3.2.2) concernant les groupes d'expression des usagers.</p>	<p>Lecture de l'ensemble des pièces techniques projet associatif, projet thérapeutique, Niveaux de management 1er rapport d'évaluation interne Référentiel d'évaluation interne</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>Comment sont exploitées 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 sont diffusées 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>Comment sont utilisées les RBPP par l'équipe ?</p> <p>Comment le personnel s'est approprié ces RBPP ?</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"> <li>o le secteur d'activité (couleur verte),</li> <li>o celles qui sont transversales à tous les secteurs (couleur bleue).</li> </ul> <p>Elles ne sont pas non plus à disposition du personnel en format papier, dans la salle du personnel qui possède une grande bibliothèque médico-sociale bien fournie.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM ne sont pas évoquées</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
en réunion : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sous leur aspect synthétique (encadré - point de vigilance)</li> <li>○ développées autour un de cas concret.</li> </ul>		



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

## 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. Certains documents réglementaires ne sont pas paginés.</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 des projets thérapeutiques pour l'unité « mixte » et l'unité « mère-nourrisson».</p> <p>Ils ne comportent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o la date de diffusion et</li> <li>o la durée de validité (pour mémoire cinq ans),</li> <li>o 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).</li> </ul> <p>Ils ne comportent pas les deux parties disposées par la loi :</p>	<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"> <li>○ Les objectifs qui doivent se déployer en matière : <ul style="list-style-type: none"> <li>• De coordination,</li> <li>• De coopération,</li> <li>• D'évaluations des activités et de la qualité des prestations</li> </ul> </li> <li>○ 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).</li> </ul> <p>Le troisième point qui figure dans l'article L 311-8 du CASF : « <i>Si des soins palliatifs sont nécessaires, ils seront à préciser avec les conventions</i> » ne concerne par « Le Mail ».</p> <p>Certains chefs de service ont indiqué un besoin de formaliser les projets et les pratiques professionnelles qui en découlent.</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 deux « projets thérapeutiques » spécifiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'hébergement mixte,</li> <li>○ l'unité mère-nourrisson.</li> </ul>	<p>Les projets ne respectent 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 et de l'association (CA, CE...)</p> <p>Le projet d'établissement s'appelle le "projet thérapeutique".</p>	<p>Mettre en annexe du projet d'établissement ou de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un glossaire,</li> <li>○ un lexique.</li> </ul> <p>Indiquer sur les projets, un numéro de version, de mise à jour et une pagination.</p> <p>Insérer un sommaire.</p>	<p>Respecter les appellations des projets conformément aux textes de lois et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) validées par l'ANESM.</p> <p>Réécrire les projets (associatifs et d'établissements).</p> <p>S'aider de la RBPP sur la "L'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement"</p>	<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>

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
	<p>Le projet thérapeutique n'est pas assez détaillé.</p> <p>Les projets d'accompagnement social, éducatif, psychologique sont très concis.</p>		<p><i>ou de service</i>" pour la réécriture de ces outils de la loi 2002-2.</p> <p>Déployer le projet d'établissement en projets d'unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mixte collective,</li> <li>○ Mixte semi collective,</li> <li>○ Mère-Nourrisson (UMN).</li> </ul>	

## 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>Afin de soutenir la démarche de soin, les unités du CSAPA avec hébergement proposent et accompagnent différentes activités, à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure. Ces activités sont, entre autres, centrées sur le sport, la culture, permettant ainsi à l'utilisateur de renouer un lien social avec l'environnement. A l'UMN, ces activités tiennent compte du rythme de l'enfant.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Rapport d'activité</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Equipe de direction</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Des clubs de sport ont un abonnement avec l'association le Mail. Cet abonnement fonctionne par carnets de tickets et ceux-ci sont remis à l'utilisateur en fonction des objectifs de son projet individualisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La maison de la culture dite "MACU" fonctionne sur le même principe les activités sportives (ticket)</li> <li>○ Autres : Centrées sur l'extérieur qui concernent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les courses,</li> <li>• des sorties à Paris,</li> <li>• des voyages (bord de la mer),</li> </ul> </li> </ul> <p>Permettant ainsi à l'utilisateur de renouer un lien social avec l'extérieur.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Adéquation optimisée entre les missions du CSAPA et la population accompagnée.</p> <p>Le Mail est pionnier dans l'accompagnement des personnes ayant des addictions (par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les professionnels alcooliers</li> <li>○ la mise en place en 1996 du programme méthadone...</li> </ul> <p>Ouverture d'une unité CSAPA avec hébergement pour Femmes avec enfant de moins de 3 ans.</p> <p>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 y 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>Le CSAPA hébergement bénéficie pour ces trois unités (collectif, semi-collectif et unité Mère-Nourrisson) d'une dotation globale annuelle 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 leurs signatures. Toutefois la délégation (DUD) de signature existe plus.</p> <p>L'association est propriétaire des maisons situées au 89 ainsi qu'au 154 de la rue Gaultier de</p>	Entretien	Directeur adjoint

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Rumilly. Le rapport social précise également la partie financière spécifique à chaque service (ou unité).		



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

### 2.2.3 La gestion des achats

Analyse documentaire	Documents concernés
La gestion des achats au quotidien n'est pas abordée dans les pièces techniques. Toutefois le référentiel d'auto évaluation fait état d'une remarque des salariées dans le domaine de référence qui concerne la gestion ((5.2.4) qui est : « rencontrer plus souvent les membres du CA. »	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 bien le budget qui leur est attribué. Ils disposent d'une caisse, d'une carte bancaire sans retrait et d'une carte carburant.</p>	Entretiens	<p>Directeur adjoint</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Les petits achats sont facilement acceptés par l'encadrement.</p> <p>Les demandes d'achats plus importantes sont faites auprès des chefs de service qui remontent celles-ci à la direction.</p> <p>Ces demandes sont priorisées en fonction de leur pertinence.</p> <p>Une carte bancaire à disposition pour l'UMN.</p> <p>Des cartes pétrolières dans chaque véhicule de service.</p>	/	/	/	/

## 2.2.4 – Le cadre de vie

3 Analyse documentaire	Documents concernés
Dans les plaquettes d'information sur le CSAPA, des photos sont présentes et montrent des lieux accueillants. La visite des lieux permettra d'approfondir ce thème.	Plaquettes d'information

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
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 sont-ils adaptés à la particularité des personnes accueillies ? Les locaux sont-ils adaptés à la spécificité des activités ? La restauration est-elle adaptée à la population accueillie ? L'hébergement (chambres) est-il adapté ?	Personnel et usagers présents lors de la visite.

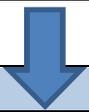


Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Le CSAPA hébergement possède plusieurs types d'hébergements situés dans des lieux différents.</p> <p><b>1 - Le CSAPA Hébergement collectif :</b>            Il est parfois encore appelé la postcure. C'est une grande maison amiénoise qui se situe rue Gaultier de Rumilly au numéro 89.            Discrète, elle ne se distingue pas des autres maisons de la rue. La boîte aux lettres n'indique pas de nom.</p> <p>Un long couloir dessert à la fois <b>le séjour, le salon et la cuisine</b> :  <u>Salon</u> : pour les activités bibliothèque et musique et le <u>séjour</u> pour les activités de jeux. Ce sont des pièces agréables, investies par les usagers.            Par choix stratégique de l'équipe éducative, elles ne possèdent pas de télévision.</p> <p>La <u>cuisine</u> se sépare en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'une pour la préparation des repas et la cuisson. Cette partie est très fonctionnelle avec un mobilier en inox qui lui donne l'allure d'une cuisine centrale professionnelle. Elle est propre et très bien tenue.</li> </ul>	Visite des lieux  Observation	Chef de service  Educateurs spécialisés  Educateur de nuit

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'autre pour le « coin repas » avec une grande table qui permet d'accueillir environ dix convives. Cette pièce donne sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une cour où sont rangés les poubelles et le matériel de nettoyage (tuyaux d'arrosage ...),</li> <li>• un escalier qui mène à une terrasse, suivie d'un jardin et d'une cabane pour ranger les outils de jardinage. Il y a une table de ping-pong, des parasols, des tables de jardins qui permettent aux usagers de renouer avec des plaisirs simples.</li> <li>• Donnant sur le jardin il y a un bureau, anciennement occupé par la chef de service et qui maintenant est une agréable pièce destinée à : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des entretiens des membres de l'équipe avec des usagers,</li> <li>▪ l'utilisation de la pièce par les usagers (ordinateur, internet...).</li> </ul> </li> <li>• Il existe au rez-de-chaussée une salle de bain dont l'aspect est plutôt vieillot, mais qui doit être rénovée.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Les étages :</b>  Revenant au couloir est présent un escalier qui dessert : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ à <u>l'entresol</u> le bureau des éducateurs,</li> <li>○ <u>aux étages</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les chambres des usagers. Ces chambres sont doubles et une est triple. Elles disposent d'une table de chevet qui ferme à clef, d'un lit avec un tiroir de rangement sous celui-ci, d'une armoire de rangement qui permet de mettre un cadenas.</li> <li>• La salle de douche. La cabine est récente et il y a différentes forces pour les jets de douche.</li> </ul> </li> </ul> Sous <u>les combles</u> il y a la chambre de veille de l'éducateur spécialisé, qui est accessible par un escalier assez raide. Dans la chambre de veille est présent un téléphone et un détecteur incendie. La porte de la chambre peut se fermer à clef.</p> <p><b>Le sous-sol</b> abrite une lingerie comprenant un lave-linge et un sèche-linge de type professionnel et le matériel pour repasser. Est présent également un adoucisseur d'eau. Les produits lessiviels et les produits de nettoyage sont stockés dans une autre partie de la cave qui est séparée de la lingerie par une porte fermant à clef.  Une poutre non signalée rend l'accès au sous-sol plus risqué pour les personnes de grande taille.</p> <p><b>2 - Le CSAPA hébergement semi-collectif :</b>  Situé dans une autre maison de la même rue au numéro 154, le CSAPA, non signalé de l'extérieur pour ne pas stigmatiser les personnes accueillies, s'ouvre sur un couloir qui dessert en premier le <b>bureau</b> de la chef de service.  Puis il y a une salle appelée « <b>salle du CTR</b> » (centre thérapeutique résidentiel, ancien nom du CSAPA</p>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>hébergement) qui peut faire à la fois office de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ salle de formation,</li> <li>○ salle à manger avec une kitchenette, pour des repas conviviaux entre usagers et équipe,</li> <li>○ salle de réunion et de télévision. Cette pièce est la seule du CSAPA hébergement à posséder une télévision.</li> </ul> <p>Quand cette salle n'est pas occupée elle est fermée à clef. Cette salle donne sur une <b>petite cour</b>, avec une porte neuve, sécurisée, donnant sur la rue et permettant de sortir les poubelles qui sont rangées dans un endroit dédié.</p> <p>Sur cette cour s'ouvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ des WC (moderne, propre et de dépannage),</li> <li>○ la chaufferie avec une chaudière bien entretenue de marque "de Dietrich"</li> <li>○ un extincteur,</li> <li>○ un garage où sont rangés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• douze vélos et leur équipement. Ils sont à la disposition du CSAPA Hébergement qui peut les utiliser lors de sorties collectives</li> <li>• une remorque.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Les étages</b> ont la même disposition : deux fois deux <u>chambres individuelles</u> avec un lit d'une personne et son tiroir sous le sommier, des rangements, un lavabo, un coin cuisine, une douche, un micro-onde, une table, trois chaises un réfrigérateur.</p> <p>Les WC sont sur le palier et il y en a un par étage.</p> <p>L'ensemble est propre et bien entretenu, le ménage étant fait en binôme par les usagers et un éducateur.</p> <p>Seul un studio est différent, il est situé au dernier étage à droite du palier. Il possède une mezzanine et est idéal pour un couple. La partie fonctionnelle (cuisine, douche prise des repas) est en bas et la partie nuit est en haut. L'escalier qui mène à la partie nuit est très raide ne facilitant pas son usage. L'ensemble est coquet, accueillant et rassurant pour un usager qui y arrive.</p> <p><b>3 - Le CSAPA hébergement : Mère-Nourrisson, dite « UMN »</b></p> <p>La maison de l'UNM est située un peu plus à l'écart du centre-ville tout en restant accessible à pieds. Elle est située à proximité d'un centre commercial équipé d'un supermarché, d'une pharmacie, d'un coiffeur et diverses boutiques.</p> <p>La maison de L'UMN est composée :</p> <p><u>Pour le personnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'un bureau fermant à clé avec les dossiers des usagers</li> </ul>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'une chambre de garde et d'une salle d'eau (garde couchée)</li> </ul> <p><u>Pour les résidentes et leurs enfants</u> sont à leur disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ une salle à manger ouverte sur un salon dont une partie est réservée aux enfants et qui comprend des jouets (tapis d'éveil, glace, parc, fauteuil...).</li> <li>○ une salle de repos pour les enfants en journée avec du mobilier adapté lit a barreaux mais aussi lit junior (lit pour les enfants de 2/3 ans leur permettant de sortir seul de leur lit).</li> <li>○ un WC,</li> <li>○ d'une cuisine équipée de type familial avec deux blocs éviers dont un est réservé à la confection des biberons et des repas des enfants.</li> <li>○ une réserve alimentaire</li> <li>○ une buanderie, équipée de deux machines à laver et de deux sèche-linge</li> <li>○ un patio extérieur,</li> <li>○ cinq chambres spacieuses équipées d'un lit une place, un bureau, une armoire, avec selon l'âge des enfants, un lit « cododo », un lit à barreaux ou un lit junior.</li> <li>○ salle d'eau avec toilette,</li> <li>○ salle de change avec des placards intégrés pour les affaires des enfants,</li> <li>○ un jardin avec des jeux pour enfants.</li> </ul> <p>L'entretien, intérieur et extérieur, est sous la responsabilité des résidentes et de l'équipe. L'ensemble est propre, bien tenu et adapté à l'activité.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Des locaux fonctionnels.</p> <p>Des locaux bien entretenus. propres et accueillants.</p> <p>L'organisation des locaux est adaptée aux missions des unités.</p>	<p>Des locaux dans des lieux différents obligeant le personnel à de nombreux allers et retours.</p> <p>Des procédures d'occupation des lieux non écrites.</p>	<p>Ecrire les procédures sous la forme de documents qualité.</p>	<p>/</p>	<p>/</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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réunions collectives tenues à un rythme régulier par les membres de l'équipe, un groupe de paroles toutes les deux semaines, des réunions de régulation quasi quotidienne</li> <li>○ des tableaux d'affichage,</li> <li>○ des cahiers de liaisons.</li> </ul> <p>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 UMN page 6; Guide méthodologique des comités de direction.</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><b>Tableaux d'affichages :</b> Il existe plusieurs tableaux d'affichage au sein des différentes unités du CSAPA hébergement. Ils 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... A l'UMN, il existe deux tableaux d'affichage dans le bureau du personnel mais ils ne sont pas non plus structurés par des titres.</p> <p><b>L'informatique :</b> L'association le Mail a un réseau informatique reliant tous les services. La structure possède quelques logiciels de bureautique.</p> <p>Un tableur Excel, très bien fait, permet aux unités d'hébergement mixte de suivre au jour le jour les activités des usagers.</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>Ce tableur Excel permet non seulement de renseigner les données demandées par l'ARS, mais également de suivre le projet personnalisé.</p> <p>A « l'UMN » le système informatique est composé d'un ordinateur à l'intention des professionnels et est situé dans le bureau du personnel. Un ordinateur portable est à la disposition des usagers de l'UMN.</p> <p><b>Réunions d'équipe :</b> Les réunions d'équipe se déroulent durant 4 heures, à l'unité « mixte » le vendredi matin et à l'unité « Mère-Nourrisson » le jeudi matin. Y sont abordés des thèmes institutionnels et le dossier d'un résident.</p> <p><b>Code couleur :</b> Il y a une couleur définie par année pour repérer tous les documents. L'année 2017 est celle de la couleur verte.</p> <p><b>Les transmissions écrites :</b> Elles se traduisent par des cahiers de liaison, des notes inscrites sur des feuilles et ensuite classées dans le dossier de l'utilisateur.</p> <p>La direction suit les avancées des travaux de la Fédération addiction sur la réalisation d'un logiciel dédié aux CSAPA.</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 (animateur – ODJ – secrétariat en roulement – compte rendu des réunions.</p> <p>Un recueil de données</p>	<p>Pas de maître du temps de désigné lors des réunions.</p> <p>Pas de charte graphique de définie pour les ESSMS du Mail. Pas assez d'harmonisation dans la présentation des documents</p> <p>Communication encore essentiellement</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. Mettre en œuvre une procédure d'archivage des dossiers.</p>	/	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>informatisé aux unités mixtes par un membre de l'équipe.</p> <p>Une informatisation des données qui va se mettre en place avec la Fédération Addiction.</p> <p>Par sécurité non utilisation des SMS pour communiquer avec l'équipe médicale.</p> <p>Un code couleur pour les documents d'une année civile.</p> <p>Des tableaux d'affichage présents.</p>	<p>orale et manuscrite.</p> <p>Un besoin de sécuriser l'archivage des dossiers.</p> <p>Des tableaux d'affichage pas assez structurés.</p>			

