



RAPPORT FINAL
D'ÉVALUATION INTERNE

FAHT

Foyer pour Adultes
Handicapés Travailleurs



2013- 2014

APAEI du Sundgau
33 rue de Delle
68210 DANNEMARIE
TÉL 03 89 08 07 70
Courriel Directeur :
p.brandenburger@apaei-dannemarie.fr

1	AVANT PROPOS	5
1.1	Introduction	5
2	La démarche d'évaluation interne	7
2.1	L'organisation de l'évaluation dans le cadre associatif	8
2.2	Les étapes et le calendrier	8
2.3	Les modalités de participation des salariés	9
	LE « GROUPE PROJET ASSOCIATIF » EN CHARGE DE L'EVALUATION	9
	LES « GROUPE PROJET PAR SERVICE »	10
A.	PRESENTATION ET IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE	11
3	HISTOIRE de l'APAEI	13
4	Les valeurs de l'Association	14
4.1	Missions et finalités	14
4.2	Valeurs et principes d'action	15
	Exigence d'amélioration constante de la qualité	15
	Solidarité	15
	Les grandes orientations du projet associatif :	16
5	Présentation de l'établissement et de son environnement	19
5.1	Historique :	19
	Missions et orientations générales de l'établissement.	19
	Agrément	19
	Présentation de la population accueillie.	19
	Présentation de la prise en charge proposée.	20
	Participation des usagers à la vie du foyer.	20
	Evolution et analyse des besoins de la population accueillie	20
B.	Les principaux constats issus de l'évaluation interne	22
6	L'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT	22
7	Les possibilités d'accès par les transports en commun :	23
8	La gestion et mangement des ressources humaines	24
8.1	Procédure et/ou les modalités de recrutement	24
8.2	Intégration des nouvelles recrues et adaptation de leurs compétences	25
8.3	Adéquation des fonctions avec les qualifications	25
9	L'évaluation externe et le management de la qualité	27
10	Le processus d'accueil et d'intégration de la personne dans l'établissement	27
10.1	Le processus d'admission	27
11	Le projet d'établissement	28
11.1	Existence et validité du projet	28
11.2	Le projet d'établissement énonce les orientations et valeurs de l'APAEI :	29
11.3	L'évaluation des besoins et la prise en compte de leur évolution	30
11.4	Adéquation des moyens internes avec les objectifs du service, le recours aux ressources et aux coopérations extérieures	30
12	LA VIE COLLECTIVE AU QUOTIDIEN ET L'INDIVIDUALISATION DE LA PERSONNE	31
12.1	La Gestion institutionnelle de l'espace privé et la préservation de l'intimité :	31
12.2	La gestion du lien familial	32
12.3	Les visites familiales et les sorties en famille	33
12.4	La reconnaissance et la valorisation des compétences familiales	33
12.5	Le soutien à la famille	34
12.6	L'accès au dossier	34
12.7	La protection des données figurant au dossier	34

12.8	Le droit à la vie privée/ règles de vie en collectivité :	34
12.9	Les Conditions de réalisation des actes de la toilette pour les personnes à faible niveau d'autonomie :	35
12.10	Questionnement éthique et gestion des tensions autour du rapport au corps :	36
12.11	Prévention et gestion des risques d'atteinte à l'image et à la dignité des personnes :	36
12.12	Identité et pratiques culturelles/religieuses de la personne accueillie :	37
12.13	La communication avec la personne accueillie	37
12.14	L'alimentation et les conditions de prise de repas	37
	Les prestations alimentaires , les besoins des personnes accueillies et la diététique :	37
	La sécurité alimentaire :	38
	La concertation sur les menus et leur diffusion	39
	Les temps et les conditions matérielles des prises de repas	39
	La fonction éducative et d'apprentissage	40
	La fonction symbolique, identitaire et de socialisation	40
	La fonction d'apprentissage et de socialisation	41
12.15	La blanchisserie, la gestion de la vêtue et l'individualité de la personne	41
	La gestion de la vêtue, l'autonomie et l'identité de la personne accueillie	41
12.16	L'évaluation des rythmes	42
13	L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	43
13.1	Les objectifs visant au développement de l'autonomie	43
13.2	L'accès et accompagnement aux soins	44
13.3	Le soutien à l'autonomie et la prévention des régressions, l'aménagement des conditions matérielles d'accompagnement :	44
13.4	La citoyenneté et l'insertion sociale des personnes accueillies	45
13.5	Le développement durable	46
14	L'élaboration et la conduite et l'évaluation du projet personnalisé	46
14.1	L'analyse de la situation	46
14.2	Le recueil d'informations	47
14.3	La construction du projet personnalisé	48
14.4	La préparation et le suivi de la sortie	48
15	La participation a la vie institutionnelle	49
15.1	La participation des résidents à la vie institutionnelle se traduit par le biais :	49
15.2	Le conseil à la vie sociale : une instance de participation réelle et effective	50
16	La protection des personnes accueillies et la bientraitance	51
16.1	Prévention des risques climatiques, des nuisances et des pollutions	51
16.2	Entretien et hygiène des locaux communs au quotidien	52
16.3	L'hygiène et la sécurité alimentaires	52
16.4	L'identification et analyse des risques infectieux et sanitaires	52
16.5	Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	53
	Diagnostic des troubles de l'humeur et du comportement	53
	La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.	54
16.6	La sécurité des accès, des installations et des équipements automobiles.	54
C.	Le plan d'action et d'amélioration de la qualité des prestations ou RAPPORT FINAL	55
17	AXE I. L'approfondissement des outils institutionnels et leur appropriation	56
17.1	Le projet d'établissement	56
	Réactualiser le projet d'établissement	56
	Diffuser le projet d'établissement	56
	Créer un projet annuel de service.	57
17.2	Le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et contrat de séjour	57
	Compléter le règlement de fonctionnement	57

	Poursuivre la réactualisation du livret d'Accueil, du règlement de fonctionnement et contrat de séjour	57
17.3	Le management des ressources humaines	57
17.4	Le CVS	58
18	Axe II. L'accueil au quotidien des personnes accompagnées et l'exercice de leurs droits	58
19	AXE III L'accompagnement des personnes dans le cadre de leurs projets personnalisé	59
D.	LE PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU	60
20	AXE I L'approfondissement des outils institutionnels et leur appropriation	61
21	AXE II L'accueil au quotidien des personnes accompagnées et l'exercice de leurs droits	63
22	AXE III L'accompagnement des personnes dans le cadre de leurs projets personnalisés	65

1 AVANT PROPOS

Le rapport qui suit est issu du travail de diagnostic et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par notre établissement. Ce travail a été réalisé durant l'année 2013, en application de la loi du 2 janvier 2002 qui fait obligation aux établissements et aux services sociaux et médico-sociaux, d'évaluer leurs activités et la qualité de leurs prestations. La production de ce rapport est conforme au plan rédactionnel recommandé par l'ANESM.

Il est sous-tendu, à la base, par un référentiel d'évaluation élaboré à partir des textes de loi en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, avec l'aide d'un organisme extérieur.

Les conclusions qui alimentent la partie 3 de ce rapport remontent à la date de réalisation de l'évaluation, soit au premier et au deuxième trimestre 2013.

Un certain nombre de préconisations contenues dans ce rapport ont déjà été traduites par des améliorations et des actions correctives. Elles n'apparaissent donc pas dans le plan d'amélioration de la qualité joint au présent rapport d'évaluation.

1.1 Introduction

L'article 312-8 du code de l'action sociale et des familles crée l'obligation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des services qu'ils délivrent. Cette évaluation est introduite dans ce code, par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, *renovant l'action sociale et médico-sociale*, et contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'usager à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adapté à ses besoins (article L. 311-3, 3 du CASF).

L'évaluation doit également permettre, d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné, à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation.

C'est un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe, d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité. Elle doit être distinguée sans équivoque du contrôle notamment mis en œuvre lors des inspections des services concernés.

L'évaluation doit être le point de départ d'un dialogue interne entre les acteurs des différents niveaux de responsabilité, mais, également, entre l'institution et les

autorités publiques, chargées de délivrer et de renouveler les autorisations de fonctionnement.

Le remplacement au premier alinéa de l'article L.312-8 du CASF par l'article 85 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 *de financement de la sécurité sociale pour 2007*, du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), a marqué la volonté du législateur, de doter le secteur social et médico-social d'un outil de mise en œuvre et de suivi des évaluations internes et externes.

L'ANESM a pour mission de valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les ESSMS définis et énumérés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Pour renforcer l'efficacité pratique de cette mission pour les ESSMS, les évaluateurs externes et les autorités compétentes, l'agence mettra, dans un délai raisonnable, à disposition sur son site Internet, des recueils d'évaluations par catégorie d'ESSMS, regroupant pour chacune d'entre elles, l'ensemble des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qu'elle aura validées, ou élaborées, en application de l'article L.312-8 du CASF, et à mettre en œuvre en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les ESSMS définis et énumérés à l'article L.312-1 du CASF.

L'agence habilite également les organismes qui procèdent à l'évaluation externe, et en dresse la liste qui est publiée au bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale en application de l'article D.312-201 du CASF et, par ailleurs, mise à disposition sur le site Internet de l'agence.

Ainsi, le processus d'évaluation interne et externe prévu par le législateur, doit donc s'appuyer, tant pour les procédures et les référentiels que pour la mise en œuvre et le suivi, sur les travaux de l'ANESM qui constitue l'interlocuteur privilégié des services déconcentrés de l'Etat et des agences régionales de santé.

L'évaluation interne, a pour objectif, de permettre de :

- Réaliser un état des lieux des pratiques éducatives, de gestion, d'organisation et de fonctionnement, de management du FAHT
- De mettre en évidence les points faibles et les points forts ;
- De formuler des propositions et des préconisations d'amélioration;

Le présent rapport concerne le FAHT. Le Foyer d'Accueil pour Adultes Handicapés Travailleurs est géré par l'APAEI du Sundgau, qui adhère à l'UNAPEI.

Il adhère pleinement au Projet Associatif et partage avec les autres établissements de l'Association la même finalité : offrir à des bénéficiaires en situation de handicap mental les chances et les moyens d'un plein épanouissement.

Son action a pour seule finalité de favoriser le développement global de personnes déficientes afin de leur permettre d'exercer une pleine et entière citoyenneté.

Dans son projet, le FAHT s'attache à favoriser les relations des bénéficiaires avec leur famille et plus largement leur socialisation.

Les valeurs fondamentales défendues par le FAHT de la Résidence St Jacques sont le respect de chacun, la solidarité entre les membres et l'amélioration constante de la qualité des prestations.

Le FAHT s'engage à respecter et à faire respecter, pour chacun des bénéficiaires accueillis, les droits fondamentaux rappelés dans :

la Charte des droits et libertés de la personne accueillie :

la loi 2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

la loi de février 2005, « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Cette évaluation interne a été réalisée avec le concours d'un intervenant extérieur.

2 La démarche d'évaluation interne

Nous avons travaillé à l'élaboration d'un référentiel associatif regroupant l'ensemble des domaines recommandés par l'ANESM, et notamment sur le référentiel EQUALIS proposé par l'organisme extérieur.

Sur 3 journées, cet intervenant a formé les cadres et les membres du groupe projet FATH.

- A la réalisation du référentiel associatif
- A la méthodologie de mise en œuvre et d'exploitation des résultats de l'évaluation interne, dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité.
- A la définition du plan de progrès et à l'accompagnement des changements rendus nécessaires.

Ont participé à cette formation,

- Francis SCHWOB (encadrant de jour et surveillant de nuit)
- Irène SCHAD (Chef de Service)
- Isabelle BELTZ (Directrice Adjointe)
- Sophie MILLET (Maitresse de maison)

Ces jours de formation, ainsi que plusieurs séances de travail collectif, ont permis de réaliser le référentiel d'évaluation du FATH, faisant apparaître par domaine d'actions ou de prestations :

- Les objectifs de travail
- Les critères d'appréciation communs,
- Les indicateurs d'activités et les sources d'information,
- Les indicateurs d'effets et d'impact sur la personne accueillie

Ce groupe a eu pour objectifs de :

- De s'approprier le référentiel et de le mettre en œuvre
- De décrire et d'argumenter les choix institutionnels, les actions mises en œuvre, les modalités et effets produits,
- D'élaborer un questionnaire de satisfaction en direction des jeunes accueillis,
- De porter une analyse permettant de dégager les points forts et les points faibles,
- De formuler des propositions d'amélioration.