## 2.3 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 d'établissement) 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 Hébergement</p> <p>projet thérapeutique du CSAPA UMN</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 découlent des projets thérapeutiques qui concernent les unités (Hébergement mixte et Unité Mère-Nourrisson). Bien qu'incomplets dans leur composition, il y a une cohérence entre eux. Cette cohérence se retrouve également avec le projet thérapeutique du CSAPA Ambulatoire.</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 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>Il serait intéressant au regard de l'échéance du prochain PRS (plan régional de santé) de reprendre ces différents projets et leurs objectifs et de les faire coïncider, mais bien</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>évidemment de commencer la rédaction de l'organisation et du fonctionnement avant.</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>Existences de deux projets thérapeutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité mixte,</li> <li>○ UMN.</li> </ul> <p>Cohérence évidente sur le terrain entre les valeurs associatives et les valeurs des ESSMS.</p>	<p>Les projets thérapeutiques ne mettent 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"> <li>○ Un(e) responsable qualité,</li> <li>○ Un consultant externe.</li> </ul>	/	<p><i>Réfléchir à l'opportunité de la présence en stage d'une étudiante en master ingénierie et management de la Santé à la faculté de Lille 2</i></p>

### 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 4.1.4)</p>	<p>Projet associatif page 2</p> <p>Rapport d'activité page 7</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"> <li>• Pour l'amélioration des pratiques professionnelles ?</li> <li>• Pour l'adéquation aux besoins des jeunes et de leur accompagnement ?</li> </ul>	<p>Direction</p> <p>Secrétaire</p> <p>Personnel</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p><b>L'équipe pluridisciplinaire :</b></p> <p>Tout le personnel présent est formé et diplômé. 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...) Les nuits sont assurées par l'équipe éducative.</p> <p><b>L'équipe de direction</b> est composée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>Entretiens</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Equipe d'encadrement</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>(dirigeant d'entreprise de l'économie sociale et solidaire) à l'IRTS de Montpellier</p> <p><b>L'équipe médicale</b> est composée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un médecin <b>praticien hospitalier</b> dans un <b>service de psychiatrie</b> du CH Philippe Pinel. Il a participé en mai 1996 au premier programme méthadone.</li> <li>○ un <b>médecin généraliste</b>, praticien attaché à un <b>service d'infectiologie</b>,</li> <li>○ un <b>médecin généraliste</b> spécialisé dans la <b>nutrition et ses déviances</b> (boulimie - anorexie) et orienté également vers les <b>dépendances comportementales</b> telles que celles des « Gambleurs » et des « Gamers ».</li> </ul> <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.</p> <p>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
<p>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)</p> <p>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 stagiaire.</p>	Référentiel page 21

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



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il y a peu de turn-over et le personnel est relativement stable. Quand un nouveau salarié est embauché, il est parrainé par un professionnel du même métier pendant quelques semaines.</p> <p>Des documents lui sont remis (règlement intérieur, règlement de fonctionnement, projet thérapeutique, mais il n'y a ni de livret d'accueil pour le nouvel arrivant ni de procédure pour harmoniser entre tous les professionnels l'accueil du nouvel arrivant.</p> <p>L'accueil des stagiaires n'a pas été évoqué et nous n'en n'avons pas rencontré.</p> <p>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 des 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 réglementaires 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"> <li>○ Salarié,</li> <li>○ Stagiaire.</li> </ul>	<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 joints aux documents et ne figure pas dans le projet associatif (et thérapeutique). La GPEC n'est pas évoquée.</p> <p>Les comptes rendus de DP montrent qu'il y a des formations qualifiantes d'acceptées</p> <p>La CCN appliquée n'est pas précisée ni l'OPCA.</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"> <li>○ en termes d'amélioration des pratiques professionnelles ?</li> <li>○ en termes d'adéquation aux besoins des usagers ?</li> </ul> <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.</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 et il y a plusieurs formations qualifiantes. Le conseil d'administration est informé sur les orientations de formation à prendre pour la structure et sur les formations accordées.</p>	Entretien	Directeur adjoint,  Equipe pluridisciplinaire  DP



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

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<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>				

## 2.4 Gestion de crise et des risques

### 2.4.1 Continuité des interventions

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>Le CSAPA Hébergement de l'unité mixte et de l'unité mère nourrisson est ouvert tous les jours de l'année jour et nuit.</p> <p>La continuité de l'intervention auprès des usagers sera évaluée sur place.</p>	Ensemble des pièces techniques

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 ?</p> <p>Comment est assurée la liaison entre les structures ?</p> <p>Comment se passe le relais entre les équipes ?</p> <p>Comment l'établissement, gère l'orientation et le suivi après la sortie de la personne accompagnée ?</p> <p>Comment l'établissement maintient la qualité de l'accompagnement face à l'absentéisme ou autres difficultés rencontrées ?</p>	les membres de l'équipe transdisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La continuité du service est assurée auprès des usagers par un tuilage important des horaires et le choix d'une équipe éducative pour toutes les tranches horaires et toutes les activités.</p> <p>Les horaires sont aux deux unités mixtes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 9 H à 19 H</li> <li>○ 11 H à 23 H</li> <li>○ 19 H à 11 H</li> </ul> <p>A l'UMN les horaires sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 9 h - 19 h</li> <li>○ 19 h à 10 h</li> <li>○ 9 h à 20 h.</li> </ul> <p>Les équipes apprécient la liberté dans la préparation du planning des horaires en précisant qu'elles demandent toujours la validation par les chefs de services. La chef de service du CSAPA Hébergement précise qu'il n'y a jamais de refus par le personnel lors d'un remplacement en urgence. Il y a une grande solidarité entre eux.</p>	<p>Entretiens</p> <p>Observation</p> <p>Planning des horaires</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chef de service</p> <p>Médecins</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>En dehors des plages horaires de présence de l'équipe médicale, les médecins restent joignables via un téléphone portable dédié.</p> <p>Ils répondent toujours aux appels téléphoniques soit immédiatement, soit en léger différé s'ils sont indisponibles au moment de l'appel. Il n'y a pas de consignes données par "SMS" pour des raisons de sécurité.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un tuilage important des tranches horaires des équipes pour une meilleure continuité du service.</p> <p>Un accueil téléphonique de qualité fait par un éducateur spécialisé.</p> <p>Un anonymat préservé.</p> <p>Des médecins présents tous les jours de la semaine et sur 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>Peu de procédures écrites, qui permettent d'acter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'activité,</li> <li>○ la méthodologie de travail (le QQQQC).</li> </ul> <p>et donc la mémoire des activités au CSAPA.</p> <p>Attention aux personnes dites « homme clef ».</p>	<p>Mettre en place une traçabilité de l'activité du standard de type étude de tâches)</p> <p>Rédiger des instructions et des procédures des bonnes habitudes de travail des professionnels du CSAPA afin de les pérenniser, au-delà des personnes.</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.</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 ? Qui s'occupe de la gestion des risques ? Existe-t-il un tableau faisant l'inventaire des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés ? 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 <b>DUERP</b> bien fait, incluant les RPS (risques psychos sociaux). Ce DUERP a été actualisé et c'est la deuxième version.</p> <p>Une réflexion a été menée sur les RPS avec l'aide d'un consultant extérieur et le plan d'action issu de cette réflexion est en cours de réalisation.</p> <p>Les professionnels écoutés montrent leur satisfaction d'avoir participé à ce travail et à suivre la réalisation des actions qui en découlent.</p> <p>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).</p> <p>Il précise également que les représentants du personnel (<b>DP</b>) n'ont pas d'entrave à l'exercice de leur fonction, qu'ils disposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o d'un ordinateur et d'une boîte mail dédiés,</li> <li>o de tableau d'affichage,</li> <li>o d'une armoire pour ranger leur dossier,</li> <li>o et que s'ils ne disposent pas d'un local spécifique, la petite salle de réunion est à leur</li> </ul>	<p>Entretiens</p> <p>Visite des lieux</p>	<p>Représentants des trois instances du personnel.</p> <p>Directeur adjoint,</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>disposition et leur convient.</p> <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 <b>CHSCT</b>, 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 les trois mois.</p> <p>Les réunions des trois instances (CHSCT - DP - CE) comportent toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o un ordre du jour</li> <li>o un animateur, le rôle étant tenu par la directrice,</li> <li>o un secrétaire.</li> </ul> <p>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 à la culture de la bientraitance.</p> <p>Concernant le <b>CE</b>, les actions envers les professionnels sont centrées sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o des chèques vacances (délivrés en fonction du temps de travail partiel ou non et avec seuil plancher),</li> <li>o Les œuvres sociales QUI concernent surtout les billets de cinéma.</li> <li>o L'équipe de direction précise que ces "cadeaux" ne dépassent jamais le montant autorisé par l'URSSAF.</li> </ul> <p><b>La gestion des risques :</b></p> <p>La chambre de veille à l'unité collective ferme à clef, l'escalier pour y parvenir est très raide, mais il n'y a jamais eu de chute. A l'UMN la chambre de garde ferme aussi à clef.</p> <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"> <li>o les entrées et sorties du personnel</li> <li>o les arrêts de travail et les arrêts maladie,</li> <li>o les professions,</li> <li>o le genre de la population (hommes et femmes),</li> <li>o etc...</li> </ul>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Un bon climat social. Une bonne ambiance de travail. Des représentants des différentes instances (DP – CHSCT – CE) satisfaits des relations avec l'encadrement. Pas d'entrave aux missions des représentants du personnel Un DUERP réactualisé. Une motivation du personnel pour le plan d'action des RPS.	/	Poursuivre et orienter la dynamique créée par le plan d'action des RPS vers la démarche d'amélioration de la qualité (dite DACQ).	/	/