Le groupe a également travaillé à l'exploitation des constats établis, et à la mise en perspective des préconisations d'amélioration, dégagées lors des différents temps d'évaluation.

Cet effort conjoint de revisiter les pratiques du FAHT à partir du document support de l'auto évaluation a permis de repérer clairement le degré de connaissance des différents membres du groupe, des pratiques d'intervention et des prestations fournies aux personnes accueillies.

2.1 L'organisation de l'évaluation dans le cadre associatif

La démarche d'évaluation a nécessité une organisation à mettre en place. Elle a eu lieu suivant un calendrier précis et défini, correspondant à de nombreuses étapes. Cette organisation a inclus la définition des conditions de participation des professionnels et des représentants des usagers à cette démarche.

2.2 Les étapes et le calendrier

Cinq principales étapes ont jalonné le processus d'évaluation au FATH

1) Une première étape de réalisation du référentiel associatif et du guide d'information sur la démarche d'évaluation. A cette occasion, les cadres ont été formés à la méthodologie de l'évaluation telle qu'elle a été définie par l'ANESM. Les cadres ont par ailleurs procédé à la réactualisation des outils opposables et notamment de ceux qui garantissent l'exercice des droits des usagers : livret d'accueil, règlement de fonctionnement et DIPC.

2) Une étape d'information des professionnels et des usagers des différents services réalisée le 4 octobre 2012 conformément aux orientations en vigueur.

3) Une étape de déclinaison du référentiel

4) Une étape de mise en œuvre de l'évaluation et d'exploitation de ses résultats

Les conditions, les modalités ainsi que le calendrier précis de mise en œuvre des évaluations au sein des services seront définis par le groupe projet associatif.

Cette étape s'est traduite, pour structure, notamment par :

- Le recueil et la remontée des informations nécessaires à l'évaluation
- La validation des indicateurs
- La réalisation des diagnostics

Cette étape inclut les travaux d'évaluation suivant une organisation et des modalités de management qui ont été définies par le groupe projet associatif et mises en œuvre en fonction des réalités de chaque service. Cette étape inclut également la réalisation des rapports intermédiaires ainsi que la communication autour des résultats de l'évaluation.

5) Une étape de rédaction du rapport d'évaluation final conformément aux indications de l'ANESM avec validation par la direction générale et insertion du plan d'amélioration de Décembre 2013 à juin 2014

2.3 Les modalités de participation des salariés

Conformément aux indications des textes en vigueur, l'APAEI a organisé la participation de l'ensemble des salariés à la démarche d'évaluation.

LE « GROUPE PROJET ASSOCIATIF » EN CHARGE DE L'EVALUATION

Sa composition :

- Philippe BRANDENBURGER, Directeur d'Association
- Isabelle BELTZ, Directrice Adjointe d'Association
- Irène SCHAD, Chef de Service Pôle Adultes
- Thierry HUSSER, Chef de Service IME
- Gilles BOURQUE, Chef d'atelier ESAT
- Jacqueline MEYER, Chef de service Pôle Administratif

Ses fonctions

Ce groupe a été chargé :

- D'élaborer le référentiel d'évaluation dans ses différentes dimensions. Ce travail associe les responsables des services et a pour objectif de doter l'APAEI d'un référentiel d'évaluation interne. Il est conduit avec l'aide d'un intervenant extérieur indépendant dans le cadre d'une convention de formation à la méthodologie de l'évaluation.
- De faciliter les démarches d'appropriation par établissement/service dudit référentiel. En ce sens, les membres de ce groupe associatif sont chargés de promouvoir l'évaluation, d'aider à son ancrage dans les pratiques de chacun des services, d'assurer une dynamique d'association, de rechercher la cohérence dans les démarches d'évaluation qui seront conduites.
- D'assurer le suivi des travaux d'évaluation et d'optimiser les moyens et les méthodes nécessaires à la mise en œuvre de l'évaluation et des plans d'amélioration de la qualité en découlent.

LES « GROUPES PROJET PAR SERVICE »

Les groupes projet par service sont ont été chargés :

- De décliner le référentiel associatif au niveau des services qu'ils représentent,
- De travailler à l'appropriation de la méthodologie d'élaboration du référentiel autant que de faciliter sa mise en œuvre. Les membres de ce groupe de travail prendront part ultérieurement à l'évaluation au niveau de leurs services respectifs, dans le cadre des groupes d'évaluation par service.

Ils sont composés de professionnels du service, en considération de trois critères :

- La représentativité de leurs membres ;
- L'efficacité attendue de leur travail ;
- Le niveau de motivation à prendre part aux travaux de ce groupe.

Ces groupes seront composés des représentants des différents registres professionnels : personnels éducatifs d'accompagnement, professionnels en charge de l'accueil et de l'hébergement notamment.

Ces groupes ont été chargés de l'évaluation proprement dite.

La composition de ces groupes est à l'initiative des responsables hiérarchiques des services concernés. Deux types de participation peuvent être distingués :

- La participation de professionnels désignés,
- La participation volontaire ou souhaitée lorsqu'il s'agit de traiter de thématiques nécessitant un regard spécifique ou une compétence particulière.

A. PRESENTATION ET IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dénomination : *Foyer pour Adultes Handicapés Travailleurs , « Espace St Jacques »*

Adresse des locaux : 9 rue de la Brigade Alsace Lorraine,
68210 DANNEMARIE

Téléphone : 03.89.08.00.10

Fax : 03.89.08.07.79

N°FINESS : 680013265

N° SIRET : 321 316 911 000 64

Code APE : 8720 A

Date d'ouverture : 1^{er} juillet 1995

Dernier agrément : *délivré le 26 juin 1995 par arrêté préfectoral, portant sur l'autorisation d'ouverture de 20 places en foyer d'hébergement et modifié le 1^{er} janvier 2010 portant sur l'autorisation de trois places supplémentaires dont deux places en accueil temporaire.*

Capacité totale agréée : *vingt et une places pour bénéficiaires et adultes déficients intellectuels travailleurs ESAT avec ou sans troubles associés et deux places d'accueil temporaire.*

Organisme gestionnaire :
APAEI du SUNDGAU,



30A rue de Delle,
68210 DANNEMARIE

Association à but non lucratif, inscrite au droit local loi 1908, les statuts ont été déposés au Tribunal s'Instance d'ALTKIRCH le 19 mai 1971 sous le N°RA.VOL,VII n°308.

3 HISTOIRE de l'APAEI

L'APAEI du Sundgau a été créée en 1968 sous l'impulsion de Monsieur et Madame Sirlin, parents d'un bénéficiaire déficient intellectuel pour lequel il n'existait aucune structure d'accueil adaptée. Cette association s'est donnée comme objectif la création et la gestion de tous les établissements ou services, ateliers de travail, logements, destinés à l'accueil de bénéficiaires et d'adultes handicapés intellectuels, et de leur offrir une éducation, un enseignement, une formation professionnelle, un emploi, un logement adapté, des soins institutionnels et ainsi favoriser leur plein épanouissement et leur place dans la société.

Pour ce faire l'association a créé :

1. Un Institut Médico-Pédagogique en 1970.
IMP
2. Un Institut Médico-Professionnel en 1973.
IMPRO
3. Un centre d'aide par le travail en 1980 (80 emplois).
CAT devenu ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)
4. La résidence Saint-Jacques en 1995.
FATH (Foyer pour Adultes Handicapés Travailleurs) (20 Résidents, travailleurs handicapés et 2 chambres d'accueil temporaire.)
5. Un Service d'Accueil de Jour en 2003 (20 places)
SAJ devenu SERVICE ACCUEIL DE JOUR (Service d'Accueil de Jour)
6. Une Maison de Retraite Spécialisée en 2006 (7 places).
MRS devenue FASPHV (Foyer d'Accueil Spécialisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes).

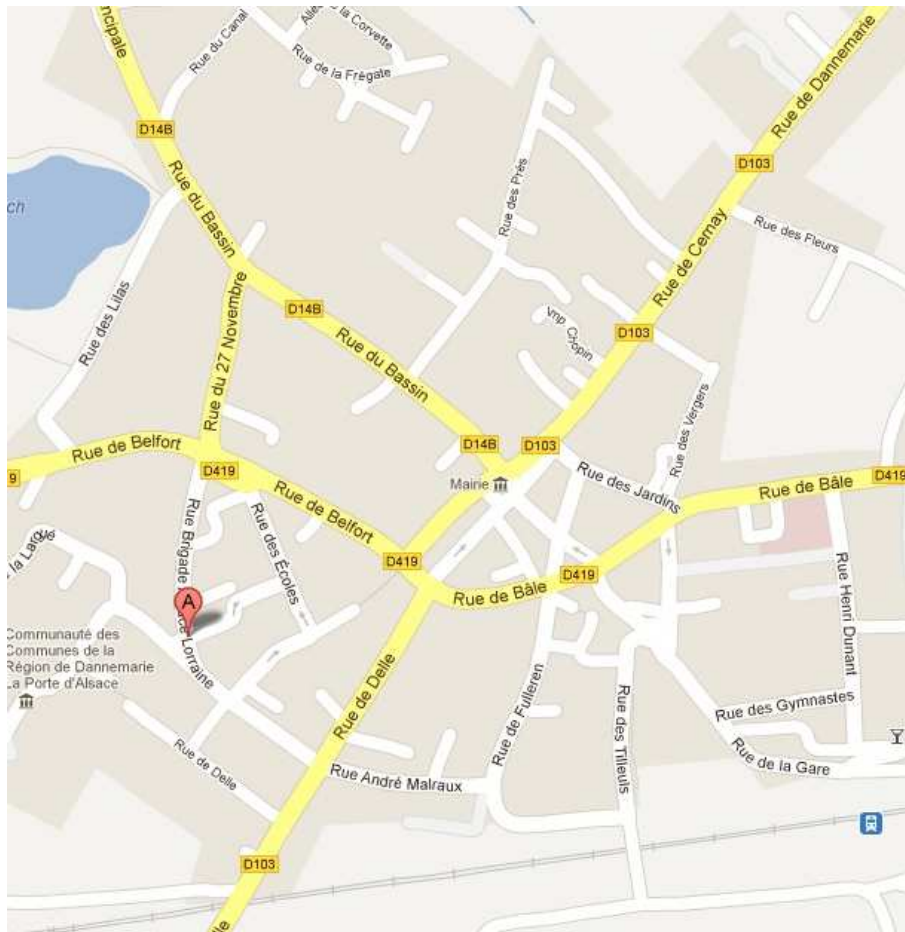
L'Apaei souhaite pérenniser et développer ses actions au bénéfice des personnes accueillies.

Les cinq établissements de l'association se trouvent à Dannemarie et sont dirigés par un Directeur s'appuyant sur une équipe de 4 Chefs de Services aux responsabilités élargies.

Les services financiers, comptables, administratifs, de gestion des ressources humaines sont mutualisés au sein de services généraux.

SITUATION GEOGRAPHIQUE





4 Les valeurs de l'Association

L'APAEI de Dannemarie, s'est fixée les missions citées ci-dessous et défend les valeurs suivantes inscrites dans le projet associatif :

4.1 Missions et finalités

- Favoriser l'autonomie de la personne handicapée mentale.
- Accueillir et accompagner tout au long de sa vie la personne handicapée mentale.
- Optimiser ses compétences psychosociales et professionnelles.
- Favoriser son intégration dans la société avec comme corollaire son épanouissement personnel.
- Promouvoir la place de la personne handicapée dans la société et défendre ses intérêts et ceux de sa famille.
- Accompagner les familles dans leur rôle éducatif et leur vécu de la situation.

- Animer un réseau de familles et d'amis des personnes présentant un handicap mental, fédérer les familles et amis autour du projet de l'association.
- Etre gestionnaire des différents établissements.

4.2 Valeurs et principes d'action

Exigence d'amélioration constante de la qualité

- Avoir le souci de proposer des services et prestations qui répondent aux besoins des personnes handicapées, avec une volonté d'innovation, d'efficacité et de progrès (faire toujours mieux).
- Adapter les structures et les prestations aux besoins
- Mettre en place des procédures d'amélioration des prestations tant organisationnelles qu'éducatives
- Mettre à disposition un bâti de qualité
- Etre à l'écoute et prendre en considération la personne dans sa différence, ses attentes, ses envies, ses possibilités.
- Respecter les choix de la personne et de la famille (des choix professionnels par exemple)
- Respecter les spécificités individuelles
- Co-élaborer le projet individuel avec les usagers, les représentants légaux et les représentants de l'établissement.
- Respecter et prendre en compte la parole de l'utilisateur.

Solidarité

Fournir aide et assistance à tous les moments de la vie en développant en particulier une vie associative où chaque membre peut être acteur d'une solidarité en direction de l'autre. Cette solidarité s'organise autour de deux axes :

- Organisation par les usagers et par l'association d'actions de solidarité (loto, groupe de parole, opération brioche etc)
- Développement de partenariat mais aussi d'interactions plus pérennes sous forme de réseau (éducation nationale, association locale, entreprises etc)

Les grandes orientations du projet associatif :

Axe 1 : Favoriser l'intégration de nos publics dans la vie de la Cité

OBJECTIFS

Permettre aux personnes handicapées mentales d'être des citoyens à part entière de la Cité. Contribuer particulièrement à leur intégration dans l'éducation, le travail et l'hébergement ordinaire.

Promouvoir les structures nécessaires pour faciliter cette intégration

ACTIONS

Organiser des référentiels identifiant les indicateurs de l'intégration dans la Cité, dans les différents établissements.

Engager une réflexion autour des moyens ou actions à mettre en place pour faciliter l'intégration dans le travail et l'hébergement ordinaire. (ex : appartement thérapeutique) ;

Faciliter la mise en œuvre des moyens nécessaires aux actions identifiées

Axe 2 : Poursuivre l'amélioration continue des prestations

OBJECTIFS

Garantir aux publics accueillis une amélioration constante de la qualité et des prestations (explication)

Obtenir à terme une certification

Disposer de compétences adaptées à nos besoins

ACTIONS

Identifier des référentiels permettant d'évaluer la qualité des prestations proposées.

S'engager dans une démarche d'évaluation des prestations (avec une identification de la satisfaction des usagers dans le cadre des CVS par exemple).

Mettre en œuvre les améliorations nécessaires .

Mettre en adéquation au sein de l'association les compétences et les référentiels, afin de permettre l'amélioration des prestations.

S'engager dans une démarche qualité

Axe 3 : Dynamiser la Vie associative

Au niveau des instances :

OBJECTIFS

Donner une nouvelle dimension à l'association, dans un souci d'efficacité et de meilleure collégialité

Redéfinir les rôles, les fonctions et les délégations

Assurer le renouvellement du CA



ACTIONS

Organiser une réflexion sur le fonctionnement de l'association : Bureau, commission, CA, nouveaux projets.

Revisiter périodiquement les statuts pour être en adéquation avec le projet associatif

Structurer clairement les modes de fonctionnement souhaités

Au niveau des Familles :

OBJECTIFS

Favoriser l'interaction entre les familles et les professionnels afin d'optimiser la prise en charge de l'utilisateur

Favoriser l'implication des familles dans le fonctionnement de l'association et dans la vie associative

Mieux soutenir les familles dans leur vécu du handicap (accueil)

ACTIONS

Organiser des actions conviviales créatrices de liens (exemple : fête de Noël, portes ouvertes, groupe de parole, activité culturelle et sportive etc)

Informers, former et permettre de faire ensemble en utilisant éventuellement des ressources externes (ex : les formations proposées par l'URAPEI, l'UNAPEI ou l'UDAPEI...)

Structurer la mise en place d' « Administrateur Référent » pour les nouvelles familles : qui, comment, quel rôle, quel investissement...

AXE 4 : Développer la communication interne et externe

Communication interne

OBJECTIFS

Permettre une meilleure connaissance réciproque entre salariés, administrateurs et usagers

ACTIONS

Conception et réalisation d'un journal

Réorganiser le CVS (élaborer des comptes rendus, identifier les demandes avant le CVS)

Communication externe

OBJECTIFS

Rechercher une diversification afin d'augmenter l'activité du CAT

Etre connu dans le réseau du Handicap

Attirer de nouveaux professionnels dans l'association

ACTIONS

Organiser une campagne de communication (presse, bulletin municipal, internet) pour faire connaître les prestations de l'association et sa vie associative.

Participer à des instances (Conseil d'Administration d'autres associations ou d'autres organisations).

Organiser une réflexion autour de l'attractivité de l'association pour des professionnels du handicap.

Calendrier sur 3 ans.

Hiérarchiser les priorités.

5 Présentation de l'établissement et de son environnement

5.1 Historique :

Pour répondre aux besoins des travailleurs sans famille ou en désir d'émancipation il est créé en 1995 un Foyer d'accueil pour adultes travailleurs handicapés.

L'agrément a été donné pour vingt places en 1995 et modifié en 2010 par l'ajout de trois places dont deux places d'hébergement temporaire.

Missions et orientations générales de l'établissement.

Le Foyer St Jacques a pour mission d'héberger les personnes handicapées mentales âgées de plus de 20 ans travaillant en ESAT.

Agrément

Principe général :

Accueil de personnes handicapées mentales de plus de 20 ans et travailleur en milieu spécialisé. « Son objectif est de développer les aptitudes à l'autonomie des pensionnaires avec comme finalité la sortie de l'institution et la vie en habitat ordinaire. » Agrément n°000184 du 26 juin 1995, emis par le Président de Conseil Général du Haut Rhin.

Présentation de la population accueillie.

Le Foyer St Jacques accueille 21 travailleurs handicapés (11 femmes et 10 hommes).

- 6 personnes ont un retard mental moyen.
- 5 personnes ont un retard mental léger.
- 3 personnes ont une déficience du psychisme.
- 5 personnes ont des troubles psychologiques.
- 1 personne a plusieurs déficiences.

Présentation de la prise en charge proposée.

Les personnes seront accueillies dans un espace privé de 20m² en moyenne, comprenant une chambre, (avec coin cuisine pour certains), une salle de bain avec douche et WC.

Les chambres sont individuelles

Les espaces collectifs sont constitués de :

- Une cuisine pédagogique,
- une salle à manger,
- une salle d'activité,
- une salle de réunion,
- un hall d'accueil,
- une terrasse.

Un personnel d'encadrement est présent 24h /24h.

En journée, une maîtresse de maison assure l'intendance, l'entretien des espaces collectifs, l'accueil des résidents présents (maladie, congés)

Les accompagnants assurent une présence et un accompagnement de 16h30 à 8h30 en semaine et de 8h à 20h samedi, dimanche et jours fériés.

L'entretien des espaces privés est assuré par le résident lui-même. Il peut faire appel à une personne pour assurer l'entretien de son lieu de vie, mais à ses frais. (APA, ASAME, par exemple).

Le résident est libre d'inviter les personnes de son choix, il peut recevoir ses hôtes au plus tard jusqu'à 22h.

Participation des usagers à la vie du foyer.

Deux instances sont mises en place pour permettre la participation des résidents à la vie du Foyer :

- le CVS (Conseil à la vie Sociale), il se tient une fois par trimestre
- les groupes de paroles, mis en place par le Chef de Service, les accompagnants.

Evolution et analyse des besoins de la population accueillie

- Proposer aux personnes des animations permettant de nouer des liens sociaux :
 - améliorer le rapport à soi (image de soi, bien être, connaissance et entretien de son corps, expression orale, artistique)
 - développement de la vie sociale et citoyenne (organisation de sorties, d'événements festifs, découverte de l'environnement, participation au CVS, à la démarche de qualité, organisation des temps de paroles.

- Maintien des acquis et développement des connaissances.
 - Offrir aux personnes une assistance dans les actes essentiels de la vie quotidienne, tout en préservant leur autonomie et en développant leur vie sociale.
 - Permettre aux résidents de développer leurs acquis dans la gestion autonome de la vie quotidienne, (gestion des démarches administratives, organisations des achats...)
 - Elaboration d'un projet permanent d'accompagnement adapté aux besoins de la personne accueillie pouvant porter sur : l'accès à la vie sociale, le soutien relationnel et psychologique,
 - La gestion de la vie quotidienne, le renforcement des acquis et connaissances, la vie relationnelle, intime et sexuelle, l'accès à la citoyenneté, l'accès aux loisirs et à la culture le renforcement de la confiance en soi, du bien-être et de l'autonomie.
 - Préservation des liens familiaux.
 - L'accompagnement dans les temps du repas, sensibiliser les personnes de l'impact que peut avoir son alimentation sur la santé. Les aider à modérer leur quantité de prise de nourriture. Sensibilisation aussi à l'aspect convivial du temps du repas (dresser la table de façon conviviale, soigner la préparation des repas, la présentation des mets, prendre le temps d'échanger avec ses camarades, favoriser la communication.
 - Apprendre à mettre du sens sur des situations qui paraissent a priori incohérentes ou incompréhensibles.
 - Apprentissage de la vie collective, socialisation apprentissage des habilités sociales, relations sociales.
 - Rendre les personnes attentives à leur santé.

B. Les principaux constats issus de l'évaluation interne

Les constats qui vont suivre, sont présentés de façon synthétique. Ils sont la résultante d'un travail d'analyse, d'interprétation ou de mise en perspective des conclusions qui ont été produites lors de la démarche d'évaluation. Pour mémoire, cette démarche s'est traduite notamment par la mise en place d'un groupe d'évaluation qui a travaillé, à partir du référentiel retenu, à la mise à plat des éléments du projet et des pratiques professionnelles en usage. Ce travail a donné lieu à la production de fiches d'évaluation, disponibles dans l'établissement. Nous avons privilégié les constats impactant directement la qualité des prestations conformément aux orientations de l'ANESM.

Dans l'énoncé des conclusions, nous avons veillé en particulier à faire ressortir les points forts et les points faibles de l'établissement et à valoriser les préconisations d'amélioration que nous exploitons, dans la seconde partie de cette synthèse, pour définir les principaux axes d'amélioration.

6 L'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le lieu d'implantation de l'établissement a été choisi par l'association gestionnaire. Cet établissement se trouve à proximité du Service d'accueil de Jour et du Foyer d'Accueil Spécialisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes.

Le bâtiment est situé, non loin du centre de la ville, entouré de maisons particulières. Ce qui permet une l'intégration : côtoyer les citoyens, profiter des commerces proches.

Les résidents peuvent en toute autonomie faire leurs courses, se rendre chez différentes instances : médecin généraliste, coiffeur, podologue,

Les symboles institutionnels sont visibles mais de manière discrète. Les aménagements extérieurs sont neutres (sans nomination). Les professionnels essaient dans la mesure du possible de sensibiliser les résidents à l'entretien extérieur de leur lieu de vie : balayage, plantations, désherbage, ramassage de divers déchets.

La tonte de la pelouse est effectuée par les travailleurs « espaces verts » de l'ESAT mais ce service n'est pas assuré régulièrement.

Le service d'entretien n'intervient que sur demande (lorsque la végétation est débordante et trop envahissante)

Mise en place d'un calendrier prévisionnel pour les gros œuvres (taille des haies et arbustes, tonte de la pelouse).

L'identité historique est inscrite dans le projet d'établissement, ainsi que dans le livret d'accueil. Les symboles institutionnels figurent sur tous les supports de communication conformes à la loi 2002) ainsi que sur les véhicules. Ils facilitent l'identification des personnes accueillies et une certaine tolérance du public. La dénomination « résidence Saint Jacques » respecte la dignité de la personne accueillie par conséquent ne stigmatise pas la personne en situation de handicap.

7 Les possibilités d'accès par les transports en commun :

La plupart des résidents n'utilisent pas les transports en commun (bus de ligne régulière, train) soit par rapport à leurs difficultés d'orientation et de compréhension , soit par rapport aux transports eux-mêmes (fréquence limitée). L'organisation institutionnelle ne permet pas de travailler l'accompagnement individuel nécessaire à cette autonomie de déplacement.