## 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.</p> <p>Le rapport d'activité de 2016 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 ?</p> <p>A quel rythme et par qui est faite l'étude de la population accueillie ?</p> <p>L'évolution des publics a-t-elle des incidences sur les perspectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ d'activités,</li> <li>○ de projets de l'établissement ?</li> <li>○ de formation ?</li> <li>○ d'embauche ?</li> </ul>	<p>Direction</p> <p>Secrétaires</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les données récoltées concernant la population accueillie sont nombreuses et précises. Elles représentent un important travail réalisé au fil de l'eau par les équipes.</p> <p>Pour les obtenir, un membre de l'équipe du CSAPA a créé sur un tableur EXCEL sophistiqué, qui permet de renseigner au jour le jour ces données. Dans ce tableur Excel sont présentes des informations :</p> <p><b>Sur la première feuille :</b></p> <p><b>1 - les colonnes</b> qui précisent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la date de réception d'un courrier</li> <li>○ le nom et le prénom de l'utilisateur,</li> <li>○ le nombre de demandes,</li> <li>○ la date du premier contact,</li> </ul>	Entretiens	<p>Direction,</p> <p>comité de pilotage,</p> <p>diagnostic partagé lors de la réunion de clôture</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ la réponse au courrier,</li> <li>○ le nombre de jour du 1er contact,</li> <li>○ les contacts téléphonique (le recueil permet d'aller jusqu'au chiffre 7)</li> <li>○ le nombre d'entretiens,</li> <li>○ les contacts avec les travailleurs sociaux (possibilité d'en renseigner 4),</li> <li>○ le nombre de contacts sociaux,</li> <li>○ le nombre de contact médecins (possibilité d'en renseigner 4)</li> <li>○ les contacts famille ou entourage)</li> <li>○ le nombre contacts famille,</li> <li>○ le total des contacts,</li> <li>○ la réponse : avec les précisions sur la date, si c'est oui, si c'est non, si sans suite, et une colonne pour les infos, le quoi.</li> <li>○ Le nombre de jours, réponse définitive.</li> </ul> <p><b>2 - Les lignes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le nom et le prénom des usagers.</li> </ul> <p><b>Sur la deuxième feuille</b> du tableur EXCEL, appelée récapitulatif : Ce sont les résultats de la feuille précédente. La compilation des données récoltées se fait sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de jour 1er contact, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le temps de réponse 1er contact</li> <li>• Le temps de réponse définitive</li> </ul> </li> <li>○ Nombres d'entretiens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de contacts sociaux,</li> <li>• Le nombre total des contacts</li> <li>• Le nombre de contacts médicaux</li> <li>• Le nombre de contacts famille</li> <li>• Le nombre total de ces contacts.</li> </ul> </li> </ul> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le nombre de réponse « oui »,</li> <li>○ Le nombre de réponse « non »</li> <li>○ Le nombre de réponse « pas de suite »</li> <li>○ Le nombre de contact infos,</li> <li>○ Le nombre total des de réponses « oui et non »</li> <li>○ Le nombre total de demandes</li> <li>○ Le nombre de jours pour la réponse définitive</li> </ul> <p>Ces données permettent ensuite de renseigner le rapport d'activité qui est riche en données unités par unités (semi-collectif – collectif). Ce tableur EXCEL n'existe pas à l'unité « Mère-Nourrisson » qui pourtant fait partie</p>		

Analyse détaillée sur le site					Preuves	Personnes rencontrées																														
<p>intégrante du CSAPA Hébergement.</p> <p>Le rapport d'activité reflète l'activité totale des ESSMS du Mail (ambulatoire et hébergement) et non par numéro de FINESS. Il n'offre pas une vision globale dans un seul et même tableau des items abordés avec une classification par unité car il correspond précisément à la demande de l'ARS.</p> <p>Il pourrait être intéressant de recompiler les données collectées dans un tableau général qui pourrait se présenter de la façon suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Items demandés par l'ARS</th> <th>Semi collectif</th> <th>collectif</th> <th>Unité mère nourrisson</th> <th>Total des unités du CSAPA Hébergement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Age et sexe</td> <td>w</td> <td>x</td> <td>y</td> <td>z</td> </tr> <tr> <td>Provenance géographique</td> <td>w</td> <td>x</td> <td>y</td> <td>z</td> </tr> <tr> <td>Nb d'enfants à charge</td> <td>w</td> <td>x</td> <td>y</td> <td>z</td> </tr> <tr> <td>Conditions de logement</td> <td>w</td> <td>x</td> <td>y</td> <td>z</td> </tr> <tr> <td>etc</td> <td colspan="4">En défilant tous les items exigés par l'ARS</td> </tr> </tbody> </table> <p>Une autre vision du public accueilli pourrait ainsi se dégager.</p>					Items demandés par l'ARS	Semi collectif	collectif	Unité mère nourrisson	Total des unités du CSAPA Hébergement	Age et sexe	w	x	y	z	Provenance géographique	w	x	y	z	Nb d'enfants à charge	w	x	y	z	Conditions de logement	w	x	y	z	etc	En défilant tous les items exigés par l'ARS					
Items demandés par l'ARS	Semi collectif	collectif	Unité mère nourrisson	Total des unités du CSAPA Hébergement																																
Age et sexe	w	x	y	z																																
Provenance géographique	w	x	y	z																																
Nb d'enfants à charge	w	x	y	z																																
Conditions de logement	w	x	y	z																																
etc	En défilant tous les items exigés par l'ARS																																			



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un rapport d'activité très fouillé.</p> <p>Des données récoltées par unités.</p> <p>Un gros travail de réalisé par les équipes pour collecter ces données.</p>	<p>Pas de vision globale d'un service ou d'un établissement (en fonction du FINESS.</p> <p>L'UMN ne possède pas le tableur EXCEL de l'unité mixte.</p>	<p>Harmoniser la méthodologie de recueil des données en mettant en place le tableur Excel des unités mixtes à l'UMN.</p>	/	<p><i>Envisager la mise en œuvre d'une analyse collective des tableaux Excel des trois unités.</i></p>

## 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
Le lien entre le projet associatif (association le mail) et le projet d'établissement de l'hébergement qui pourrait être décliné en projet d'unité (le mixte et l'UMN) 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.	Ensemble des neuf pièces techniques

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
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"> <li>o analyser le contenant (trame) et le réajuster en conséquence ?,</li> <li>o pour organiser son contenu et faciliter son utilisation.</li> </ul> Comment s'assure-t-on de la cohérence des objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels développés par les unités ?	Membres des équipes pluridisciplinaires



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Il existe une grande cohérence entre les différents services et établissements de l'association "Le Mail".  De plus, certains personnels partagent leurs équivalents temps plein entre les différentes structures.  Le CSAPA ambulatoire est le point de rassemblement des différentes équipes (CSAPA hébergement mixte, Unité mère-nourrisson- CAARUD) et permet d'accueillir lors des réunions, des formations, des repas du midi, le personnel	Entretiens  Observations  Consultations de documents	Equipe pluridisciplinaire  Chef de service  Equipe de direction

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>présent dans les autres lieux. Il dispose de plus, d'une pièce de travail/bibliothèque à la disposition du personnel. Tous les établissements, services et unités de l'association le Mail utilise la même couleur pour leurs documents. L'année 2017 est celle du vert.</p> <p>Les usagers de l'hébergement viennent également au CSAPA ambulatoire pour l'administration de leur traitement notamment la méthadone, les consultations médicales et pour l'accompagnement les entretiens psychologiques et les groupes de parole.</p> <p>La composition des dossiers est la même pour tous les services.</p> <p>Les projets personnalisés des usagers sont déclinés du projet thérapeutique (projet d'établissement) et sont cohérents entre eux.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Le projet personnalisé est abordé dans le projet thérapeutique.</p> <p>La cohérence entre eux est évidente sur le terrain.</p>	<p>La cohérence est floue dans les documents</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
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 devant cette demande sociale. La directrice de l'association est membre titulaire de la Conférence de territoire de la Somme et également membre titulaire de la COREVIH	Ensemble des neuf pièces techniques Référentiel DR 2.1.1 - 2.1.2 et suivants

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



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
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.  Les équipes du mail (via ses professionnels) participent à des actions de formation en intra-muros et à l'extérieur.  Il y a un fort partenariat avec le ministère de la Justice et ses équipes (les SPIP 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.	Entretiens	Partenaires  Equipe pluridisciplinaire

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>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, notamment l'équipe éducative d'avoir l'habilitation ARS pour réaliser ces prélèvements.</p> <p>Les résidents du CSAPA avec hébergement (mixte, UMN) ne sont pas forcément originaires du département de la Somme et peuvent venir d'autres départements. Ils peuvent être sous contrainte de justice. Les résidentes de l'UMN ont généralement été orientées par les maternités ou autre unité mère enfant.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Participation à des nombreuses réunions (autorités compétentes – associations – Fédération...)</p> <p>Une unité mobile à disposition des habitants de la Somme.</p> <p>Un site Internet.</p> <p>Des plaquettes d'informations Un fort partenariat avec le ministère de la justice (SPIP – Pénitencier...)</p> <p>Légitimité ancrée du CSAPA dans le département de la Somme et la Picardie.</p>	<p>Parfois un temps de réponse trop long par rapport à une audience urgente.</p>	<p>Réfléchir avec le SPIP au moyen de communiquer entre 12 h et 14 heures.</p>	<p>/</p>	<p>/</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'hébergement et pour l'ambulatoire.</p> <p>Le projet thérapeutique de l'hébergement se sous divise en un projet pour l'unité mixte et un projet pour l'unité mère nourrisson.</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 a toutes les services et établissement du "Mail". En outre les effectifs sont mutualisés facilitant ainsi le parcours de l'usager. La proximité géographique des différentes entités facilite cette articulation.</p>	<p>Projet associatif, Projets thérapeutique, 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>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>Cette articulation n'est pas procédurée (risque de perte d'information lors du départ d'un salarié).</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><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 hébergement 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'activités 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>Il existe un partenariat faisant l'objet d'une convention tripartite entre l'association le Mail et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le CHU d'Amiens pour les analyses biologiques,</li> <li>○ Le CH Pinel pour l'approvisionnement en Méthadone,</li> <li>○ L'association APREMIS pour les placements extérieurs.</li> </ul> <p>En plus de ce partenariat fondamental il en existe d'autres, notamment avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le CH de Saint Quentin par ses relations privilégiées avec la puéricultrice qui possède un DU de « périnatalité et addiction » et est régulièrement en relation avec la psychologue de l'unité « Mère-Nourrisson ». Des conventions ponctuelles peuvent en plus être formalisées pour des actions précises.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <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.</p> <p>Il existe entre l'association « l'Ilot » et l'association « le Mail » une convention de partenariat formalisée par écrit et signée.</p>	Entretiens	Partenaires Equipe pluridisciplinaire

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'équipe du Mail intervient dans le CHRS pour réaliser des actions de prévention.</p> <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 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>/</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>Les conventions signées sont ainsi pérennisées au-delà des personnes qui les ont mises en place.</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
<p>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.</p> <p>Cependant les usagers sont fréquemment appelés à se déplacer à l'extérieur dans une perspective de « resocialisation » articulée au projet personnalisé.</p> <p>Les déplacements des usagers des unités mixtes au CSAPA Ambulatoire sont fréquents, ne serait-ce que pour l'administration des médicaments qui se fait uniquement là.</p> <p>Beaucoup d'activités sont faites vers l'extérieur (usagers et équipe pluridisciplinaire).</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire reçoit au CSAPA semi collectif des personnes venant assister aux formations proposées par elle et parfois aussi en collaboration avec les partenaires. (pour exemple la puéricultrice du CH de Saint Quentin et la psychologue de l'unité « Mère-</p>	<p>Entretiens</p> <p>Consultation de documents</p>	<p>Partenaires</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Nourrisson »).</p> <p>Il existe des plaquettes d'informations sur les différents services de l'association "Le Mail" afin de communiquer avec l'extérieur.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Des locaux accueillants pour les usagers et les partenaires.</p> <p>Un site Internet</p>	<p>Des points de rencontres essaimés sur plusieurs lieux géographiques, rendant chronophage les déplacements des membres de l'équipe.</p>	/	/	/

#### 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 4 du projet thérapeutique il est décrit un "suivi individuel" 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 à deux reprises dans cette page puis dans la page 6.</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>Le projet personnalisé de l'usager est réalisé en équipe pluridisciplinaire. Chaque usager à un référent.</p> <p>A l'unité "Mère-Nourrisson" il y a un référent de nommé pour la mère et un référent de nommé pour l'enfant.</p> <p>Un séjour d'évaluation à l'UMN est mis en place. Il est de 15 jours à 1 mois et permet à l'équipe d'observer comment la mère « s'en sort » avec son nourrisson.</p> <p>Aux deux unités d'hébergements sont désignés un référent et un co-référent. L'usager rencontre obligatoirement un travailleur social avant de rencontrer un des médecins.</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"> <li>○ les dettes</li> <li>○ la santé</li> <li>○ la formation</li> <li>○ l'emploi</li> <li>○ le familial</li> <li>○ la justice.</li> </ul> <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"> <li>○ le service ou établissement qui est concerné (Péronne, maison d'arrêt - CFA etc...),</li> <li>○ les coordonnées de la personne (nom, adresse, téléphone...),</li> <li>○ la date du premier accueil et la date de sortie avec son motif,</li> <li>○ la nationalité,</li> <li>○ la situation matrimoniale et familiale,</li> <li>○ la catégorie socio professionnelle, le niveau d'étude,</li> <li>○ la situation professionnelle,</li> </ul>	<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"> <li>○ le logement,</li> <li>○ l'origine géographique,</li> <li>○ l'origine de la demande,</li> <li>○ le type de demande (sevrage, substitution, soutien psychologique etc..)</li> <li>○ Le volet social avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfance,</li> <li>• les parents,</li> <li>• le profil du père de l'usager,</li> <li>• le profil de la mère de l'usager,</li> </ul> </li> <li>○ la pièce d'identité fournie (CNI, carte de séjour, sans papier...),</li> <li>○ la couverture sociale,</li> <li>○ les ressources (pôle emploi, les indemnités, les prestations... )</li> <li>○ Le volet addiction avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le ou les produits consommés et comment,</li> <li>• comment sont-ils pris (injection, fumé ...),</li> <li>• la fréquence,</li> <li>• le risque encouru (usage à risque, usage nocif, dépendance, abstinence...),</li> <li>• si injection intraveineuse, le lieu de délivrance de la seringue,</li> <li>• la situation de l'usager par rapport au produit,</li> <li>• le suivi spécialisé antérieur.</li> </ul> </li> <li>○ Le volet juridique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• situation judiciaire actuelle</li> <li>• sursis, mise à l'épreuve,</li> <li>• liberté conditionnelle</li> <li>• etc...</li> <li>• Les incarcérations antérieures éventuelles.</li> </ul> </li> <li>○ Le Volet médical : <ul style="list-style-type: none"> <li>• affection au VIH</li> <li>• Hépatite B</li> <li>• Hépatite C</li> <li>• suivi en psychiatrie :</li> <li>• hospitalisations antérieures,</li> <li>• comorbidité psychiatrique</li> <li>• tentative de suicide.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il existe également une fiche d'évaluation qui guide le professionnel dans la récolte des données permettant de concevoir le projet personnalisé.</p>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Ce recueil se fait sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la situation matrimoniale et l'entourage,</li> <li>○ le logement,</li> <li>○ la formation,</li> <li>○ le permis de conduire,</li> <li>○ la CNI</li> <li>○ la situation professionnelle,</li> <li>○ les ressources,</li> <li>○ les dettes,</li> <li>○ les addictions,</li> <li>○ le traitement</li> <li>○ la santé (soins dentaires, ophtalmo,</li> <li>○ la couverture sociale,</li> <li>○ la situation judiciaire</li> </ul> <p>Cette même fiche est renseignée à 6 mois et à un an, a minima.</p>		



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

**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"> <li>○ le référent une fois par semaine,</li> <li>○ le chef de service une fois par mois.</li> </ul> <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>	<p>Usagers            Proches ou familles            Membres de l'équipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Afin d'avancer dans la réalisation des objectifs de son projet personnalisé, notamment la recherche d'emploi, des démarches administratives, etc... les usagers du CSAPA hébergement disposent d'un ordinateur dédié sur lequel ils peuvent entrer par la session "invité ».</p> <p>Ce PC a été formaté pour retenir le moins d'informations possibles afin d'optimiser la confidentialité.</p> <p>Les usagers suivent régulièrement avec l'équipe éducative l'avancée de leur projet et</p>	Entretiens	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Usagers</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
l'atteinte de leurs objectifs. Le fonctionnement est identique à l'UMN.		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Animations centrées sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le réapprentissage des gestes de la vie quotidienne :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuisine</li> <li>• toilette</li> <li>• ménage</li> <li>• .....</li> </ul> </li> <li>○ le réapprentissage de la vie vers l'extérieur par :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les déplacements, la communication,....</li> <li>• l'insertion sociale (recherche d'emploi, CV démarches administratives..... )</li> <li>• les animations culturelles</li> <li>• ...</li> </ul> </li> </ul>	Peu d'activités manuelles	/	Décrire les activités proposées aux usagers dans la partie fonctionnement et organisation du projet d'établissement.	/

#### 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, c'est à dire une fois par semaine avec le référent et une fois par mois avec le chef de service.</p> <p>Il n'est pas précisé si ce réajustement fait l'objet d'un avenant au projet individuel signé par l'usager et le responsable de l'établissement.</p> <p>Pour mémoire le projet personnalisé d'accompagnement doit être réajusté au minimum tous les ans.</p>	<p>Le projet thérapeutique.</p>
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 Proches et ou familles Partenaires Membres de l'équipe</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Au CSAPA avec hébergement, il y a une période de préadmission permettant l'observation et l'évaluation des besoins de l'utilisateur. Ensuite, le suivi est cadré avec le référent chaque semaine. L'actualisation du projet s'effectue chaque mois en individuel avec le référent et le chef de service. L'évaluation s'effectue chaque trimestre en individuel avec le référent et la directrice. Dans ce cadre, est évalué et discuté l'accès ou pas au CSAPA semi-collectif pour l'Unité mixte.</p> <p>Les modifications du projet personnalisé sont indiquées sur une feuille appelée : « Objectifs de changement ».</p>	<p>Entretiens</p> <p>Consultations de documents</p> <p>Consultations d'écran</p>	<p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinarité,</p> <p>Partenaires</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Des réactualisations très régulières du projet personnalisé.	Tous les avenants au projet personnalisés ne sont pas signés.	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
<p>Les modalités d'accès aux informations par l'utilisateur n'e figure pas dans les outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil-règlement de fonctionnement.</p> <p>La liste des personnes qualifiées n'est semble-t-il pas diffusée.</p>	<p>Livret d'accueil Règlement intérieur (ou de fonctionnement ?)</p>

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
<p>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 ?</p>	<p>Usagers Membres de l'équipe</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>L'accès au dossier n'est pas indiqué dans les documents actuellement en cours (livret d'accueil, contrat de séjour, DIPC..).</p> <p>Une pochette de présentation cartonnée due l'association le Mail, qui n'est plus d'actualité mais qui est encore remise aux usagers de l'unité collective, car elle permet de rassembler plusieurs documents dans un seul dossier agréablement présenté.</p> <p>L'accès au dossier est indiqué dans ses documents présents, mais la procédure pour y accéder n'est pas précisée. Toutefois les équipes ont expliqué qu'elle présentait facilement le dossier à l'utilisateur, en sachant que lors des activités le dossier est sorti.</p> <p>La consultation des dossiers archivés n'est pas formalisée par écrit. Cependant les équipes savent 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.</p>	<p>Entretiens Consultation de documents</p>	<p>Usagers Equipe pluridisciplinaire</p>

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
La lecture de l'ensemble des neuf pièces techniques ne permet pas de savoir si des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des usagers.	Les pièces techniques.

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
Réalisez-vous des 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
<p>Les usagers et les proches rencontrés ne se souviennent pas d'avoir remplis une enquête de satisfaction. Cependant ils précisent, dans la foulée, qu'ils ne sont pas présents depuis longtemps et que s'ils continuent à venir, c'est qu'ils sont satisfaits des prestations reçues !</p> <p>Dans le règlement de fonctionnement qui nous a été remis sur site avec la pochette 3 volets cartonnée, le règlement de fonctionnement glissé à l'intérieur, mais qui est très ancien puisqu'il porte l'adresse du 51 Mail Albert 1er BP 415 précise l'existence d'enquêtes de satisfaction et d'un groupe d'expression des usagers du CTR (Post Cure).</p> <p>Depuis les enquêtes de satisfaction auprès des usagers semblent arrêtées. Mais il y a des boîtes à idées, des boîtes à questions, dans les différentes unités.</p> <p>A l'unité « Mère-Nourrisson », il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction, ni pendant le séjour, ni après la sortie.</p>	<p>Visite des lieux,</p> <p>Observation,</p> <p>Consultation de documents</p> <p>Entretiens</p>	<p>Familles</p> <p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire.</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Il y a eu par le passé des enquêtes de satisfaction.</p> <p>Il y a des boîtes à idées ou des boîtes à questions.</p> <p><b>Les usagers :</b></p> <p><i>« Cela nous permet un nouveau départ »,</i></p> <p><i>« Ils nous redonnent un cadre »,</i></p> <p><i>« J'apprécie le Mail car je suis entendue »,</i></p> <p><i>« Ils ne nous jugent pas et ils nous apprennent à gérer nos problèmes ».</i></p> <p><b>Les familles :</b></p> <p><i>« C'est un lieu d'écoute, convivial »,</i></p> <p><i>« Grande disponibilité des équipes »,</i></p> <p><i>« Donnent des clefs pour des solutions constructives ».</i></p>	<p>Pas d'enquêtes de satisfaction à un rythme régulier.</p>	<p>Remettre en œuvre les enquêtes de satisfaction des usagers et proches.</p> <p>Déterminer le rythme de ces enquêtes.</p>	<p>Analyser les enquêtes de satisfaction.</p> <p>Déduire de l'analyse de ces enquêtes des préconisations et des propositions.</p> <p>Introduire ces préconisations et ces propositions dans la DACQ.</p>	<p><i>Pour mémoire une proposition ou une préconisation commence toujours par un verbe actif.</i></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

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

Analyse documentaire	Documents concernés
Il n'y a pas de CVS. Un groupe de paroles a été mise en place. Ces modalités de fonctionnement lors de l'évaluation interne en 2012, n'étaient pas formalisées et avaient été classées en point perfectible. La lecture des pièces techniques ne permet pas de savoir si ce point perfectible a été réajusté.	Rapport d'activité page 104

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



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Les groupes d'expressions des usagers sont en place aux unités d'hébergement. Les thèmes évoqués sont à la fois personnel et à la fois axés sur le fonctionnement collectif de la structure. Un compte rendu est fait sur le cahier de liaison de l'équipe.  Aux alentours de 2014, il y a eu une forme de participation des usagers plus construite. Elle était procédurée et le groupe se réunissait deux fois par an. Le compte rendu était écrit avec l'usager et le professionnel, c'était une co-rédaction.  Actuellement il existe un cahier pour les questions des usagers et les réponses sont écrites à côté et des boîtes à idées, encore appelées des boîtes à questions au CSAPA hébergement collectif et au CSAPA semi-collectif.	Entretiens Observations	Psychologues chef de service. Usagers Equipe pluridisciplinaire

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>A l'UMN le groupe d'expression se construit et le dimanche les équipes et les usagers se posent et discutent, mais cela reste informel et n'est pas tracé par écrit.</p> <p>Mais ce sont des lieux d'écoute et d'expression personnelle, plutôt que des instances représentatives des usagers et des proches, discutant du fonctionnement de la structure et donnant un avis consultatif sur les outils de la loi 2002-2, tels que le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement...</p> <p>Au CSAPA avec hébergement il n'existe pas de groupe d'expression tel que défini dans la législation. Cependant, le groupe est réuni pour l'organisation de la journée et/ou réguler les tensions. Trois fois par semaine, le groupe est réuni de façon formelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o une réunion le week-end pour organiser la vie e la maison,</li> <li>o une réunion autour des menus,</li> <li>o un groupe de parole avec pour thèmes la vie de groupe et la vie dans la structure</li> </ul> <p>Il n'y a pas de télévision à disposition permanente des usagers. La télévision est située à l'unité semi-collective, dans la pièce utilisée également pour les formations désignée comme « la pièce du CTR »et ferme à clef. Les usagers (collectif et semi-collectif) regardent ensemble les films ou séries télévisées qu'ils ont ensemble déterminés.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Il existe des groupes d'expressions des usagers.</p> <p>Au CSAPA hébergement unité mixte collective, il existe un tableau mural des décisions prises par les usagers.</p> <p>Il existe une « commission</p>	<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</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 «<i>la participation</i></p>	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>menu » à l'unité mixte collective.</p> <p>Il existe des groupes de paroles pour les proches.</p> <p>Présence d'un cahier de questions et réponses pour les usagers.</p>	<p>311-21 à D 311-32-1 du CASF.</p>		<p><i>des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » pour mettre en place cette forme de participation.</i></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 validé par l'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
<p>Les décisions du groupe d'expression sont parfois tracées au tableau mural, mais il n'existe pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o d'ordre du jour diffusé avant,</li> <li>o de compte rendu des décisions du groupe d'expression,</li> <li>o de signature par un représentant des usagers du compte rendu réalisé.</li> <li>o d'archivage de ces comptes rendus.</li> </ul> <p>Les décisions sont centrées sur les activités, elles concernent peu les documents officiels de la structure tels le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement...</p> <p>A l'UMN, il y a un tableau d'affichage dans la salle à manger pour les usagers indiquant la répartition des tâches pour la semaine.</p> <p>Il manque un tableau d'affichage structuré pour les usagers leur transmettant les informations légales (charte affichée à l'entrée mais peu visible).</p> <p>Les équipes pourraient s'appuyer sur la RBPP de l'ANESM pour déterminer « la participation des usagers dans des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie », mais cette recommandation de l'ANESM n'est pas connue de l'équipe transdisciplinaire.</p>	Entretiens Observation	Usagers Familles Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
Des tableaux de suivi des décisions prises par les usagers de l'unité mixte collective.	Les décisions prises par les usagers ne concernent que les activités et les menus ; Elles ne concernent pas le fonctionnement et l'organisation de la structure (cf : PE – RF)	/	Mettre en place un tableau de suivi des décisions prises par les usagers (retro planning).  Introduire les décisions des usagers validées par la direction, dans le plan d'action de la DACQ.	/

## 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"><li>○ de la personne :<ul style="list-style-type: none"><li>• à la protection de la santé,</li><li>• au respect de la dignité,</li><li>• à la non-discrimination,</li><li>• au secret médical,</li></ul></li><li>○ des usagers à l'information :<ul style="list-style-type: none"><li>• par le service de santé de l'établissement via le « colloque singulier »,</li><li>• à postériori via l'accès à son dossier.</li></ul></li></ul> <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 Hébergement » a mis en place plusieurs outils légaux qui sont :</p> <p><b>Le livret d'accueil :</b> Il y a un livret d'accueil pour l'unité mère enfant.</p> <p>L'unité mixte n'en possède pas, mais possède une plaquette d'information.</p> <p>Il n'y a pas un livret d'accueil commun pour tous les services de l'association « le Mail » mais il y a une plaquette d'information.</p> <p>Le livret d'accueil de l'unité mère enfant ne comprend pas tous les items disposés par la circulaire ministérielle DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004.</p> <p><b>Le règlement de fonctionnement :</b> 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><b>Le contrat de séjour ou le DIPIC :</b> La matrice de ces documents n'est pas présente dans les pièces techniques, cependant ces documents sont à</p>	<p>L'ensemble des pièces techniques remises</p>