La mise en place de taxis (pour les rdv médicaux et paramédicaux) sans accompagnement du professionnel pallient et développent une certaine autonomie. Les résidents acceptent et intègrent cette alternative qui à ce jour les satisfait.

L'établissement n'est pas référencé dans les annuaires généraux (guide, page jaune internet) ce qui peut engendrer des difficultés de logistique ex (livraison de commandes à la mauvaise adresse,).

La ligne téléphonique directe est non répertoriée ce qui rend le service plus difficilement joignable en particulier les week-ends (ex : services sanitaires, visiteurs)

Lors d'intempéries hivernales l'accès au bâtiment devient plus difficile : le salage et le déneigement ne sont pas assurés les week-ends et jours fériés par le service d'entretien mais par le personnel en service. Les personnes à mobilité réduite sont véhiculés par l'encadrant pour se rendre sur leur lieu de travail.

La signalétique de l'établissement est adaptée (éclairage, accessibilité,) Peu de retours négatifs lors des conseils à la vie sociale sont à déplorer.

Chaque studio est équipé d'une boîte aux lettres extérieure et d'un interphone nominatif Une sonnette est prévue pour les visiteurs. Chaque pièce possède une

étiquette nominative liée à sa fonction. Le nom du locataire résident est affiché sur chaque porte. Les résidents se repèrent avec facilité dans les locaux et s'y déplacent en autonomie.

Un local est prévu pour ranger (vélos, scooters...) **le parking servant au personnel et aux visiteurs est insuffisant.**

L'Établissement est accessible dans sa globalité. L'architecture de l'établissement facilite le repérage.

La ligne téléphonique directe non répertoriée est un point faible.

Une accessibilité téléphonique directe, inscription dans l'annuaire téléphonique.

8 La gestion et mangement des ressources humaines

Le Projet d'Établissement mentionne les orientations associatives ainsi que le détail et les qualifications du personnel. On ne peut évoquer la GPEC Associative d'une manière formelle car le Projet Associatif n'en fait pas état. Néanmoins, les valeurs de mutualisation du personnel thérapeutique et administratifs et intervenants extérieurs sont appliquées .De plus, la GPEC sous l'angle de la formation se traduit également au FATH (formation autisme en prévision de l'évolution du public).

Du fait de la structuration commune de la direction et des services administratifs, les procédures sont les même au FATH qu'ailleurs (recrutement, stages, promotions,...).

Les demandes d'adaptation du personnel à l'évolution de la structure et du public sont anticipées et formalisées chaque année dans le rapport du directeur lié au budget prévisionnel. Le ratio d'encadrement est conforme aux préconisations du Conseil Général.

L'évaluation révèle que la mutualisation de certains moyens en personnel (mixité entre le jour et la nuit) est un des points forts de l'établissement.

Toutefois, il est préconisé de ventiler financièrement différemment certains postes sur d'autres établissements (Chef de Service impacté fortement sur le FATH) afin de dégager des marges de manœuvres financières pour renforcer le nombre de personnes au contact des personnes accueillies

8.1 Procédure et/ou les modalités de recrutement

Il n'y a pas de procédures spécifiques.

Les procédures de recrutement associatives ne sont pas formalisées. L'établissement n'en a donc pas connaissance. Néanmoins, puisque le recrutement est effectué en

collaboration avec les services administratifs (RH ou direction), le processus est le même pour toute l'Association.

Les chefs de service sont associés à chaque phase de recrutement : dans l'évaluation des besoins, dans la construction de l'annonce, et lors de l'entretien.

La politique de recrutement institutionnelle paraît adaptée aux besoins dans la limite du contexte économique : en effet des postes nouveaux à un coût inférieur aux qualifications souhaitées par le chef de service impliquent un recrutement à un niveau inférieur. Cette situation ne répond pas totalement aux besoins d'une PEC de qualité.

Nous préconisons l'élaboration des procédures de recrutement au niveau de l'Association.

8.2 Intégration des nouvelles recrues et adaptation de leurs compétences

Il n'existe pas de protocole d'accueil.

L'ensemble des documents remis à l'embauche, (livret d'accueil, projet d'établissement, règlement de fonctionnement (depuis peu), aide à l'intégration du salarié, mais ce n'est pas suffisant). C'est le contact avec les personnes accueillies et les professionnels en poste qui favorisent son intégration.

La personne est accueillie par le chef de service, présentée à l'équipe.

Les difficultés évoquées par les nouveaux professionnels sont entendues par le chef de service, et reprises en réunion d'équipe.

Différents documents sont à sa disposition : dossiers des personnes accueillies consignant l'identité du bénéficiaire, sa problématique, ainsi que son projet personnalisé d'accompagnement quand il existe. Le nouveau salarié peut aussi de cette manière- là s'approprier les pratiques professionnelles de l'établissement. Quelquefois, si l'organisation du service le permet, cette personne peut travailler en doublure. Mais ce n'est pas systématique, faute de moyens humains.

Nous préconisons l'adaptation du protocole d'accueil, c'est-à-dire la diffusion de la fiche de présentation du nouvel arrivant aux autres établissements.

8.3 Adéquation des fonctions avec les qualifications

Les qualifications sont en partie en corrélation avec les besoins. Le recrutement de personnel moins qualifié en raison des contraintes financières peut générer un écart avec les compétences souhaitées.

Les professionnels, tous diplômés confondus, ont la même fonction.

Les fiches de fonctions sont réalisées mais non signées par le personnel.

A l'occasion de l'évaluation annuelle, tous les 2 ans, les compétences sont évaluées et exploitées, à travers les objectifs définis.

Les réunions hebdomadaires peuvent inclure un temps d'analyse de pratique.

Les évaluations réalisées par le chef de service permettent de définir les besoins de formation.

Le Bilan commun d'Activité et de Formation (BCAF) existe dans cet établissement mais n'est pas utilisé de manière homogène.

Nous préconisons la rédaction des fiches de fonction par la direction, qui seront signées par les salariés, au moment du bilan annuel.

A ce jour, le fond documentaire de la structure est composé de :

- les lois en vigueur, le livret d'accueil, le projet d'établissement, le projet associatif, le règlement de fonctionnement contrat de séjour, l'outil d'évaluation pour l'élaboration des PPA.

Tous ces documents sont rangés dans un classeur destiné à cet usage, dans la salle du personnel. Ils sont disponibles et consultables par l'ensemble des salariés, et des stagiaires.

La diffusion de ces documents sont informatisés (site de l'association APAEI), et formalisés par écrit.

Ce fond documentaire est suffisant pour une prise en charge élémentaire, tant matérielle qu'éducative.

La prise en charge est évolutive : vieillissement, contexte socio-économique, et familial.

Les recommandations de l'ANESM : un outil encore méconnu des professionnels. L'évaluation a révélé que les professionnels d'accompagnement n'ont pas du tout une connaissance précise de ces référentiels.

Dans les séances de groupes de travail, un temps a été consacré à l'explication sommaire des recommandations de l'ANESM.

Il serait utile que les professionnels du foyer en prennent connaissance.

Ces recommandations devront être à leur disposition sous format informatique.

L'évaluation a permis de mettre en exergue un déficit de références documentaires liées à la prise en charge actuelle (références théoriques, bibliographie, revues et sites spécialisés, compte rendu de travaux réalisés en externe, par des organismes référents).

Certes l'équipe tente de se donner les moyens, dans la mesure du possible, pour s'informer de l'évolution de l'action médico-sociale, de manière informelle (partage des informations entre directeur, chef de service et membres de l'équipe, ainsi que par des personnes extérieures).

Il serait judicieux de mettre en place un fond documentaire théorique et un espace informatique ou physique dédié à l'information.

9 L'évaluation externe et le management de la qualité

C'est au cours d'une réunion que la direction a informé l'ensemble des personnes de l'APAEI du processus total, fait en deux temps, évaluation interne puis évaluation externe.

L'évaluation externe permet de vérifier les conformités aux textes réglementaires, de repérer et s'interroger sur les axes de progrès, prise en compte des recommandations de l'ANESM.

Elle va favoriser une démarche d'amélioration de la qualité construite et partagée ensemble dans l'établissement : personnalisation de l'accompagnement, respect de l'expression des bénéficiaires et de leurs droits, qualité des prestations rendues.

C'est un outil de communication, dans un souci de transparence.

A l'heure actuelle, aucune documentation n'a été diffusée auprès du personnel, sur les conditions et les échéances de la réalisation de l'évaluation externe.

10 Le processus d'accueil et d'intégration de la personne dans l'établissement

10.1 Le processus d'admission

Le foyer de vie « Résidence Saint Jacques » assure l'hébergement et l'entretien de personnes adultes en situation de handicap, qui exercent une activité pendant la journée, en ESAT.

La personne demandeuse doit donc travailler à l'ESAT de DANNEMARIE.

Les demandes d'admission sont faites auprès de la direction, qui délègue au chef de service.

Un dossier d'admission est constitué, comprenant les pièces administratives, médicales, ainsi que des informations sur les habitudes de vie de la personne, ainsi que sa motivation d'intégrer le foyer.

Les modalités et les conditions de l'accueil sont ainsi définies par l'établissement.

Ce dossier est étudié, en interne avec le chef de service, le psychologue, et le directeur. Si la personne demandeuse correspond au profil du public accueilli, et selon la disponibilité des places, une visite est organisée.

Lors de cette visite, la personne demandeuse visite son studio, est présentée aux résidents qui sont là, également aux professionnels présents.

Elle est présentée plus tard, à l'ensemble des personnes qui vivent et qui travaillent au foyer.

Une période d'essai est respectée.

Le contrat de séjour est signé, ainsi qu'un contrat de mise à disposition d'un studio.

Le livret d'accueil est remis lors de la première rencontre. Le règlement de fonctionnement n'ayant pas été terminé, n'a pas été donné lors de la dernière admission qui s'est déroulée lors du processus d'évaluation interne.

Le jour et l'heure d'arrivée sont définis entre les partenaires, pour favoriser au mieux l'échange et prendre du temps pour les réponses aux questions et aux préoccupations des personnes accueillies.

Les professionnels sont sensibles à la qualité de la relation d'accueil et mettent en œuvre une démarche pour que la confiance s'établisse, dans la limite de leurs compétences (personnel non formé dans le secteur médico-social).

Lors de cette évaluation, la question de la « distance » a été évoquée.

Une enquête de satisfaction a été élaborée pour mesurer l'état des lieux des relations interpersonnelles et management. La satisfaction des résidents n'est pas mesurée.

Le personnel du foyer n'a pas forcément connaissance des textes en vigueur, dans la contractualisation des différents documents.

En 1985, à l'arrivée des premiers résidents, il n'existait pas de contrat de séjour. Un simple formulaire a été rempli par les différents partenaires. Ce formulaire faisait office d'admission.

A ce jour, un contrat de séjour a été formalisé. Depuis, il n'y a eu que deux admissions au foyer.

Les outils institutionnels fournissent une éthique professionnelle, en définissant les valeurs de l'établissement et ainsi le regard posé sur le résident (respect de la singularité, la notion de choix...).

11 Le projet d'établissement

11.1 Existence et validité du projet

Le projet d'établissement a été réactualisé pour la première fois en novembre 2012 par l'équipe de direction.

Il existe un projet d'établissement rédigé par service.

Il décrit le public accueilli comme étant des personnes en situation de handicap mental, travailleurs ESAT.

Le projet d'établissement précise les capacités d'accueil.

Par rapport au public accueilli, les indications présentes dans le projet d'établissement ne semblent pas suffisantes pour une connaissance précise des publics accueillis.

Par rapport aux conditions d'admission, le futur résident doit avoir une notification MDPH pour que la personne puisse être reconnue comme une personne en situation de handicap mental.