Analyse documentaire	Documents concernés
<p>plusieurs reprises précisé dans les documents remis par le commanditaire notamment le projet thérapeutique, le rapport d'activité, le référentiel de l'évaluation interne.</p> <p><b>La charte des droits et liberté de la personne accueillie :</b> Elle n'est pas incluse dans le livret d'accueil, mais les documents (notamment le référentiel de l'évaluation interne) indiquent qu'elle est remise à l'utilisateur lors de son accueil pour l'admission.</p> <p><b>La liste des personnes qualifiées :</b> C'est une notion qui ne figure pas dans les documents remis par le commanditaire. 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>L'accès au dossier de l'utilisateur est facilité quand l'utilisateur est dans les lieux. L'équipe éducative le présente et accompagne l'utilisateur lors de la lecture. Les demandes sont rares.</p> <p>Quand l'utilisateur a quitté la structure il doit faire la demande par écrit à la direction et la consultation du dossier se fait en présence la chef de service.</p> <p><b>Le DIPC</b> 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</p>	<p>Entretien</p> <p>Consultation de document</p> <p>Consultation des écrans Tableaux d'affichage</p> <p>Consultation de dossier</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Usagers</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>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.</p> <p><b>Le contrat de séjour</b> est utilisé dans les structures d'hébergement mixte et à l'UMN. Il a approximativement la même présentation que le DIPC, c'est à dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les engagements de l'équipe de la « postcure »,</li> <li>○ les engagements du résident,</li> <li>○ un encadré spécifique aux personnes mineures,</li> <li>○ les conditions financières du jour,</li> <li>○ les conditions de résiliation du séjour,</li> <li>○ les recours du résident, privilégiant la conciliation à l'amiable mais n'informant pas sur le nom des personnes qualifiées disposées par un arrêté préfectoral.</li> </ul> <p><b>Le livret d'accueil :</b> 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><b>La charte des droits et libertés de la personne accueillie</b> est affichée mais l'affichage n'est pas toujours très visible.</p> <p><b>Le règlement de fonctionnement :</b> 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)</p> <p><b>La liste des personnes qualifiées</b> n'est pas diffusée.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
La charte des droits et libertés de la personne accueillie est incluse dans le	Les livrets d'accueil ne sont pas conformes à la circulaire du DGAS/SD 5N 2004-138 du 24	/	Rendre conformes aux textes de lois et à la circulaire, les différents	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>livret d'accueil.</p> <p>La confidentialité est respectée.</p> <p>L'accès au dossier est écrit dans la pochette d'admission.</p> <p>Il existe un livret d'accueil pour les services du CSAPA.</p> <p>Il existe aussi un livret d'accueil pour l'unité « mère-nourrisson » et des plaquettes d'informations pour chacun des services du CSAPA.</p> <p>Il existe un règlement de fonctionnement.</p> <p>Il existe des règles de vie compilées dans un document appelé « règlement intérieur ».</p> <p>Il existe un contrat de séjour à l'unité « mère-nourrisson » et à « l'hébergement mixte ».</p> <p>Le contrat de séjour est signé sur la première page.</p>	<p>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 règlement de fonctionnement n'est pas affiché visiblement dans chaque unité du CSAPA.</p> <p>Le contrat de séjour et le DIPC ne sont pas complètement conformes dans leurs compositions à l'article L .311-4 du CASF.</p> <p>Seule la première page du contrat de séjour est signée et ne permet pas de savoir si les autres pages ont été lues.</p> <p>Le contrat de séjour n'est pas signé par la direction ou l'encadrement.</p>		<p>outils de la loi 2002-2, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le règlement de fonctionnement,</li> <li>○ le livret d'accueil,</li> <li>○ le contrat de séjour,</li> <li>○ le DIPC.</li> </ul>	

### 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 ?</p> <p>La signalétique permet-elle un repérage facile des différents lieux et locaux ?</p> <p>Existe-t-il des freins pour l'accueil de certains handicaps ?</p> <p>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>Les locaux du CSAPA hébergement mixte ont été classés par la commission de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, en « Habitation » le 06/11/2015.</p> <p>L'unité « Mère-Nourrisson » est un bâtiment en RDC exclusivement. Il n'y a aucune marche. Toutefois les portes ne permettent pas le passage en fauteuil roulant. Les sanitaires (toilettes, salle d'eau) ne sont pas adaptés non plus au public en situation de handicap physiques.</p> <p>Les pièces des trois unités sont parfois signalées, mais elles ne le sont pas toutes et pas de façon harmonisée.</p> <p>Hormis le CSAPA hébergement "UMN", un peu plus excentré, les différentes adresses du CSAPA Hébergement ainsi que du CSAPA Ambulatoire sont concentrées dans un même quartier dont le Cirque est le point de repère pour indiquer aux usagers l'endroit où ils doivent se rendre.</p>	<p>Visite des lieux</p> <p>PV de la commission de sécurité</p>	<p>Chef de services</p> <p>Equipe éducative</p>



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Un choix stratégique de signaler :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ discrètement le CSAPA ambulatoire,</li><li>○ clairement le camion de l'unité mobile,</li><li>○ de ne pas stigmatiser les 3 unités d'hébergement.</li></ul> <p>Des locaux déclarés conformes par la commission de sécurité</p>	<p>Une signalétique intérieure inégale et non harmonisée dans son aspect.</p> <p>Les locaux de l'unité mixte collective et semi-collective ne sont pas adaptés au public en situation de handicap physique et sensoriel.</p> <p>Les locaux ne peuvent pas s'adapter au public en situation de handicap physique.</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><b>A l'unité mixte :</b> La première évaluation des besoins est réalisée par la chef de service lors d'un entretien spécifique, lors duquel elle présente les locaux. Les usagers ont le choix de la chambre et donc du voisin. Si cela est possible, ils peuvent avoir une chambre seule. Les femmes sont toujours hébergées dans une chambre individuelle.</p> <p>Dans les données informatisées, notamment le tableau de suivi pour augmenter la sécurité et la confidentialité, seul le prénom de l'usager est noté, accompagné de la première lettre de son patronyme.</p> <p>Les habitudes alimentaires culturelles sont respectées.</p> <p><b>A l'UMN,</b> les chambres sont toutes individuelles et destinées à la mère et son enfant. Il peut y avoir des visites de la famille, du père de l'enfant. Celles-ci sont très encadrées et se déroulent à l'unité mixte semi-collective.</p>	<p>Observation</p> <p>Visite des lieux</p> <p>Entretien</p>	<p>Usagers</p> <p>Equipe pluridisciplinaire</p>

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Il n'y a aucune visite autorisée dans les locaux de l'UMN.</p> <p>Les IDE du CSAPA Ambulatoire qui reçoivent également les usagers des autres établissements du Mail pour des soins, estiment qu'entre 10 et 11 h la salle d'attente devant l'infirmierie ne permet plus le maintien de l'intimité et de la confidentialité due à l'usager, car il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Respect des habitudes alimentaires culturelles.</p> <p>Respect de la confidentialité des personnes accueillies.</p> <p>Une anonymisation partielle du patronyme.</p> <p>Un respect de l'intimité.</p> <p>Un respect du temps de « ressourçage » ou de reconstruction de l'individu.</p> <p>Le choix pour l'usager d'une chambre double ou individuelle (quand cela est possible)</p> <p>Mixité bien vécue par tous.</p>	<p>Encore des chambres communes.</p>			<p><i>Si des travaux de rénovations des locaux sont envisagés penser aux chambres communicantes</i></p>

### 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
Le secret professionnel est largement évoqué dans l'ensemble des pièces techniques et la confidentialité est un thème fréquemment abordé. Le dossier de l'utilisateur n'est pas informatisé et donc il n'y a pas eu de déclaration à la CNIL de faite.	Rapport d'activité Projet thérapeutique Référentiel d'évaluation : DR 3.3.3

Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)	Personnes à rencontrer
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 ?	Equipe pluridisciplinaire



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
Concernant les trois unités : Unité mixte collective, semi collective et à l'UMN : <ul style="list-style-type: none"> <li>les dossiers en cours sont dans tiroirs qui ferment à clef,</li> <li>les dossiers à archiver sont dans un bureau fermé à clé,</li> <li>la porte du bureau qui les contient est toujours fermée à clef quand le bureau n'est pas occupé par un professionnel.</li> </ul>	Entretien Observation Visite des lieux	Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
La confidentialité des dossiers est préservée.  Ils sont dans un endroit sécurisé.	Un archivage des dossiers à parfaire.	/	Mettre en place une procédure d'archivage des dossiers.  Faire respecter cette procédure.	/

**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**

<b>Analyse documentaire</b>	<b>Documents concernés</b>
<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>

<b>Questionnement évaluatif (d'après les 9 pièces techniques)</b>	<b>Personnes à rencontrer</b>
<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
<p>Il existe des groupes très réguliers (tous les quinze jours) de l'analyse des pratiques professionnelles par un consultant externe de formation psychanalytique.</p> <p>Il existe un cahier des plaintes mais il n'y a pas de fiche d'événements indésirables à la disposition de tous (personnel, usagers, partenaires, proches)</p>	Entretiens	Equipe pluridisciplinaire



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Il y a des groupes d'analyses des pratiques professionnelles réguliers (tous les 15 jours)</p> <p>Le personnel a la culture de la bientraitance.</p> <p>Elle est ancrée dans la culture de l'association.</p> <p>Existence d'un cahier des plaintes</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>	Désigner un référent bientraitance.	<p>Communiquer et diffuser sur les RBPP de l'ANESM.</p> <p>Mettre en œuvre les fiches d'évènements indésirables (FEI).</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>	/

**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.</p> <p>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.</p> <p>Le personnel a été formé aux règles de sécurité incendie.</p> <p>Sur place seront observées les applications de la norme HACCP et RABC.</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 ?</p> <p>Quelles sont les situations de crise que vous avez listées ?</p> <p>Comment avez-vous mis en place les procédures de gestion de crise.</p> <p>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 ?</p> <p>Comment les comportements violents possibles sont-ils identifiés ?</p> <p>Comment les risques sont-ils évalués ?</p> <p>Existe-t-il des mesures préventives ?</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>



Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>Les usagers sont respectueux entre eux et envers l'équipe pluridisciplinaire. Il n'y a pas de violence et le climat est serein.</p> <p>Les <b>visites de conformité</b> ont déclaré conformes les trois lieux d'hébergement. Concernant le classement sécurité des lieux des établissements déjà existants, les maisons (semi-collectifs, collectif et UMN) ont été classées en type de Foyer logement et dépendent de la réglementation "habitation" en vigueur lors du dépôt du permis de construire.</p> <p>Les <b>registres de sécurité</b> sont présents. il existe des contrats de maintenance afin d'assurer le bon fonctionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o des chaudières,</li> <li>o des SSI (système de sécurité incendie),</li> <li>o des alarmes.</li> </ul> <p><b>Intrusion :</b> Afin d'éviter de stigmatiser la population accueillie et d'assurer une période d'abstinence sereine, les maisons ne sont pas signalées par des plaques extérieures.</p> <p><b>Hygiène de la literie :</b> les matelas sont protégés par une housse plastifiée qui est nettoyée et désinfectée après chaque départ. L'oreiller et la couette sont nettoyés en teinturerie.</p> <p><b>Entretien de la chambre et des pièces à vivre :</b> le ménage est fait avec l'usager et l'éducateur spécialisé, cette action permettant à l'usager de retrouver les gestes de la vie quotidienne.</p> <p><b>Entretien du linge :</b> Afin de respecter des règles d'hygiène, le linge de chaque usager est lavé séparément. le linge commun (table, vaisselle....) fait l'objet d'une lessive séparée.</p>	<p>Visite des lieux</p> <p>Educateur spécialisé</p> <p>chef de service</p> <p>Educatrice spécialisé de garde la nuit.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire</p>



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>Les deux maisons de l'hébergement sont classées en foyer logement.</p> <p>Les contrats de maintenance sont faits.</p>	<p>Des marches isolées non signalées.</p> <p>Des poutres non signalées (89).</p> <p>Des escaliers (où échelles) très raides (154 et 89).</p> <p>Pas de compilation des procédures de sécurité dans un plan bleu.</p>	/	<p>Ecrire les procédures de sécurité telles que par exemple sur les préventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de la gale,</li> <li>○ des gastroentérites,</li> <li>○ de l'entretien de la chaudière</li> <li>○ légionellose,</li> <li>○ etc...</li> </ul> <p>Les compiler dans un plan bleu.</p>	<p><i>Le plan bleu est au médico-social ce que le plan blanc est au sanitaire (hôpitaux).</i></p>

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

Analyse documentaire	Documents concernés
La gestion des médicaments est également expliquée dans le référentiel d'autoévaluation. "L'équipe s'assure de la concordance de l'ordonnance et de la délivrance. Le traitement est dans la pharmacie dans le bureau fermé à clef. L'équipe s'assure que la prescription du médecin est suivie par le résident (vérification de la prise effective). ....	Référentiel d'auto évaluation page 46 et 47

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>Il n'y a pas de distribution de médicaments, notamment la Méthadone, au CSAPA Hébergement <b>mixte collectif et semi-collectif</b>. L'infirmier du CSAPA ambulatoire est aussi celle des CSAPA d'hébergement.</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'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.</p> <p>Les infirmières sont au nombre de quatre. 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'utilisateur. L'utilisateur signe dans ce cas la fiche du classeur nommée</p>	Entretiens	Equipe éducative  Infirmières diplômées d'état.

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>"traitement à emporter"</p> <p>Le CSAPA hébergement peut assurer une "bobologie", toutefois il n'assure pas les soins infirmiers.</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 et envers les jeunes usagers du CAARUD pour une information sur la vie affective et sexuelle.</p> <p>A l'unité "Mère-Nourrisson" les médicaments des personnes hébergées (les mères et les enfants) sont conservés dans le bureau du personnel dans des tiroirs qui ferment à clé dont les clés sont détenues par le personnel.</p> <p>Les traitements substitutifs sont pris au CSAPA ambulatoire tous les deux jours et délivrés pour le lendemain. Le vendredi les mères emportent la dose pour le week-end. Il y a donc trois passages par semaine au CSAPA ambulatoire, les mardis, mercredis et vendredis pour les usagers du CSAPA hébergement UMN.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>Des soins de qualité adaptés et personnalisés à l'utilisateur.</p> <p>Des commissions méthadone.</p> <p>Une tenue rigoureuse de l'administration de méthadone.</p> <p>Une responsabilisation de l'utilisateur dans la prise de son traitement.</p>	<p>Pas de dossier de liaison en urgence (DLU).</p>	<p>Mettre en place un DLU</p>	<p>/</p>	<p>/</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><b>La sécurité des personnes :</b> 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><b>La sécurité des biens :</b> 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><b>Transports:</b> Les équipes disposent d'un garage pour y stationner des véhicules. A l'unité « Mère-Nourrisson » il y a un parking accueillant cinq véhicules. La gestion de la logistique concernant le parc automobile est sous la responsabilité du directeur adjoint.</p> <p><b>Personnes :</b> Il n'y a pas de défibrillateur. Il y a toujours un cadre d'astreinte qui peut intervenir la nuit. Le personnel est formé aux premiers secours (secourisme).</p> <p><b>Présence médicale :</b></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>Les usagers de l'hébergement mixte et de L'UMN bénéficient de la présence de l'équipe médicale qui est présente au "CSAPA Ambulatoire" qu'ils peuvent aller consulter au 18 rue Delpech.</p> <p>Les horaires de présence des médecins sont organisés de façon à ce qu'il y ait chaque jour un médecin couvrant des plages horaires différentes.</p> <p>Les trois unités du CSAPA Hébergement bénéficient, via le CSAPA ambulatoire de la présence de médecin. Les plages horaires de présence des médecins couvrent certains matins et certaines après-midi du lundi au vendredi.</p> <p><b>Intrusions :</b> La nuit venue, la vérification de la fermeture de la porte côté jardin de l'unité mixte est vérifiée par l'éducateur spécialisé, la porte est obligatoirement fermée à clef. Tous les murs de la cour sont mitoyens et les maisons voisines appartiennent à des particuliers.</p> <p><b>Incendie :</b> Le personnel reçoit une formation pour lutter contre l'incendie. Il y a un SSI dans les différents lieux d'hébergement. Il est vérifié régulièrement par un électricien. Au CSAPA mixte la centrale est située dans le séjour (où salle d'activités) et un relais du SSI est situé dans la chambre de veille</p> <p>La porte d'entrée qui donne sur la rue reste la nuit non fermée à clef, afin, en cas d'incendie, de permettre la sortie des personnes. Bien évidemment, on ne peut ouvrir la porte de la rue. En cas d'incendie, le point de rassemblement est le 154. Au regard de la configuration des lieux, il ne peut y avoir le point de rassemblement incendie d'établissement possédant un établissement situé au milieu d'un espace vert.</p> <p>Si l'alarme sonne au "154" (semi collectif) le 89 (collectif) est prévenu et toutes les personnes du 89 doivent venir se regrouper au 154. Il y a des détecteurs de fumée.</p> <p><b>Sécurité des biens des usagers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Chambre :</b> les usagers disposent d'une table de nuit qui ferme à clef et d'une armoire qui peut se fermer à clef au moyen d'un cadenas individuel.</li> <li>○ <b>L'entretien du linge des usagers</b> est procéduré. Outre le fait que la lessive est individualisé par raison d'hygiène, les usagers ne peuvent pas sortir le linge lavé de la machine si ce n'est pas le sien et ceci dans le but de maintenir la sérénité du climat et de prévenir d'éventuel conflit entre usagers. cette procédure est respectée par tous les usagers.</li> </ul>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p><b>Cuisine de l'unité mixte :</b>  Belle cuisine professionnelle, propre et bien entretenue. les usagers respectent les règles d'hygiène données par l'équipe éducative très proches de la norme HACCP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o un lave-vaisselle désinfecte rapidement la vaisselle</li> <li>o un grand ménage est fait le samedi,</li> <li>o les serviettes sont jetables et il n'y a pas de torchons,</li> <li>o les restes des repas sont jetés,</li> <li>o la température du congélateur est surveillée,</li> <li>o la feuille de température n'est plus affichée sur le réfrigérateur. il est cependant remarqué par l'équipe présente, que le réfrigérateur/congélateur possède une alarme qui sonne en cas de dysfonctionnement de cet appareil</li> </ul> <p><b>Présence de nuit :</b>  A l'unité mixte collective il y a une chambre de veille qui est occupée par un des éducateurs de l'équipe selon un roulement validé par la chef de service.</p> <p><b>Plan canicule :</b>  Dans les chambres de l'unité collective il y a une climatisation réversible permettant à l'usager d'adapter la température de la chambre au climat.  Il y a près des points d'eau des SHA (solutés hydro alcoolique) pour l'hygiène des mains.</p> <p>Pas de plan bleu qui compile les procédures.</p>		



Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>La sécurité incendie est réalisée.</p> <p>Un mobilier « sécuritaire » pour les nourrissons de l'UMN.</p> <p>Une cuisine à l'unité mixte avec un matériel professionnel, bien que la norme HACCP ne</p>	<p>Pas de défibrillateur.</p> <p>Pas de plan bleu.</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>	/

Synthèse		Pistes d'amélioration		
Points Forts	Points faibles	Propositions	Préconisations	Interprétation
<p>s'applique pas.</p> <p>Des normes d'hygiène respectées.</p> <p>Pour l'UMN une cuisine de type familial avec un endroit dédié pour la préparation et le nettoyage des biberons.</p> <p>Pour le semi collectif, une kitchenette de type familial.</p> <p>Des buanderies présentes dans les trois lieux.</p> <p>L'association est propriétaire du parc automobile.</p> <p>Peu d'usagers transportés.</p> <p>Beaucoup de vélos et matériel d'équipement à disposition des usagers.</p> <p>Note d'information pour rappeler les bonnes pratiques de la conduite automobile.</p>	<p>La température du réfrigérateur n'est plus relevée (thermomètre perdu), a l'unité mixte collective.</p> <p>Pas de déclaration sur l'honneur du salariés, de prévenir immédiatement son employeur en cas de retrait ou une suspension de leur permis de conduire.</p> <p>Pas d'indication sur la carte professionnelle du salarié, du transport possible en voiture de l'association de jeunes enfants.</p>		<p>Compiler ces procédures dans un plan bleu (gestion des risques).</p> <p>Mettre en œuvre la liste de tous les documents qualités en cours.</p> <p>Remettre au nouvel arrivant (salariés, stagiaire) la liste des documents qualité via le dossier du nouvel arrivant.</p> <p>Remettre en place un relevé des températures</p>	

### 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, mais il n'est pas informatisé. la visite sur site permettra d'approfondir ce point	L'ensemble des pièces techniques et le référentiel d'auto évaluation page 18

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>L'archivage des dossiers à la fois médicaux 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.</p> <p>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 fermant à clef, mais quand les professionnels ne sont pas là, le bureau est fermé à clef.</p> <p>Une réflexion est en cours sur l'informatisation du dossier de l'utilisateur, et 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>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>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'usager.</p> <p>Les admissions et les fins de séjour sont tracées dans des tableaux de suivi.</p> <p><b>Le dossier de l'usager</b> aux unités mixtes comprend :</p> <p><b>la pochette plastique rose</b> : le <b>contrat de séjour</b> qui est une feuille A3 pliée. Ce contrat de séjour est signé sur la page de couverture par le résident, le référent, mais il n'est pas signé par la chef de service ou la direction. Les trois autres pages ne sont pas paraphées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La pochette contient des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la première page sur les données administratives et l'état civil,</li> <li>• les pages du milieu étant des encadrés génériques valables pour tous les usagers</li> <li>• la dernière page sur la synthèse du séjour, c'est à dire : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les ressources,</li> <li>▪ les dettes,</li> <li>▪ la santé,</li> <li>▪ la formation,</li> <li>▪ l'emploi,</li> <li>▪ le familial,</li> <li>▪ la justice,</li> <li>▪ et le tableau des démarches réalisées par l'usager avec la synthèse du tableau provenant du tableur EXCEL mis en place par un des membres de l'équipe et très bien fait</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ le courrier de demande,</li> <li>○ la fiche bristol qui résume les notes de l'entretien téléphonique d'admission et qui est toujours présentée de la même façon : <ul style="list-style-type: none"> <li>• premier encadré gauche : son nom</li> <li>• deuxième encadré droit : d'où il vient</li> <li>• en dessous des encadres il y a parfois les prémisses du projet individuel</li> </ul> </li> <li>○ <b>La pochette bleue</b> : le <b>projet individualisé</b></li> </ul> <p>C'est la proposition de la structure fixant des objectifs, ceci avec l'aval de l'usager et s'il est sous contrat de soin avec l'aval du SPIP.</p> <p>Le projet individualisé est révisé officiellement tous les 3 mois, 6 mois, 9 mois et pour la majorité des usagers bien plus souvent, parfois toutes les semaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>La pochette verte</b> : <b>recueil des informations, Evaluation et demande</b></li> </ul> <p>Un outil d'évaluation est en cours à l'unité mixte via le tableur EXCEL.</p>		

Analyse détaillée sur le site	Preuves	Personnes rencontrées
<p>La pochette comprend les notes du référent / au résident,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les notes du référent / Chef de service,</li> <li>• les notes du référent / à la direction</li> <li>○ Sans pochette mais documents agrafés ensemble : le suivi financier en postcure.</li> <li>• Sont présents les documents sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'état des lieux de la chambre signé par l'usager et l'éducateur spécialisé présent.</li> <li>▪ Les recettes (souvent le RSA) et les dépenses qu'ils font.</li> </ul> </li> <li>○ La pochette jaune : le suivi médical :</li> </ul> <p>Y figurent la première ordonnance et la dernière afin de voir l'évolution du résident. Le reste du suivi médical est à la fois dans le dossier médical gardé dans le bureau médical, et dans le dossier des infirmières situés dans l'infirmierie.</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>Le contenu des dossiers est procéduré.</p> <p>Un suivi régulier de l'évolution des travaux de la Fédération Addiction concernant l'élaboration d'un logiciel spécifique au secteur de l'addictologie.</p> <p>Une volonté de suivre les décisions de la Fédération Addiction.</p>	<p>Pas d'unicité du dossier de l'usager.</p>	/	<p>Mettre en œuvre l'unicité du dossier de l'usager conformément aux dispositions de la loi 2002-2</p> <p>Faire signer le contrat de séjour par la direction ou la personne missionnée officiellement par la direction pour cette signature</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'utilisateur 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 (recommandations 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.

<b>Validation par l'organisme habilité et le commanditaire</b>	
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 – SAAAS – 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 bureau Delphine/Julie		Evaluateur 2 – Magali VAUGARNY petite salle de réunion	
	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
<b>Le 1<sup>er</sup> jour : mardi 7 février 2017 (rue Delpech)</b>				
9h00 à 9h15	Réunion d'ouverture (de toutes les antennes). Grande salle de réunion			
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. Bureau directrice			
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 BOUZAFI
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	Famille	1 parent	CHSCT/DP/CE	Alexis RATEL - François MANABLE Najib AIT OUFKIR Hélène DUQUESNOY
16h45 à 17h15	Usagers du 18	3 usagers	Familles du 18	4 parents

16h45 à 17h15	Consultation de dossiers – procédures – tableaux d’affichage ...			
17h30 à 18h30	Débriefing entre évaluateurs. Petite salle de réunion			
18h30 à 19h45	Débriefing avec le comité de pilotage. Grande salle de réunion			
19h45 à 20h45	Repas (au CSAPA Mixte et à l’Unité Mère-Nourrisson ?)			
Heure	<b>Evaluateur 1 - Roselyne CLARHAUT</b>		<b>Evaluateur 2 - Magali VAUGARNY</b>	
	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	
	<b>2<sup>ème</sup> jour : mercredi 8 février 2017</b>			
9h00 – 10h00	<b>Les partenaires au 18 rue Delpech. Petite salle de réunion</b> 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)		<b>A l’Unité Mère-Nourrisson 267 rue Jean Moulin</b> 1 travailleur social et 1 salarié de la Petite Enfance Les résidentes	
10h00 à 12h00	<b>Au CSAPA mixte 89 rue Gauthier de Rumilly</b> 2 travailleurs sociaux Résidents			
12h00 à 13h00	Repas (déjeuner sur place au 18 rue Delpech)			
13h00 à 16h00	Préparation de la réunion de clôture ; petite salle de réunion			
16h00 à 17h00	Présentation de la réunion de clôture à la direction et au comité de pilotage. Grande salle de réunion			
17h00 à 17h30	Présentation de la réunion de clôture à l’ensemble des personnes invitées par la direction. Grande salle de réunion			

## 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 Hébergement	
Arrêté préfectoral d'autorisation d'exercer	31/03/2010
Projet thérapeutique : CSAPA Hébergement	
N° FINESS	15/06/2016
Rapport d'évaluation interne CSAPA Hébergement	01/03/2012
Règlement intérieur CSAPA Hébergement	
Projet thérapeutique unité mère-nourrisson	
Règlement intérieur mère-nourrisson	
Livret d'accueil Unité mère nourrisson	
Compte rendu de réunion du CHSCT du 28/09/2016	20/02/1980
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

<b>Nom du document</b>	<b>Date</b>
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	
<b>Documents consultés ou obtenus sur place</b>	
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'utilisateur	
recueil information/evaluations/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	
<b>Documents obtenus pendant la phase du Contradictoire</b>	
Procès-verbal de visite d'un établissement recevant du public du 154	06/11/2015

<b>Nom du document</b>	<b>Date</b>
Procès-verbal de visite d'un établissement recevant du public du 267	06/11/2015
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	24/05/2002

# 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"> <li>○ pas de responsable du suivi de l'action de désigné,</li> <li>○ pas d'unité spécifiée.</li> </ul>		<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"> <li>○ Figurer à l'ordre du jour des réunions,</li> <li>○ En débattre autour d'un cas concret.</li> </ul>		<p>Mettre en œuvre une méthodologie d'appropriation des RBPP des secteurs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'addictologie (vert)</li> <li>○ De tous les secteurs (bleu).</li> </ul> <p>Mettre à disposition du personnel les 54 RBPP parues à ce jour soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Par un lien avec internet,</li> <li>○ En mettant à disposition les RBPP dans la bibliothèque de la salle du personnel.</li> </ul>

## 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	<p>Il existe un « projet associatif » pour les ESSMS du Mail.</p> <p>Il existe deux « projets thérapeutiques » spécifiques pour :</p>		<p>Mettre en annexe du projet d'établissement ou de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un glossaire,</li> <li>○ un lexique.</li> </ul>

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>formalisation et 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'hébergement mixte,</li> <li>○ l'unité mère- nourrisson.</li> </ul> <p>Les projets ne respectent 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 et de l'association (CA, CE...)</p> <p>Le projet d'établissement 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 tous les documents, un numéro de version, de mise à jour et une pagination.</p> <p>Insérer un sommaire.</p> <p>Respecter les appellations des projets conformément aux textes de lois et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) validées par l'ANESM.</p> <p>Réécrire les projets (associatifs et d'établissements).</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 ces outils de la loi 2002-2.</p> <p>Déployer le projet d'établissement en projets d'unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mixte collective,</li> <li>○ Mixte semi collective,</li> <li>○ Mère-Nourrisson (UMN).</li> </ul>

#### 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>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>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</p>