Le projet d'établissement énonce les textes législatifs et réglementaires qui régissent le secteur d'intervention (FAHT s'engage à respecter et à faire respecter les droits fondamentaux rappelés dans la charte des droits et liberté de la personne accueillie, la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

Par le biais de leur formation initiale, les professionnels sont censés avoir connaissance de la législation en vigueur (charte des droits et liberté de la personne accueillie est affichée dans chaque service)

11.2 Le projet d'établissement énonce les orientations et valeurs de l'APAEI :

- favoriser l'intégration des bénéficiaires dans la cité donc l'objectif est de permettre aux personnes handicapées mentales d'être des citoyens à part entière dans la cité, promouvoir les structures nécessaires pour favoriser cette intégration
- poursuivre l'amélioration continue des prestations (garantir une amélioration constante aux personnes accueillies, disposées de compétences adaptés à nos besoins)
- Dynamiser la vie associative (donner une nouvelle dimension à l'association dans un souci d'efficacité et de meilleure collégialité)
- Développer la communication interne et externe (permettre une meilleure connaissance réciproque entre salarié, administrateur et usager)

L'ensemble des professionnels ont connaissance du projet d'établissement, consultable à tout moment dans le service

Les professionnels n'ont pas été associés à son élaboration. A ce jour chaque professionnel possède un exemplaire. Le contenu du projet d'établissement traite davantage des généralités par conséquent ne peut être transposé dans leurs pratiques quotidiennes.

Le projet d'établissement est diffusé sur papier et sur le site de l'Association. Il n'est pas adapté à la compréhension des personnes accueillies, et n'a pas encore été soumis au regard des familles.

A ce jour, il est remis aux nouvelles recrues, et aux stagiaires accueillis dans la structure.

Le projet est accessible et compréhensible pour les personnes extérieures de l'établissement, du fait de sa diffusion sur le site de l'Association.

11.3 L'évaluation des besoins et la prise en compte de leur évolution

Les besoins sont énoncés sous forme d'objectifs généraux ; ils manquent de finesse et de précision pour correspondre à la réalité observée. En revanche ils seront répertoriés, évalués et analysés par l'équipe pluridisciplinaire, de la famille et/ou RL lors de l'élaboration du projet personnalisé de la personne accueillie.

Les prestations de prise en charge sont pour la plupart énumérées, mais non développées et non spécifiées en termes d'objectifs. Certains aspects de la prise en charge thérapeutique, éducatives, mais ils manquent de cohérence et de précision.

Il y a un grand décalage entre la réalité et le projet établi.

Il serait souhaitable de refaire le projet d'établissement, d'élaborer avec la participation des professionnels un projet plus développé, plus en adéquation avec les missions du Foyer .

11.4 Adéquation des moyens internes avec les objectifs du service, le recours aux ressources et aux coopérations extérieures

Les objectifs du projet d'établissement renvoient principalement à l'autonomie et à l'intégration de la personne accueillie (améliorer l'image de soi, expression de soi, bien-être, connaissance et entretien de son corps, expression orale, artistique,...).

Le projet d'établissement met également en avant le développement de la vie sociale et citoyenne (vie sociale orientée vers l'extérieur grâce à des sorties adaptées). Ainsi c'est donc une approche globale qui est visée pour le bien-être de la personne, avec une approche pluridisciplinaire (intervenant en art plastique par exemple)

Les professionnels veillent à varier les activités, les sorties, les animations proposées aux résidents afin de maintenir l'autonomie du résident mais également une cohésion de groupe. Cela permet d'être cohérent dans l'accompagnement du résident.

Le travail en partenariat et le recours aux ressources extérieures impactent favorablement les accompagnements et la mise en œuvre des PPA des personnes accueillies (rencontres et échanges avec d'autres personnes lors de sorties, retours positifs de la part des résidents, développement de la créativité, etc).

Les but de la collaboration avec différents partenaires est d'intégrer les résidents.

Une réflexion est menée par rapport aux différents partenaires, afin d'apporter un accompagnement pertinent pour les résidents et en fonction des objectifs définis dans leur prise en charge.

Le recours aux partenariats peut présenter des limites au niveau des accompagnements des résidents,(bénévoles peu ou pas présents).

Les professionnels sont satisfaits des différents partenaires qui permettent une ouverture vers l'extérieur pour les résidents.

Le point faible de l'Établissement réside dans l'inadéquation entre d'une part, le faible taux d'encadrement et l'obligation d'autonomie du résident et d'autre part le vieillissement de ces derniers.

L'absence de cadre et de limites claires quand à la mission du FAHT génèrent à la fois un mécontentement des familles des résidents en perte d'autonomie et une difficulté à favoriser les transitions vers d'autres institutions plus adaptées.

12 LA VIE COLLECTIVE AU QUOTIDIEN ET L'INDIVIDUALISATION DE LA PERSONNE

12.1 La Gestion institutionnelle de l'espace privé et la préservation de l'intimité :

Le résident dispose d'un studio meublé qu'il loue, composé d'une chambre, d'une salle de bains et sanitaires individuels. Certaines chambres sont équipées d'une kitchenette. Les résidents ont leurs clefs personnelles qui ouvrent également l'entrée du bâtiment principal, ainsi qu'une boîte aux lettres nominative. Le personnel encadrant garde en sa possession le double par mesure de sécurité.

Suivant son degré d'autonomie, de moyens financiers, de la disponibilité, le résident accède à un studio plus ou moins équipé.

Le choix du mobilier et de la décoration appartiennent au résident sur réserve d'autorisation préalable de la direction et du tuteur.

Certains accès à la douche ne sont pas adaptés à la morphologie des personnes.

Des règles verbales sont établies par le service et vise à entretenir l'espace privé : ex frapper à la porte. Elles ne sont pas formalisées, en raison de l'absence du règlement de fonctionnement.

Dans l'ensemble, ces règles sont respectées strictement par les professionnels et ceux-ci veillent eux même à ce qu'elles soient respectées.

Le personnel apporte des conseils pratiques ou effectuent des rappels permettant aux personnes de préserver leur intimité.

Chaque studio dispose d'un interphone, Les intervenants extérieurs annoncent leur venue par ce moyen.

Il existe 2 chambres d'accueil temporaire, qui induisent une nuisance sonore supplémentaire du fait des pathologies des personnes qui y sont généralement admises (public plus lourdement handicapé de l'Accueil de jour dans le cadre du droit au répit)

Compte tenu de l'absence d'un règlement de fonctionnement, ce qui ne favorise pas une lecture commune des règles de la vie collective et donc l'objectivité et la cohérence institutionnelle,

nous préconisons d'élaborer dans les meilleurs délais les règles de vie en collectivité et les diffuser aux résidents, ainsi qu'un règlement plus simplifié pour une meilleure compréhension.

A ce jour de l'écriture de ce rapport, le règlement de fonctionnement est formalisé, mais pas encore diffusé aux résidents. (règlement de fonctionnement fait par le chef de service)

Un règlement adapté est en élaboration, (ce document est construit avec les résidents dans le temps de paroles, avec le concours du psychologue).

Le nouveau règlement de fonctionnement a été lu, en réunion d'équipe. Quelques points ont été traités avec l'ensemble des professionnels.

12.2 La gestion du lien familial

Le projet d'établissement fait référence à la place de la famille dans la relation d'accompagnement dans le sens où des objectifs doivent être respectés (favoriser l'interaction entre la famille et les professionnels, mieux soutenir les familles dans leur vécu du handicap, favoriser l'implication des familles dans le fonctionnement de l'association et dans la vie associative). Des actions sont menées dans ce sens par l'association pour favoriser les liens entre les familles et les professionnels (portes ouvertes, familles conviées lors d'événements particuliers comme la fête de Noël, les anniversaires des résidents, possibilité de participer à des groupes de paroles, etc).

Les professionnels d'accompagnement évaluent la situation familiale de chaque personne accueillie lors de la présentation du nouvel arrivant (pré-accueil, discussion avec la famille sur le vécu de la personne). Dans la mesure du possible, les professionnels se renseignent sur l'histoire de vie de la personne accueillie (contact téléphonique, échange d'information avec les différents membres de la famille ou le représentant légal). Les personnes accueillies et la famille sont donc invitées à apporter des informations, anecdotes, habitudes de vie (lieu de naissance, employeurs, vécu, croyances religieuses, etc...). Ces informations permettent de concevoir un projet individualisé en ciblant des objectifs appropriés et pertinents pour la personne accueillie.

Lors des réunions d'équipe, des moyens particuliers sont mis en place pour maintenir le lien familial (taxi social permettant à la personne accueillie de continuer à rendre visite à ses proches). Lorsqu'il existe des conflits au niveau du lien familial, cela est expliqué et discuté entre la personne accueillie et les professionnels dans un cadre soutenant (âge avancé des différents membres de la famille, éloignement géographique, etc).

Les professionnels encadrant discutent avec les personnes accueillies par rapport à l'absence de certains membres de la famille (par exemple discussion de groupe sur les personnes décédées). La mémoire des disparus est évoquée avec les différentes personnes accueillies lorsqu'ils en ressentent le besoin, dans un environnement_se

voulant contenant, sécurisant et permettant une expression libre des résidents. Les différentes émotions associées à ces absences sont expliquées et discutées par les professionnels. Pour permettre de garder une trace de leur passé et des différents membres de la famille, des outils spécifiques sont mis en œuvre (album photo, photos accrochées au mur ou dans leur chambre, fleurs apportées à la toussaint sur les tombes de leurs proches) Ainsi, la personne accueillie est prise dans son ensemble, en lien avec sa famille et les différents événements de vie qui l'ont structuré en tant qu'individu. Lorsque les personnes accueillies sont dans une recherche de lien avec certains membres de la famille, les professionnels veillent à répondre à ces demandes en étant écoutant dans cette démarche et en veillant à soutenir la personne.

Nous constatons une prise en compte de l'individu dans sa globalité, en lien avec son histoire de vie et les liens familiaux (maintien des liens)

12.3 Les visites familiales et les sorties en famille

Les visites familiales se font dans l'espace privatif du résident.

Il est demandé à la famille de se présenter à son arrivée.

Toute sortie, que ce soit, de jour, ou de weekend, ou même de soirée, doit être signalée à l'équipe (pour le weekend, le résident doit avertir l'équipe le jeudi soir). Les retours doivent également être signalés.

Les résidents peuvent partir en famille en toute liberté.

Il existe cependant des situations où les sorties sont décidées indépendamment de la volonté de la famille par le représentant légal, la direction et le chef de service. Un planning est alors élaboré (exemple de situation : cas de réconciliation avec une famille, dans un but de protéger le résident, pour que ce retour se fasse au mieux).

Un cahier d'émargement pour les E/S va être mis en place, les personnes qui sortent un résident doivent y inscrire leur nom et signer.

Lorsqu'il y a nécessité d'accompagner les personnes accueillies durant les sorties en famille, cela se fait par des moyens extérieurs à l'établissement (taxi social).

12.4 La reconnaissance et la valorisation des compétences familiales

Les familles des personnes accueillies sont invitées à mettre en œuvre leurs compétences personnelles dans l'intérêt des personnes accueillies et participent donc à la vie associative (confection de gâteaux lors des anniversaires et partage de moments conviviaux).

Lorsqu'il y a des conflits familiaux (par exemple demande d'un résident de renouer avec ses frères-sœur), les professionnels vont alors jouer un rôle de médiation, en accord avec le responsable légal (quand celui-ci fait partie de la famille) de la personne accueillie, cela dans le but de veiller au bien-être du résident en fonction des situations pouvant poser problème.

12.5 Le soutien à la famille

Toute famille peut solliciter le chef de service et les autres professionnels (équipe encadrante, psychologue), pour des échanges concernant la prise en charge de la personne accueillie.

12.6 L'accès au dossier

Le résident a accès à son dossier, sur sa demande. Il peut être accompagné par son représentant légal. A ce jour, aucun résident n'en a encore fait la demande.

12.7 La protection des données figurant au dossier

Les personnes accueillies ainsi que leur représentant légal sont informées des possibilités d'accès aux dossiers les concernant. Pour autant, l'accès au dossier n'est pas formalisé. A ce jour, aucune demande d'accès au dossier n'a été formulée, ceci peut être, pouvant expliquer le fait que rien n'ait été protocolisé à ce sujet.

Les personnes accueillies n'ont pas forcément les capacités suffisantes pour avoir connaissance qu'un dossier à leur égard est constitué et accessible. Une réflexion à ce sujet devra être menée, dans le respect du niveau de compréhension et d'autonomie de la personne accueillie et également dans le respect de son statut.

Au niveau de l'administration, un fichier est créé pour chaque personne accueillie, dans des dispositions réglementaires et légales.

Les professionnels veillent au respect du droit à l'image (l'autorisation est demandée lors de photos). Toute prise de vue reste en interne, considéré comme un outil de travail et de communication (structuration des repères, communication adaptée permettant la discussion et l'échange entre les personnes accueillies, travail mnésique)

La mise en place d'un Dossier informatique et centralisé de l'utilisateur sous Vision Sociale trouve ici sa légitimité : donner un accès complet et immédiat au dossier à toutes les personnes devant y avoir accès.

12.8 Le droit à la vie privée/ règles de vie en collectivité :

L'établissement recherche un équilibre entre le droit à l'exercice de la vie privée et à la nécessité de transmettre aux personnes accueillies les codes sociaux nécessaires à leur insertion sociale et à leur socialisation.

Nous constatons l'absence dans le service d'un règlement de fonctionnement et les professionnels évaluant cet aspect n'ont pas eu accès au contrat de séjour. Pour

autant les professionnels concilient autant que possible la liberté de la personne et les règles de vie collective même si celles-ci ne sont pas formalisées par écrit. Il essaie d'informer les bénéficiaires sur les limites portées à la vie privée en raison de la mission de protection de l'établissement et du statut de la personne protégée.

Tout incident est pris en charge par le chef de service. C'est le professionnel qui est présent lors du problème qui informe le chef de service. Ce dernier reçoit en général dans son bureau la personne concernée, ou si la situation est plus grave, c'est lors d'une réunion d'équipe que l'information est partagée et la décision de sanction prise, la psychologue étant également sollicitée. Cette dernière ne pouvant assister aux réunions faute d'un temps de travail suffisant au FATH, c'est le chef de service qui l'informe, ainsi que la personne concernée. Un écrit « fiche d'incident » est formalisé.

Les outils institutionnels ne font pas référence explicite aux conditions affectives et sexuelles en revanche dans la réalité des faits la vie affective et sexuelle des résidents s'impose à l'institution. L'expression des relations n'est pas forcément physique. Certains résidents sont amenés à exposer leur vie affective et sexuelle sous différentes formes et le personnel intervient suivant les situations pour informer la personne sur les limites de ses droits, lui faire connaître les interdits et les tabous, les codes sociaux. Parfois les encadrants préviennent des comportements déviants socialement et accompagnent les résidents. Une certaine vigilance est exercée pour garantir aux personnes accueillies l'exercice d'une vie affective sans risques : interdiction de visites, fréquentations à l'extérieur ...le cas échéant à la demande de la famille.

La vie sexuelle est un sujet tabou. L'équipe ne connaît pas la position institutionnelle. L'établissement ne bénéficie pas d'un cadre de référence commun stipulant les valeurs les codes les interdits et les normes de la normalité.

Il n'y a pas de consensus entre le personnel (écart générationnel) d'où l'intérêt de codifier ces règles dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement.

Afin de prendre en compte les besoins inhérents à la sexualité de la personne, il serait intéressant que des formations soient proposées concernant la prise en charge de la sexualité du public accueilli.

Nous préconisons également de mettre à jour et à disposition le projet d'Etablissement, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil afin de contractualiser les règles préconisées uniquement oralement.

12.9 Les Conditions de réalisation des actes de la toilette pour les personnes à faible niveau d'autonomie :

Toutes les conditions sont réunies pour assurer l'intimité de la personne. Depuis peu le renforcement de l'équipe (arrivée de personnel accompagnant les personnes en

accueil temporaire) est bénéfique pour la bonne prise en charge des résidents. La répartition des tâches rend l'équipe plus disponible.

L'hygiène corporelle est conseillée et accompagnée par le personnel. Il existe un outil de communication et de transmission pour l'équipe : une feuille de suivi de soins destinés aux résidents qui nécessitent une aide totale ou partielle.

Les accueils temporaires nécessitent une prise en charge spécifique et une vigilance constante.

Les personnes en difficulté ainsi que les accueils temporaires sont suivies au niveau de l'hygiène grâce à une traçabilité (fiche de suivi de soins)

Au vu des observations de l'équipe, le suivi de l'hygiène pourrait être élargi à plus des résidents mais sans pour autant altérer leur intimité et leur autonomie. Certains bénéficiaires doivent constamment être stimulés.

L'accroissement temporaire du nombre d'encadrants en soirée devrait pouvoir être maintenu pour assurer la continuité des soins et de l'hygiène. Sensibiliser les résidents à l'image qu'ils véhiculent et leur rendre « acteur » de leur bien être

12.10 Questionnement éthique et gestion des tensions autour du rapport au corps :

Au sein du foyer, il n'y a actuellement rien à déplorer en termes de déviance autour du rapport au corps qui puisse porter atteinte à la collectivité. Si le cas se présente, les professionnels interviennent de manière adaptée (à l'écart des autres) et pose ainsi le cadre existant. La psychologue peut être sollicitée pour reprendre la situation avec l'équipe et les personnes concernées en entretien individuel.

La gestion de la prise en charge des périodes menstruelles demeure difficile aussi bien pour la résidente (incompréhension et gêne, éducation) que pour l'équipe qui se sent parfois démunie en terme de stratégies (intervention de professionnels extérieurs style planning familial) où se trouve la limite d'intrusion dans leur intimité, comment maintenir la bonne distance professionnelle ?

12.11 Prévention et gestion des risques d'atteinte à l'image et à la dignité des personnes :

L'utilisation de ce support n'est pas systématique au foyer, cependant chaque résident est consulté lors de la prise de photos. Ces photos sont prises uniquement lors d'évènements ponctuels et en interne. Ces images peuvent être transférées sur le site internet de l'APAEI.

Le personnel est bienveillant et sensible à l'apparence physique des résidents. Des apprentissages autour de l'image de soi sont réalisés avec guidance physique et verbale (s'adapter à la météo, jours de travail, week-ends et sorties).

12.12 Identité et pratiques culturelles/religieuses de la personne accueillie :

Aucun document officiel (projet d'établissement, contrat de séjour, règlement de fonctionnement) ne définit le cadre d'exercice du droit à la pratique religieuse. Néanmoins, les valeurs religieuses de chacun sont reconnues par tous les professionnels. Les attentes des familles sont entendues mais pas systématiquement mises en pratique, en particulier en ce qui concerne les repas adaptés.

Le foyer n'a jamais été confronté aux doléances inhérentes à la prise en compte du droit à la pratique religieuse.

12.13 La communication avec la personne accueillie

Le personnel interpelle les résidents par leur prénom usuel dans le vouvoiement. Cependant selon l'ancienneté de la personne accueillie et de l'encadrant ou sur demande le tutoiement est plus utilisé. Une formation sur la bientraitance a été organisée en 2009, pour sensibiliser le personnel au vouvoiement des personnes accueillies. Un référentiel bientraitance a été formalisé, diffusé à tous les salariés de l'APAEI. Depuis, chaque nouveau résident qui intègre la résidence est vouvoyé.

En général le personnel est attentif à établir une communication respectueuse avec les résidents sans les infantiliser ni les rabaisser. Toutefois l'encadrant et la hiérarchie sont là aussi pour poser et respecter le cadre établi avec fermeté lorsque c'est nécessaire.

Ces notions sont discutées lors de la réunion d'équipe, dans certains cas arbitrées par la chef de service et /ou la direction.

12.14 L'alimentation et les conditions de prise de repas

Les prestations alimentaires , les besoins des personnes accueillies et la diététique :

Dans l'ensemble, les quantités alimentaires sont suffisantes mais il arrive parfois que les personnes sont en demande d'une ration supplémentaire. Elles peuvent être alors resservies uniquement pour l'accompagnement (légumes, féculents). Les repas sont variés et appréciés par les résidents car ceux-ci sont préparés « maison » ainsi que les desserts (légumes et fruits frais). C'est dans le cadre du conseil à la vie sociale et de la commission de menus que sont transmises les observations faites par les personnes accueillies et ou leur représentant légal.

Les différents régimes et considérations diététiques et médicales de chaque résident sont pris en compte sur l'ensemble des repas. Certains résidents sont suivis à

l'extérieur par une diététicienne au frais des résidents, l'équipe encadrante assure le suivi au travers d'un document fournit par celle-ci.

C'est la maitresse de maison qui fait le lien avec le prestataire de restauration autour de la diététique et de l'équilibre nutritionnel des repas. Les professionnels d'accompagnement sont sensibilisés dans leur pratique au quotidien (petit déjeuner adapté : fromage le matin pour les régimes, brioche le dimanche).

Les week-ends, les jours fériés et les anniversaires sont l'occasion d'intégrer une notion de plaisir et de convivialité autour d'un gâteau élaboré par les résidents accompagnés des encadrants ou autres.

Le weekend, les résidents participent aussi à l'élaboration du repas. Certains résidents en font la demande, et leur participation est très active.

L'équipe de restauration (repas de midi), la maitresse de maison (repas du soir)et les professionnels d'accompagnement (repas du week-end) sont attentifs à la présentation et à la décoration des plats grâce à l'investissement de vaisselle adaptée. Qualité des produits de base (légumes et fruits frais...) variété des repas, faits maison, prise en compte de l'individualité (régimes, diététique , et santé).

La sécurité alimentaire :

Les produits frais sont étiquetés, la traçabilité attestant de la qualité, de la composition, et des garanties de fraîcheur.

A ce jour les conditions matérielles et la configuration des locaux ne sont pas adaptées pour effectuer tous les contrôles nécessaires et respecter les normes de stockage. Néanmoins les aliments sont immédiatement réceptionnés et stockés aux endroits adéquate (congélateurs , réfrigérateurs, réserve alimentaire), par la maitresse de maison pour éviter de rompre la chaine du froid. C'est la maitresse de maison qui confectionne les repas du soir pour les 2 établissements d'hébergements (FASPHV/FAHT). Pendant les week-ends et jours fériés c'est le personnel d'accompagnement qui confectionne les repas en lien avec la maitresse de maison et le prestataire de restauration.

En ce qui concerne les sorties extérieures, des glacières et sacs isothermes sont mis à disposition du personnel.

Les conditions de sécurité alimentaires sont respectés dans le cadre des ateliers cuisine : lavage des mains avant l'atelier, port du tablier, désinfection de la table, lavage des denrées.

La gestion des étiquettes et des dates de péremption sont respectées. Il n'y a pas de stockage de plats cuisinés. Une fontaine à eau est installée ce qui évite l'achat de bouteilles d'eau.

Certains studios sont équipés de kitchenette ce qui suppose un stockage de certains aliments. Ces personnes cuisinent et mangent dans leur studio seulement durant les week-ends.

Le personnel en service est disponible en cas de difficulté. Le règlement de fonctionnement stipule que le référent accompagne au minimum une fois par semaine le résident dans la gestion de son frigidaire (dates de péremption, conditionnement des aliments) dans une dynamique éducative.

Il est autorisé de conserver des produits secs en quantité limitée (biscuits, chocolats) soumis à la vigilance du personnel. Les personnes accueillies sont informées au quotidien sur : les risques sanitaires et bactériologiques (hygiène de leur lieu de vie et médicales (prise de poids...taux de glycémie , interférence avec les traitements médicaux). Une infirmière libérale pèse les résidents et prend leur tension une fois par mois.

Vigilance de la part de la maitresse de maison au vu des conditions actuelles : cuisine ancienne, pas de stockage, matériel rudimentaire, vigilance de la part du personnel d'encadrement, à l'égard des résidents et leur état de santé.

Un projet de réorganisation « de l'espace restauration » est en étude, à ce jour.

Nous préconisons l'intervention d'un organisme extérieur pour informer et sensibiliser les professionnels du foyer, sur les conduites alimentaires, diététique, répercussion sur la santé.

La concertation sur les menus et leur diffusion

Les menus sont établis sans concertation des personnes accueillies. Néanmoins le week-end elles ont la possibilité d'exprimer une demande particulière. Cette demande est prise en compte par la personne en service ce jour- là.

C'est dans le cadre de la commission des menus ainsi que dans la préparation du conseil à la vie sociale, que les doléances des personnes accueillies sont entendues. Le personnel encadrant prend le relais en tant que porte- parole au niveau des institutions.

Les menus de midi et soir sont affichés dans la salle à manger. Ils sont adaptés et accessibles par tous les bénéficiaires avec l'aide de l'encadrant.

La plupart du temps les menus affichés correspondent aux repas servis.