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou 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>Un site Internet</p> <p>Pas d'enquêtes de satisfaction pour formaliser la perception des partenaires.</p> <p>Cette articulation n'est pas valorisée dans le projet d'établissement (PE).</p> <p>Cette articulation n'est pas procédurée (risque de perte d'information lors du départ d'un salarié).</p> <p>Des points de rencontres essaimés sur plusieurs lieux géographique, rendant chronophage les déplacements des membres de l'équipe.</p>		<p>propositions ou des préconisations.</p> <p>Introduire les propositions et les 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 gros travail de réalisé par les équipes pour collecter ces données.</p> <p>Il existe des projets personnalisés systématiques dans les unités d'hébergement.</p> <p>Ils sont revus très régulièrement et plusieurs fois dans l'année.</p> <p>Animations centrées sur le réapprentissage des gestes de la vie quotidienne :</p> <p>Des réactualisations très régulières du projet personnalisé.</p> <p>Pas de vision globale d'un service ou d'un établissement (en fonction du FINISS).</p> <p>L'UMN ne possède pas le tableur EXCEL de l'unité mixte.</p> <p>Les projets personnalisés ne sont pas signés par l'utilisateur.</p>		<p>Harmoniser la méthodologie de recueil des données en mettant en place le tableur Excel des unités mixtes à l'UMN</p> <p>Faire signer par l'utilisateur son projet personnalisé.</p> <p>Lui remettre un exemplaire de son projet personnalisé. Décrire les activités proposées aux usagers dans la partie fonctionnement et organisation du projet d'établissement.</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
	<p>L'utilisateur n'a pas d'exemplaire de son projet personnalisé.</p> <p>Peu d'activités manuelles</p> <p>Tous les avenants au projet personnalisés ne sont pas signés.</p>		

### 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
<p>Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers,</p> <p>prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</p>	<p>L'accès au dossier est expliqué dans un ancien document.</p> <p>Il y a eu par le passé des enquêtes de satisfaction.</p> <p>Il y a des boîtes à idées ou des boîtes à questions.</p> <p>Les usagers : « Cela nous permet un nouveau départ », « Ils nous redonnent un cadre », « J'apprécie le Mail car je suis entendue », « Ils ne nous jugent pas et ils nous apprennent à gérer nos problèmes ».</p> <p>Les familles : « C'est un lieu d'écoute, convivial », « Grande disponibilité des équipes », « Donnent des clefs pour des solutions constructives ».</p> <p>La procédure d'accès au dossier de l'utilisateur n'est pas écrite.</p> <p>Pas d'enquêtes de satisfaction à un rythme régulier.</p>		<p>Formaliser par écrit la procédure d'accès au dossier de l'utilisateur.</p> <p>Remettre en œuvre les enquêtes de satisfaction des usagers et proches.</p> <p>Déterminer le rythme de ces enquêtes. Analyser les enquêtes de satisfaction.</p> <p>Déduire de l'analyse de ces enquêtes des préconisations et des propositions.</p> <p>Introduire ces préconisations et ces propositions dans la DACQ.</p>

### 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
<p>Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la</p>	<p>Respect des habitudes alimentaires culturelles.</p> <p>Respect de la confidentialité des personnes accueillies.</p>		<p>Introduire le choix de la chambre double dans le contrat de séjour.</p>

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
<p>dignité et du droit à l'intimité,</p> <p>prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS,</p> <p>dispositions mises 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>Une anonymisation partielle du patronyme.</p> <p>Un respect de l'intimité.</p> <p>Un respect du temps de « ressourçage » ou de reconstruction de reconstruction de l'individu.</p> <p>Le choix pour l'utilisateur d'une chambre double ou individuelle (quand cela est possible)</p> <p>Mixité bien vécue par tous.</p> <p>Les visites de sécurité sont effectuées et les locaux conformes.</p> <p>Un registre de sécurité tenu à jour.</p> <p>Les deux maisons de l'hébergement sont classées en foyer logement.</p> <p>Les contrats de maintenance sont faits.</p> <p>Il y a des groupes d'analyses des pratiques professionnelles réguliers (tous les 15 jours)</p> <p>Le personnel a la culture de la bientraitance.</p> <p>Elle est ancrée dans la culture de l'association.</p> <p>Existence d'un cahier des plaintes</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>Des marches isolées non signalées.</p> <p>Des poutres non signalées (89).</p> <p>Des escaliers (où échelles) très raides (154 et 89).</p> <p>Pas de compilation des procédures de sécurité dans un plan bleu.</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>Ecrire les procédures de sécurité telles que par exemple sur les préventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la gale,</li> <li>○ les gastroentérites,</li> <li>○ l'entretien de la chaudière</li> <li>○ etc...</li> </ul> <p>Les compiler dans un plan bleu</p> <p>Désigner un référent bientraitance. Communiquer et diffuser sur les RBPP de l'ANESM.</p> <p>Mettre en œuvre les fiches d'évènements indésirables (FEI).</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)</p> <p>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.</p> <p>Sur place, des notes ont été prises et lors des entretiens il y a eu une</p>

<b>Items (5 maximum)</b>	
	<p>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) ;</p> <p>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

<b>Commentaires de l'ESSMS</b>	
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 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 formulé, 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 mixte (collective et semi-collective) 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 abordée.

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

Il faut cependant remarquer que l'évaluation interne ne concerne que l'unité mixte et que l'unité "mère-nourrisson" dite L'UMN n'a pas fait l'objet d'une évaluation interne car lorsqu'elle a été réalisée sur l'ensemble des structures en 2011, cette unité venait d'ouvrir.

Toutefois, étant donné qu'il n'y a qu'un seul numéro FINESS pour les deux unités mixtes (collectif et semi-collectif) et l'unité « mère- nourrisson », de ce fait l'évaluation externe à L'UMN est réalisée avant la première évaluation interne, tout en sachant qu'il y a une mutualisation des connaissances et des pratiques des chefs de services lors des réunions, l'UMN bénéficiant ainsi de la démarche continue de la qualité, initiée par les deux unités mixtes.

*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 en 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 autour d'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 « mère-nourrisson ».

Ils ne comportent pas tous :

- la date de diffusion et
- 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).

Le troisième point qui figure dans l'article L 311-8 du CASF : « Si des soins palliatifs sont nécessaires, ils seront à préciser avec les conventions » 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 Hébergement mixte collectif propose aux usagers des activités à l'extérieur centrées sur

- le sport : des clubs de sport ont un abonnement avec l'association le Mail. Cet abonnement fonctionne par carnets de tickets et ceux-ci sont remis à l'utilisateur en fonction des objectifs de son projet individualisé.
- La maison de la culture dite "MACU" fonctionne sur le même principe les activités sportives (ticket)
- Autres : Centrées sur l'extérieur qui concernent :
  - les courses,
  - des sorties à Paris,
  - des voyages (bord de la mer),

Permettant ainsi à l'utilisateur de renouer un lien social avec l'extérieur.

Des sorties peuvent être prévues, généralement initiées par les mères avec le concours du personnel, qui les aide à mettre en œuvre leur projet.

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

Tout le personnel présent est formé et diplômé. 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...)

Les nuits sont assurées par les éducateurs spécialisés ainsi que l'accueil téléphonique, parfois en binôme avec une secrétaire.

L'équipe de direction est composée par :

- La directrice : docteur en médecine et spécialisée dans l'addictologie, la santé publique ainsi que la 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 « Gamblers » 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 y a peu de turn-over et le personnel est relativement stable. Quand un nouveau salarié est embauché, il est parrainé par un professionnel du même métier pendant quelques semaines.

Des documents lui sont remis (règlement intérieur, règlement de fonctionnement, projet thérapeutique, mais il n'y a ni de livret d'accueil pour le nouvel arrivant ni de procédure pour harmoniser entre tous les professionnels l'accueil du nouvel arrivant.

L'accueil des stagiaires n'a pas été évoqué et nous n'en n'avons pas rencontré.

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 des 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 qualités.

*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.

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 et il y a plusieurs formations qualifiantes. Le conseil d'administration est informé sur les orientations de formation à prendre pour la structure et sur les 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 données récoltées concernant la population accueillie sont nombreuses et précises. Elles représentent un important travail réalisé au fil de l'eau par les équipes.

Pour les obtenir, un membre de l'équipe du CSAPA a créé sur un tableur EXCEL sophistiqué, qui permet de renseigner au jour le jour ces données. Dans ce tableur Excel sont présentes des informations :

Sur la première feuille :

1 - les colonnes qui précisent :

- la date de réception d'un courrier
- le nom et le prénom de l'utilisateur,
- le nombre de demandes,
- la date du premier contact,
- la réponse au courrier,
- le nombre de jour du 1er contact,
- les contacts téléphonique (le recueil permet d'aller jusqu'au chiffre 7)
- le nombre d'entretiens,
- les contacts avec les travailleurs sociaux (possibilité d'en renseigner 4),
- le nombre de contacts sociaux,
- le nombre de contact médecins (possibilité d'en renseigner 4)
- les contacts famille ou entourage)
- le nombre contacts famille,
- le total des contacts,
- la réponse : avec les précisions sur la date, si c'est oui, si c'est non, si sans suite, et une colonne pour les infos, le quoi.
- Le nombre de jours, réponse définitive.

2 - Les lignes

- Le nom et le prénom des usagers.

Sur la deuxième feuille du tableur EXCEL, appelée récapitulatif :

Ce sont les résultats de la feuille précédente. La compilation des données récoltées se fait sur les thèmes suivants :

- Nombre de jour 1er contact,
  - Le temps de réponse 1er contact
  - Le temps de réponse définitive
- Nombres d'entretiens
  - Nombre de contacts sociaux,
  - Le nombre total des contacts
  - Le nombre de contacts médicaux
  - Le nombre de contacts famille
  - Le nombre total de ces contacts.
  - Le nombre de réponse « oui »,
  - Le nombre de réponse « non »
  - Le nombre de réponse « pas de suite »
  - Le nombre de contact infos,
- Le nombre total des de réponses « oui et non »
- Le nombre total de demandes
- Le nombre de jours pour la réponse définitive

Ces données permettent ensuite de renseigner le rapport d'activité qui est riche en données unités par unités (semi-collectif – collectif). Ce tableur EXCEL n'existe pas à l'unité « Mère-Nourrisson » qui pourtant fait partie intégrante du CSAPA Hébergement.

Le rapport d'activité reflète l'activité totale des ESSMS du Mail (ambulatoire et hébergement) et non par numéro de FINESS. Il n'offre pas une vision globale dans un seul et même tableau des items abordés avec une classification par unité car il correspond précisément à la demande de l'ARS.

*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 découlent des projets thérapeutiques qui concernent les unités (Hébergement mixte et Unité Mère-Nourrisson).

Bien qu'incomplets dans leur composition, il y a une cohérence entre eux. Cette cohérence se retrouve également avec le projet thérapeutique du CSAPA Ambulatoire.

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 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 et leurs objectifs et de les faire coïncider, mais bien évidemment de commencer la rédaction de l'organisation et du fonctionnement avant.

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 ;*

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.

Les équipes du mail (via ses professionnels) participent à des actions de formation en intra-muros et à l'extérieur.

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.

L'équipe médicale assure également des permanences dans d'autres villes du département comme par exemple Abbeville.

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, notamment l'équipe éducative d'avoir l'habilitation ARS pour réaliser ces prélèvements.

Le Mail est en partenariat au moyen d'une convention générale parfois appelée "habilitation" avec les conseillers du SPIP et donc du ministère de la Justice pour les "contrats de soins" et les travaux d'intérêts généraux (TIG). Parfois des éléments de preuve nécessaires à une audience sont demandés dans des délais très brefs (12 h pour une audience à 14h) au personnel du CSAPA

Ces usagers ont donc une obligation de soin rigoureuse. La traçabilité des échanges avec ce partenaire est réalisée. Ils n'utilisent jamais les "SMS".

Les résidentes de l'UMN ne sont pas forcément originaires du département de la Somme et peuvent venir d'autres départements. Elles ne sont pas sous contrainte de justice et ont généralement été orientées par les maternités ou autre unité mère enfant.

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 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 ;*

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 « Mère-Nourrisson ». 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.

Il existe entre l'association « l'Ilot » et l'association « le Mail » une convention de partenariat 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 usagers sont fréquemment appelés à se déplacer à l'extérieur afin de les confronter avec la rue, avec les autres.

Les déplacements des usagers des unités mixtes au CSAPA Ambulatoire sont fréquents, ne serait-ce que pour l'administration des médicaments qui se fait uniquement là.

Beaucoup d'activités sont faites vers l'extérieur (usagers et équipe pluridisciplinaire).

L'équipe pluridisciplinaire reçoit au CSAPA semi collectif des personnes venant assister aux formations proposées par elle et parfois aussi en collaboration avec les partenaires. (pour exemple la puéricultrice du CH de Saint Quentin et la psychologue de l'unité « Mère-Nourrisson »).

Il existe des plaquettes d'informations sur les différents services de l'association "Le Mail" afin de communiquer avec l'extérieur.

## **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 ;*

A l'unité "Mère-Nourrisson" il y a un référent de nommé pour la mère et un référent de nommé pour l'enfant.

Un séjour d'évaluation à l'UMN est mis en place. Il est de 15 jours à 1 mois et permet à l'équipe d'observer comment la mère « s'en sort » avec son nourrisson.

Aux deux unités d'hébergements sont désignés un référent et un co-référent. L'utilisateur rencontre obligatoirement un travailleur social avant de rencontrer un des médecins.

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 de séjour, 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.

Ce recueil se fait sur :

- la situation matrimoniale et l'entourage,
- le logement,
- la formation,
- le permis de conduire,
- la CNI
- la situation professionnelle,
- les ressources,
- les dettes,
- les addictions,
- le traitement
- la santé (soins dentaires, ophtalmo,
- la couverture sociale,
- la situation judiciaire

Cette même fiche est renseignée à 6 mois et à un an, a minima.

*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.*

Afin d'avancer dans la réalisation des objectifs de son projet personnalisé, notamment la recherche d'emploi, des démarches administratives, etc... les usagers du CSAPA hébergement disposent d'un ordinateur dédié sur lequel ils peuvent entrer par la session "invité ».

Ce PC a été formaté pour retenir le moins d'informations possibles afin d'optimiser la confidentialité.

Les usagers suivent régulièrement avec l'équipe éducative l'avancée de leur projet et l'atteinte de leurs objectifs.

Le fonctionnement est identique à l'UMN.

*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 ;*

A l'unité collective l'évaluation des besoins de l'utilisateur se fait :

- Tous deux mois évaluation de son de son projet personnalisé et sa réactualisation avec la chef de service.
- Tous les trois mois l'utilisateur rencontre la directrice du CSAPA pour une évaluation de son projet personnalisé notamment pour l'aspect thérapeutique. A l'UMN cette rencontre n'est pas évoquée.

Au bout de six mois, est réalisée une réunion pour savoir si l'utilisateur est apte à passer de l'unité collective à l'unité semi-collective.

Les modifications du projet personnalisé sont indiquées sur une feuille appelée : « Objectifs de changement ».

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

L'accès au dossier n'est pas indiqué dans les documents actuellement en cours (livret d'accueil, contrat de séjour, DIPC..).

Une pochette de présentation cartonnée due l'association le Mail, qui n'est plus d'actualité mais qui est encore remise aux usagers de l'unité collective, car elle permet de rassembler plusieurs documents dans un seul dossier agréablement présenté.

L'accès au dossier est indiqué dans ses documents présents, mais la procédure pour y accéder n'est pas précisée. Toutefois 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. Cependant les équipes savent 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.

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

Les usagers et les proches rencontrés ne se souviennent pas d'avoir remplis une enquête de satisfaction. Cependant ils précisent, dans la foulée, qu'ils ne sont pas présents depuis longtemps et que s'ils continuent à venir, c'est qu'ils sont satisfaits des prestations reçues !

Dans le règlement de fonctionnement qui nous a été remis sur site avec la pochette 3 volets cartonnée, le règlement de fonctionnement glissé à l'intérieur, mais qui est très ancien puisqu'il porte l'adresse du 51 Mail Albert 1er BP 415 précise l'existence d'enquêtes de satisfaction et d'un groupe d'expression des usagers du CTR (Post Cure).

Depuis les enquêtes de satisfaction auprès des usagers semblent arrêtées. Mais il y a des boîtes à idées, des boîtes à questions, dans les différentes unités.

A l'unité « Mère-Nourrisson », il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction, ni pendant le séjour, ni après la sortie.

#### *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 groupes d'expressions des usagers sont en place aux unités d'hébergement. Les thèmes évoqués sont à la fois personnel et à la fois axés sur le fonctionnement collectif de la structure. Un compte rendu est fait sur le cahier de liaison de l'équipe.

Aux alentours de 2014, il y a eu une forme de participation des usagers plus construite. Elle était procédurée et le groupe se réunissait deux fois par an. Le compte rendu était écrit avec l'utilisateur et le professionnel, c'était une co-rédaction.

Actuellement il existe un cahier pour les questions des usagers et les réponses sont écrites à côté et des boîtes à idées, encore appelées des boîtes à questions au CSAPA hébergement collectif et au CSAPA semi-collectif.

A l'UMN le groupe d'expression se construit et le dimanche les équipes et les usagers se posent et discutent, mais cela reste informel et n'est pas tracé par écrit.

Les familles précisent : *« c'est une équipe professionnelle qui fait de la prévention sans être culpabilisante. Les professionnels ne jugent pas ».*

Mais ce sont des lieux d'écoute et d'expression personnelle, plutôt que des instances représentatives des usagers et des proches, discutant du fonctionnement de la structure et donnant un avis consultatif sur les outils de la loi 2002-2, tels que le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement...

A l'unité mixte collective il y a un groupe d'expression qui se réunit tous les mercredis soir. Les discussions portent sur la vie du groupe. Les soirées films, soit au cinéma soit à la télévision, sont décidées.

A l'UMN, il existe un groupe de parole en lien avec les addictions. Les personnes accueillies ont la possibilité de rencontrer la psychologue une fois par semaine sur site. Il n'y a pas d'autre groupe constitué pour l'expression des usagers au regard du contexte difficile de la population accueillie : précarité, addiction, présence d'un nouveau-né, pour des durée de six mois renouvelable une fois.

Les décisions du groupe d'expression sont parfois tracées au tableau mural, mais il n'existe pas :

- d'ordre du jour diffusé avant,
- de compte rendu des décisions du groupe d'expression,
- de signature par un représentant des usagers du compte rendu réalisé.

- d'archivage de ces comptes rendus.

Les décisions sont centrées sur les activités, elles concernent peu les documents officiels de la structure tels le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement...

Les équipes pourraient s'appuyer sur la RBPP de l'ANESM pour déterminer « la participation des usagers dans des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie », mais cette recommandation de l'ANESM n'est pas connue de l'équipe transdisciplinaire.

## **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 ;*

L'accès au dossier de l'utilisateur est facilité quand l'utilisateur est dans les lieux. L'équipe éducative le présente et accompagne l'utilisateur lors de la lecture. Les demandes sont rares.

Quand l'utilisateur a quitté la structure il doit faire la demande par écrit à la direction et la consultation du dossier se fait en présence la chef de service.

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 contrat de séjour est utilisé dans les structures d'hébergement mixte et à l'UMN. Il a approximativement la même présentation que le DIPC, c'est à dire :

- les engagements de l'équipe de la « postcure »,
- les engagements du résident,
- un encadré spécifique aux personnes mineures,
- les conditions financières du jour,
- les conditions de résiliation du séjour,
- les recours du résident, privilégiant la conciliation à l'amiable mais n'informant pas sur le nom des personnes qualifiées disposées par un arrêté préfectoral.

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 l'affichage n'est pas toujours très visible.

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)

La liste des personnes qualifiées n'est pas diffusée.

Les locaux du CSAPA hébergement mixte sont classés par la commission de sécurité en « type Habitation »

L'unité « Mère-Nourrisson » est un bâtiment en RDC exclusivement. Il n'y a aucune marche. Toutefois les portes ne permettent pas le passage en fauteuil roulant. Les sanitaires (toilettes, salle d'eau) ne sont pas adaptés non plus au public en situation de handicap physiques.

A l'UMN, les chambres sont toutes individuelles et destinées à la mère et son enfant. Il peut y avoir des visites de la famille, du père de l'enfant après le premier mois de la vie de l'enfant. Celles-ci sont très encadrées et se déroulent soit à l'unité mixte collective ou l'unité mixte semi-collective. Il n'y a aucune visite autorisée dans les locaux de l'UMN.

Les pièces des trois unités sont parfois signalées, mais elles ne le sont pas toutes et pas de façon harmonisée.

Hormis le CSAPA hébergement "UMN", un peu plus excentré, les différentes adresses du CSAPA Hébergement ainsi que du CSAPA Ambulatoire sont concentrées dans un même quartier dont le Cirque est le point de repère pour indiquer aux usagers l'endroit où ils doivent se rendre.

A l'unité mixte :

La première évaluation des besoins est réalisée par la chef de service lors d'un entretien spécifique, lors duquel elle présente les locaux. Les usagers ont le choix de la chambre et donc du voisin. Si cela est possible, ils peuvent avoir une chambre seule. Les femmes sont toujours hébergées dans une chambre individuelle.

Dans les données informatisées, notamment le tableau de suivi pour augmenter la sécurité et la confidentialité, seul le prénom de l'utilisateur est noté, accompagné de la première lettre de son patronyme.

Les habitudes alimentaires culturelles sont respectées.

Les IDE du CSAPA Ambulatoire qui reçoivent également les usagers des autres établissements du Mail pour des soins, estiment qu'entre 10 et 11 h la salle d'attente devant l'infirmerie ne permet plus le maintien de l'intimité et de la confidentialité due à l'utilisateur, car il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente.

Concernant les trois unités : Unité mixte collective, semi collective et à l'UMN :

- les dossiers en cours sont dans tiroirs qui ferment à clef,
- les dossiers à archiver sont dans un bureau fermés à clef,
- la porte du bureau qui les contient est toujours fermée à clef quand le bureau n'est pas occupé par un professionnel.

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

Il existe un cahier des plaintes mais il n'y a pas de fiche d'événements indésirables à la disposition de tous (personnel, usagers, partenaires, proches)

*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 ;*

Les usagers sont respectueux entre eux et envers l'équipe pluridisciplinaire. Il n'y a pas de violence et le climat est serein.

- Les visites de conformité ont déclaré conformes les trois lieux d'hébergement. Concernant le classement sécurité des lieux des établissements déjà existants, les maisons (semi-collectifs, collectif et UMN) ont été classées en type de Foyer logement et dépendent de la réglementation "habitation" en vigueur lors du dépôt du permis de construire.
- Les registres de sécurité sont présents. il existe des contrats de maintenance afin d'assurer le bon fonctionnement :
  - des chaudières,
  - des SSI (système de sécurité incendie),
  - des alarmes.
- Intrusion :

Afin d'éviter de stigmatiser la population accueillie et d'assurer une période d'abstinence sereine, les maisons ne sont pas signalées par des plaques extérieures.

- Hygiène de la literie :

Les matelas sont protégés par une housse plastifiée qui est nettoyée et désinfectée après chaque départ. L'oreiller et la couette sont nettoyés en teinturerie.

- Entretien du linge :

Afin de respecter des règles d'hygiène, le linge de chaque usager est lavé séparément. Le linge commun (table, vaisselle....) fait l'objet d'une lessive séparée.

- Il n'y a pas de distribution de médicaments, notamment la Méthadone, au CSAPA Hébergement mixte collectif et semi-collectif. L'infirmier du CSAPA ambulatoire est aussi celle des CSAPA d'hébergement.

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'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.

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".

Le CSAPA hébergement peut assurer une "bobologie" toutefois il n'assure pas les soins infirmiers.

A l'unité "Mère-Nourrisson" les médicaments des personnes hébergées (les mères et les enfants) sont conservés dans le bureau du personnel dans des tiroirs qui ferment à clé dont les clés sont détenues par le personnel.

Les traitements substitutifs sont pris au CSAPA ambulatoire tous les deux jours et délivrés pour le lendemain. Le vendredi les mères emportent la dose pour le week-end. Il y a donc trois passages par semaine au CSAPA ambulatoire, les mardis, mercredis et vendredis pour les usagers du CSAPA hébergement UMN.

- Transports :

Les équipes disposent d'un garage pour y stationner des véhicules. A l'unité « Mère-Nourrisson » il y a un parking accueillant cinq véhicules.

La gestion de la logistique concernant le parc automobile est sous la responsabilité du directeur adjoint.

- Personnes :

Il n'y a pas de défibrillateur. Il y a toujours un cadre d'astreinte qui peut intervenir la nuit. Le personnel est formé aux premiers secours (secourisme).

- Présence médicale :

Les usagers de l'hébergement mixte et de L'UMN bénéficient de la présence de l'équipe médicale qui est présente au "CSAPA Ambulatoire" qu'ils peuvent aller consulter au 18 rue Delpech.

Les horaires de présence des médecins sont organisés de façon à ce qu'il y ait chaque jour un médecin couvrant des plages horaires différentes.

Les trois unités du CSAPA Hébergement bénéficient, via le CSAPA ambulatoire de la présence de médecin. Les plages horaires de présence des médecins couvrent certains matins et certaines après-midi du lundi au vendredi.

- Intrusions :

Lors de la vérification de la fermeture de l'unité mixte collective la nuit par l'éducateur spécialisé, la porte donnant sur la cour et le jardin doit obligatoirement être fermée à clef. Tous les murs de la cour sont mitoyens et les maisons voisines appartiennent à des particuliers.

- Incendie :

Le personnel reçoit une formation pour lutter contre l'incendie. Il y a un SSI dans les différents lieux d'hébergement. Il est vérifié régulièrement par un électricien. Au CSAPA mixte la centrale est située dans le séjour (où salle d'activités) et un relais du SSI est situé dans la chambre de veille

La porte d'entrée qui donne sur la rue reste la nuit non fermée à clef, afin, en cas d'incendie, de permettre la sortie des personnes. Bien évidemment, on ne peut ouvrir la porte de la rue.

En cas d'incendie, le point de rassemblement est le 154. Au regard de la configuration des lieux, il ne peut y avoir le point de rassemblement incendie d'établissement possédant un établissement situé au milieu d'un espace vert.

Si l'alarme sonne au "154" (semi collectif) le 89 (collectif) est prévenu et toutes les personnes du 89 doivent venir se regrouper au 154. Il y a des détecteurs de fumée.

- Sécurité des biens des usagers :
  - Chambre : les usagers disposent d'une table de nuit qui ferme à clef et d'une armoire qui peut se fermer à clef au moyen d'un cadenas individuel.
  - L'entretien du linge des usagers est procéduré. Outre le fait que la lessive est individualisé par raison d'hygiène, les usagers ne peuvent pas sortir le linge lavé de la machine si ce n'est pas le sien et ceci dans le but de maintenir la sérénité du climat et de prévenir d'éventuel conflit entre usagers. cette procédure est respectée par tous les usagers.

- Cuisine de l'unité mixte :  
Belle cuisine professionnelle, propre et bien entretenue. Les usagers respectent les règles d'hygiène données par l'équipe éducative très proches de la norme HACCP.

- un lave-vaisselle désinfecte rapidement la vaisselle
- un grand ménage est fait le samedi,
- les serviettes sont jetables et il n'y a pas de torchons,
- les restes des repas sont jetés,
- la température du congélateur est surveillée, mais celle du réfrigérateur ne peut plus l'être car il n'y a plus de thermomètre.
- la feuille de température n'est plus affichée sur le réfrigérateur. il est cependant remarqué par l'équipe présente, que le réfrigérateur/congélateur possède une alarme qui sonne en cas de dysfonctionnement de cet appareil

- Présence de nuit :  
A l'unité mixte collective il y a une chambre de veille qui est occupée par un des éducateurs de l'équipe selon un roulement validé par la chef de service.

- Plan canicule :  
Dans les chambres de l'unité collective il y a une climatisation réversible permettant à l'utilisateur d'adapter la température de la chambre au climat.

- Hygiène des mains :  
Il y a près des points d'eau des SHA (solutés hydro alcoolique).

Pas de plan bleu qui compile les procédures.

Tous les dossiers thérapeutiques des usagers centralisés à l'infirmerie du CSAPA ambulatoire sont informatisés. Pour préserver l'anonymat des dossiers, un numéro très hermétique est donné au dossier de l'utilisateur.

Les admissions et les fins de séjour sont tracées dans des tableaux de suivi.