Les temps et les conditions matérielles des prises de repas

Les horaires de prise de repas sont en adéquation avec le fonctionnement de l'établissement.

Les sorties occasionnelles du week-end n'interfèrent pas dans le rythme des repas (ex sortie au restaurant, concert,) au contraire cela crée une dynamique et un plaisir partagé avec les encadrants, et aide aussi au développement de la socialisation et de l'intégration dans la cité.

Les personnes mangent dans un environnement agréable et fonctionnel par table de 4. C'est le personnel qui pose les plats sur chaque table et les résidents se servent. Les résidents en fonction de leur capacité gèrent l'organisation du temps du repas (préparation de la table, débarrassage, lavage et rangement de la vaisselle, balayage des sols) sous la responsabilité de l'encadrant. Cette organisation est affichée dans la salle à manger. Les résidents ont une place définie par eux même. C'est un temps

d'échange qui génère parfois une ambiance trop bruyante (moyenne de 25 personnes), ce qui peut perturber certains résidents.

En cas de maladie ou d'épidémie, les résidents restent dans leur chambre.

Le respect des horaires permet aux résidents d'avoir des repères.

Le partage des repas permet une convivialité et des échanges entre les résidents et les professionnels. La configuration de la salle à manger nécessite parfois des réaménagements de la part des encadrants dans le souci de garder une aisance, une convivialité pendant les repas.

On constate une participation active des résidents dans l'organisation du temps de repas.

La fonction éducative et d'apprentissage

Ce besoin primaire est respecté dans le cadre espace- temps repas. Les encadrants sont attentifs aux conduites alimentaires de chaque résident. Leur intervention (stimulation verbale) est parfois nécessaire. Pour certains résidents, il s'agit de manger pour d'autres réduire les quantités dans un souci d'équilibre alimentaire et de bien- être . Néanmoins certaines habitudes alimentaires sont respectées dans la mesure du possible. Le personnel aide à la prise des médicaments qui sont préparés (semainier) par une infirmière libérale.

L'accompagnement à la prise de repas est un temps de travail où l'encadrant mange à table avec eux.

L'équipe n'est pas accompagnée par des spécialistes (diététicienne) ce qui permettrait d'avoir des références face aux déviances des résidents.

La fonction symbolique, identitaire et de socialisation

Les professionnels sensibilisent les résidents à la notion de convivialité et favorisent une ambiance sereine (en évitant de régler des conflits existants dans ce temps- là, mais repris ultérieurement dans un autre cadre.

La prévention du gaspillage reste difficile dans le contexte institutionnel (ne pas garder les restes de plats cuisinés).

La diversité des repas (rajout des épices, utilisation de produits frais...) permet aux résidents de découvrir d'autres saveurs, d'autres goûts, d'autres spécialités culinaires et culturelles.

Des repas sont organisés en interne et en externe tout au long de l'année par le personnel encadrant, des associations dont certains résidents sont adhérents. La participation des résidents est active et en demande (sorties restaurant...)

Certaines sorties ne sont pas possibles du fait de la restriction budgétaire de l'établissement et du faible revenu des résidents.

L'objectif d'intégration est favorisé dans la cité à travers les différentes manifestations.

La fonction d'apprentissage et de socialisation

Les encadrants rappellent régulièrement aux résidents des règles de base: lavage des mains, posture à table, utilisation de leur serviette, utilisation des couverts, objets personnels mis ailleurs que sur la table. Le rappel régulier des codes sociaux permet à terme une meilleure vie en collectivité.

Il serait souhaitable d'un point de vue de l'hygiène, que les résidents utilisent plutôt des serviettes en papier plutôt que celles en tissu utilisées actuellement.

12.15 La blanchisserie, la gestion de la vêtue et l'individualité de la personne

L'entretien du linge personnel des résidents est traité par un prestataire extérieur (blanchisserie de l'ESAT de Thann) une fois par semaine, d'où l'obligation d'étiqueter le linge. Chaque vêtement est étiqueté au nom du résident par le personnel encadrant. Le linge de maison (serviettes et gants de toilette,) est vérifié tous les matins par la maitresse de maison et changés selon le protocole 2 fois par semaine. Les draps sont changés tous les 15 jours au minimum (sauf en cas de nécessité). Chaque résident dispose de 2 bacs à couvercle dans leur studio, un pour le linge propre et un pour le linge sale. Les personnes accueillies ont la responsabilité de descendre le bac du linge sale à la buanderie chaque dimanche soir. Le foyer est équipé d'une buanderie (2 machines à laver, 2 sèche-linge, 1 planche à repasser et un fer à repasser) gérée par la maitresse de maison et mais aussi utilisée par le personnel en service la nuit.

Les résidents ne sont pas associés à l'entretien de leur linge toutefois ils sont sollicités pour le rangement au retour de la blanchisserie. Le fonctionnement actuel du traitement du linge ne favorise pas une autonomie du résident (travaillant en journée à l'Esat il est difficile dès lors d'assumer des tâches de la vie quotidienne).

Il apparait que la lingerie n'est pas adaptée aux exigences d'une collectivité (machines à laver non professionnelles) peu d'espace. Aussi nous préconisons de renouveler les machines à laver et les sèche-linge.

La gestion de la vêtue, l'autonomie et l'identité de la personne accueillie

Des sorties achats vêtue avec les résidents sont effectuées à chaque saison et plus si nécessaire (prise ou perte de poids, déchirure, dégradation ...) Les encadrants tiennent compte du budget alloué par le tuteur et ou par la famille. Ceux-ci ne sont pas toujours ouverts à une démarche d'achats réguliers de plus un seul bon est délivré avec une somme allouée ce qui ne permet pas de se rendre dans plusieurs

magasins et de profiter ainsi des périodes de promotion et de développer un objectif d'insertion sociale et d'identité. Les encadrants sont vigilants quant à l'image véhiculée mais des difficultés de prise de conscience de la part des résidents persistent (adaptation à la météo, propreté de la tenue...)

Un des points forts de l'établissement est à cet égard la participation active des résidents au choix et à l'achat des vêtements

Les encadrants se heurtent à certains tuteurs peu coopératifs. Le système actuel est peu favorable à développer les objectifs cités dans les constats généraux.

Nous préconisons de sensibiliser davantage les résidents à la notion d'argent et à sa valeur. Leur argent de poche dépensé actuellement uniquement pour l'alimentaire, pourrait aussi être destiné à acheter un vêtement de leur choix. Ceci évite de rentrer dans une procédure lourde de demande à la tutelle en privilégiant une démarche éducative interne.

12.16 L'évaluation des rythmes

Les rythmes institutionnels ont été définis par l'association gestionnaire et le directeur à l'ouverture de la structure et inscrits dans le projet d'établissement, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement.

Ils sont en adéquation avec les rythmes sociaux ordinaires de façon à donner des repères aux personnes accueillies.

Pour répondre à la spécificité de la personne en situation de handicap, des aménagements ont été mis en place en fonction des conditions climatiques (horaires été /hiver). Par ailleurs certains résidents ont des horaires aménagés décidés en équipe pluridisciplinaire : temps partiel ou journée raccourcie. Leurs demandes sont prises en compte dans la mesure du possible. Faute de place dans d'autres services adaptés le résident reste dans son studio. En cas de sortie de l'ESAT, une orientation est organisée pour que la personne puisse intégrer un établissement répondant à ses besoins et attentes du moment : SAJ/FAS/FASPHV.

Les résidents qui ont des aménagements horaires sont livrés à eux-mêmes sur leur lieu de vie. Cette situation vient du fait qu'il n'y a pas d'encadrement au foyer la journée (fonctionnement d'internat).

Des items dans la grille d'évaluation individuelle permettent de répertorier les mesures prises par rapport au rythme institutionnel et également par rapport au choix des résidents pour leurs loisirs et toute activité extra foyer.

C'est dans le cadre du conseil à la vie sociale (une fois par trimestre) et le temps de parole (une fois par mois) que sont entendues leurs demandes.

Dans le règlement de fonctionnement il est stipulé qu'à partir de 22h, il n'y ait plus de nuisances sonores dans le bâtiment, chaque résident doit regagner son studio. L'horaire du lever est également bien défini : douche à partir de 6h30 et petit déjeuner à partir de 7h.

Les résidents se rendent à pied sur leur lieu de travail qui se situe à environ 10 minutes de leur lieu de vie.

La parole des résidents est entendue dans la mesure du possible mais pas toujours réalisable au vu de l'organisation institutionnelle (planning du personnel, restriction budgétaire liée à certaines demandes d'activités, élaboration des menus du week-end qui monopolise le personnel au détriment d'un accompagnement plus individuel.

Le fonctionnement de l'équipe à ce jour (travaillant en soirée, nuit et week-end) ne favorise pas un suivi individuel des personnes accueillies, la notion de référent obligatoire par les textes n'a plus son vrai sens. L'exigence de la polyvalence des tâches du week-end entrave le sens du travail éducatif de l'accompagnement.

Un réaménagement du planning des accompagnants serait judicieux. Séparer le personnel de jour et de nuit.

Les veilles de nuit devraient se faire par les mêmes personnes.

13 L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

13.1 Les objectifs visant au développement de l'autonomie

Les projets personnalisés d'accompagnement sont en cours d'élaboration. Certains ont déjà été sommairement formalisés, avec des objectifs bien précis.

Les personnes accueillies au foyer sont rémunérées en tant que travailleur handicapé et bénéficient d'un studio favorisant leur indépendance à l'égard de la famille. Une grille d'évaluation sert à définir la trame du projet personnalisé en cours. La grille d'évaluation englobe de grands items dans lesquels se déclinent différents critères: vie sociale, vie quotidienne, rapport au corps et à la santé, compétences dans l'environnement et vie quotidienne. L'entretien des lieux privés (studio individuel) est assuré soit par la famille ou par la mise en place d'un service extérieur de façon hebdomadaire. Une maîtresse de maison assure au quotidien l'entretien des locaux collectifs. L'équipe a décidé d'un certain nombre de règles de vie non écrites à ce jour en tenant compte du fonctionnement de l'équipe à savoir un encadrant assurant seul le service avant l'arrivée du veilleur de nuit : Chaque résident doit se doucher avant le repas du soir, le professionnel en service essaie d'assurer une guidance pour les résidents qui en ont besoin, il s'aide d'une fiche « suivi d'hygiène » pour répondre aux besoins des familles.

Les résidents bénéficient de temps libre : ils informent le professionnel de leur départ et de leur retour.

13.2 L'accès et accompagnement aux soins

La gestion des traitements médicaux est prise en charge par une infirmière libérale de façon hebdomadaire. Les rendez-vous extérieurs (suivi psy, et autres rdv médicaux) sont pris par l'encadrement, les personnes accueillies bénéficie des transports ambulance. Les résidents ont une autonomie suffisante pour se rendre seul à leur rendez-vous.

Le résident pour lequel un examen médical est source d'angoisse sera accompagné par un personnel de l'équipe.

Les rendez-vous chez la diététicienne sont systématiquement accompagnés par un personnel. La praticienne le demande, pour plus de sureté, et pour pouvoir communiquer avec un professionnel. Le résident n'étant pas toujours en mesure de répondre à ces questions.

En ce qui concerne la gestion de l'argent de poche, un protocole a été mis en place. Chaque jeudi soir, l'ensemble des résidents ont la possibilité de retirer leur argent de poche auprès de l'encadrant. La gestion des achats des vêtements est assurée par l'encadrant avec l'accord du tuteur ou par la famille.

Les résidents se rendent à pied sur leur lieu de travail, situé à environ 500m de leur lieu de vie et sans accompagnement. Ils se rendent aussi seuls dans les commerces et service de proximité du village.

Il existe différentes sources d'informations (journal, internet) qui leur sont accessibles avec ou sans accompagnement.

Il existe un cadre de fonctionnement appliqué par l'ensemble de l'équipe

Les protocoles et les règles mises en place sont verbalisés et non formalisés par écrit.

13.3 Le soutien à l'autonomie et la prévention des régressions, l'aménagement des conditions matérielles d'accompagnement :

L'ensemble des activités tient compte des capacités, des attentes, des demandes des résidents dans la mesure du possible . La lourdeur des protocoles (réservation de véhicules, prise de clefs dans le bureaux, autorisations nécessaire , budget....) ainsi que le fonctionnement du service peuvent ralentir l'aboutissement d'un projet de sortie et entraver une certaine spontanéité .

Les professionnels ont connaissance des traitements médicaux en cours ainsi que les contre-indications médicales. Par conséquent ils prennent en compte ces considérations pour proposer des activités adaptées.

Les professionnels favorisent plutôt une autonomie dans les limites de fonctionnement de l'établissement

Malgré l'absence de projets personnalisés d'accompagnement, l'équipe a le souci au travers de ses observations et de ses questionnements du bien être des résidents et du développement de leurs compétences. La famille et ou les tuteurs sont associés et sensibilisés à tout changement. C'est au quotidien que les réajustements s'effectuent.

Les risques de régressions observés sont remontés lors des réunions d'équipe, mais d'une manière succincte, les professionnels ne sont pas formés dans cette réflexion et dans l'analyse.

C'est le chef de service qui conduit les réunions, il sensibilise l'équipe à tous ses aspects de la prise en charge.

***La lourdeur des protocoles freine toute spontanéité.
Il n'y a pas de Projets individuels correctement formalisés***

13.4 La citoyenneté et l'insertion sociale des personnes accueillies

Le projet d'établissement n'informe pas de manière suffisante sur les droits, obligations et devoirs de citoyen de la personne accueillie.

Les professionnels mettent en œuvre des moyens et supports pédagogiques adaptés au niveau de compréhension des personnes accueillies, notamment dialogue autour de thèmes spécifiques et lecture du journal (élections présidentielles)

L'établissement ne prévoit pas de formations particulières en direction des professionnels autour de la citoyenneté des personnes accueillies.

Il est difficile de savoir si les personnes accueillies sont au fait de leurs droits, obligations et devoirs inhérents à leur statut vu le niveau de compréhension.

Les encadrants accompagnent les personnes accueillies de manière personnalisée dans la mise à jour des documents administratifs (carte vitale, renouvellement carte d'identité).

Dans la mesure du possible, les personnes accueillies sont associées aux démarches administratives les concernant, ce qui permet dans le même temps d'évaluer les compétences de ces personnes dans ces différentes démarches.

L'évaluation a révélé que la formation des professionnels sur la citoyenneté des personnes accueillies est insuffisante.

Les accompagnements éducatifs incluent dans la prise en charge quotidienne la transmission des codes sociaux permettant une intégration sociale (participation aux différentes manifestations dans la commune et à l'extérieur, certaines personnes accueillies peuvent aller faire des courses ou aller à la pharmacie en étant alors valorisées par les encadrants)

Les professionnels mettent en œuvre les apprentissages nécessaires à cet effet (formules de politesse rappelées continuellement) et cela de manière adaptée en fonction de la compréhension des personnes accueillies.

Si un comportement est jugé inadapté par l'équipe, les encadrants expliquent aux personnes accueillies les règles nécessaires pour bien vivre ensemble.

Les professionnels expliquent aux personnes accueillies la valeur de l'argent et dans quel cadre l'utiliser à bon escient (les personnes accueillies demandent souvent avant d'aller faire des courses si elles ont de quoi payer, elles peuvent parfois aussi

demander de l'argent à leur famille/tuteur en fonction de leurs besoins). Cela leur permet également de travailler par ce biais là l'identité sociale (valorisation lors d'achat de nouveaux vêtements par exemple)

Lorsque cela est possible, les personnes accueillies font le choix de leur tenue vestimentaire, adaptée au contexte et à la météo (les professionnels complimentent, valorisent les personnes accueillies, donnent des conseils quant aux couleurs à associer pour une tenue agréable à regarder, permettant une valorisation sociale des personnes accueillies)

13.5 Le développement durable

Les personnes accueillies ont été sensibilisées par les encadrants aux valeurs, principes et objectifs du développement durable. A ce sujet, les personnes accueillies réalisent un tri sélectif des déchets.

L'établissement a développé des outils spécifiques (mise à disposition de poubelles à tri sélectif : plastiques, carton, verre, métaux). Des pictogrammes permettent aux personnes accueillies de différencier les différents bacs de tri.

Comme les personnes accueillies participent aux tâches ménagères de la structure, elles sont invitées à trier les déchets, de façon autonome.

Toutefois, les personnes accueillies ne sont pas forcément impliquées dans l'économie d'énergie et d'eau mais une sensibilisation est faite à ce sujet par l'équipe.

Les personnes ne sont pas forcément conscientes des enjeux liés à l'écocitoyenneté et au développement durable mais participent sans difficulté au tri des déchets

14 L'élaboration et la conduite et l'évaluation du projet personnalisé

14.1 L'analyse de la situation

Le projet personnalisé d'accompagnement est un outil méconnu des professionnels.

Il faut souligner l'absence relative par le passé d'un cadre éducatif. Le Chef de Service n'a été nommé que depuis janvier 2011).

Les informations recueillies sont mises à disposition de l'équipe lors des temps de réunion dédiés à l'échange des situations des bénéficiaires. Depuis peu les comptes rendus de réunion sont réalisés par écrit. En l'état actuel des pratiques professionnelles, l'analyse de la situation de la personne n'est pas formalisée par écrit dans le projet.

Un temps de transmission entre les deux personnes de service (celle qui finit, et celle qui commence)

Il existe par ailleurs, un cahier de transmission où les informations sont notées après chaque service.

Avant chaque reprise de service, le professionnel a l'obligation de le lire, pour continuer la prise en charge adaptée, en cas de problèmes survenus (conflits, problèmes de santé, rendez-vous pris,.....)

L'Établissement ne propose pas aux Bénéficiaires un Projet Individuel formalisé.

A ce jour, une grille d'évaluation a été élaborée par le chef de service et le psychologue.

Cet outil a été expliqué à l'équipe, au cours d'une réunion, une grille a été remplie, ensemble pour permettre aux professionnels de la comprendre d'une part, et pour se l'approprier.

Nous préconisons de formaliser par écrit, l'analyse de la situation de la personne et l'ensemble du projet personnalisé.

14.2 Le recueil d'informations

Jusqu'à l'arrivée d'un cadre éducatif dans l'histoire de l'établissement il n'existait aucun document formalisé qui permettait de recueillir les informations nécessaires à la connaissance de la situation du résident (connaissance du handicap, parcours antérieur...) malgré cela le personnel était en demande d'informations de compréhension de celles-ci pour une meilleure prise en charge.

Des initiatives ont été unilatéralement prises par l'équipe comme : un bilan au centre de santé, recueil d'informations auprès du résident lui-même ou de sa famille et ou / représentant légal.

Aujourd'hui il existe un dossier d'admission rempli par la personne elle-même ou son représentant légal.

Le chef de service réalise des démarches pour retrouver le parcours institutionnel et personnel des personnes accueillies, depuis l'ouverture de la structure. Cette démarche reste très difficile. Les établissements concernés ne possèdent plus d'informations.

Un outil de travail (grille d'évaluation) a été élaboré dans le but d'évaluer la situation du résident pour construire et formaliser son projet permanent d'accompagnement.

Des outils d'observation sont mis en place : classeur contenant des notes d'observation, la responsabilisation du référent pour recueillir les informations, communication à l'équipe.

Lorsque les circonstances le rendent possible, le recueil d'informations, peut être recherché auprès des personnes elles-mêmes ou de son entourage.

Le sentiment général des évaluateurs est que les professionnels peuvent manquer parfois sur les antécédents de la personne au moment de son admission.

L'établissement s'organise petit à petit pour structurer l'information recueillie sur la personne

Le personnel encadrant n'a pas suffisamment de recul pour analyser cet outil étant donné sa récente mise en place. Par conséquent le résident ne peut y être associé de manière objective.

La mise en route de cette grille (précision des différents points à évaluer) est une véritable aide pour le professionnel référent. Cette démarche est commune à l'équipe (grille universelle pour tous les résidents.). Toutefois, Il n'existe pas encore de grille d'évaluation des compétences, et du niveau d'autonomie des personnes. Cependant le service commence à promouvoir la démarche d'évaluation des compétences et du niveau d'autonomie de la personne.

L'évaluation a permis de repérer des difficultés pour l'équipe d'exploiter et de partager ces outils de recueil d'informations lors de la réunion obligatoire hebdomadaire (ou l'ensemble de l'équipe n'est pas régulièrement présent) étant donné le fonctionnement institutionnel personnel travaillant la nuit...) De plus le personnel d'encadrement n'est pas formé à cette démarche d'écriture et à l'appropriation du vocabulaire dans le secteur médico- social dont les exigences sont de plus en plus importantes.

De même que l'évaluation a mis en exergue le manque de formation du personnel actuel à la démarche de construction de projet personnalisé lié aux exigences de la loi de 2002. Les formations des professionnels n'est pas en adéquation avec la fonction.

Le recueil d'information ne repose pas sur des outils formalisés. Cependant les professionnels travaillent et rencontre les familles, par le biais du chef de service.

14.3 La construction du projet personnalisé

Dans le futur projet personnalisé tel qu'il est imaginé aujourd'hui, la réalité du quotidien sert de support pour définir des objectifs. L'équipe est garante de la continuité et de l'aboutissement de ces objectifs.

La formalisation des projets permanents d'accompagnement est en cours. C'est durant le temps de réunion que les difficultés sont verbalisées et traitées.

Un travail préalable de l'équipe dans la préparation du projet est faite en amont et présenté au résident. C'est à ce moment-là que le résident y est associé en ayant la possibilité d'émettre ses souhaits et ses attentes. Les documents seront en conformité avec les recommandations de l'ANESM.

Actuellement la conception du projet personnalisé est plutôt dans une phase de sensibilisation voir même d'apprentissage de la part de l'équipe, sa construction est en cours et nécessite un certain recul pour pouvoir l'évaluer. Ces remarques sont donc valables pour les fiches suivantes.

14.4 La préparation et le suivi de la sortie

Le foyer étant une structure pour des personnes handicapées qui travaillent, l'orientation des résidents se fait naturellement au jour de leur retraite. Au cours de

leur parcours, des projets de sorties sont possibles suite à la demande du résident (projet de vie, évolution de leurs problématiques.)

La planification et la préparation de la sortie se font en partenariat entre la nouvelle structure d'accueil et le foyer ainsi que le représentant légal. Les informations inhérentes au fonctionnement et à la prise en charge sont transmises.

Une prise en charge thérapeutique ainsi que des stages d'immersion sont effectués dans le but d'une transition réussie sans brutalité. Le départ est officialisé et matérialisé par un pot réunissant l'ensemble des résidents et du personnel. Une aide matérielle est également organisée dans la mesure du possible (déménagement...)

Un lien est maintenu sur une période très courte pour s'assurer de l'intégration, du bien-être du résident nouvellement installé.

Un travail en amont en partenariat avec la structure qui accueillera le résident est réalisé.

15 La participation a la vie institutionnelle

15.1 La participation des résidents à la vie institutionnelle se traduit par le biais :

- Des temps de parole : lieu d'expression pour l'ensemble des résidents sur l'organisation du service ainsi que sur la régulation du groupe.
- Du conseil à la vie sociale : lieu d'écoute qui a notamment pour vocation de favoriser la participation des résidents à la vie institutionnelle, à travers ses représentants. Cette instance se réunit trois fois minimum par an, peut débattre sur de nombreux sujets en rapport avec l'organisation et le fonctionnement du service (organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle, des projets d'équipement.
- de la commission- menus : elle se tient une fois par trimestre, lieu d'échange avec les résidents sur les menus préparés.
- la participation du résident et ou son représentant légal à son projet personnalisé d'accompagnement.
- la participation des résidents à des enquêtes de satisfaction dans la démarche qualité
- l'accès du résident à son dossier : chacun a un droit d'information, d'accès au dossier le concernant, ainsi qu'à la confidentialité de celui-ci. Un dossier qui comprend les informations sur l'identité civile, l'aspect éducatif, compte rendu divers.
- le livret d'accueil est remis à toute personne qui souhaite intégrer la structure ou qui se renseigne sur l'établissement.
- le contrat de séjour : l'admission n'est effective qu'après la signature du contrat de séjour, qui est remis au résident et ou à son représentant légal.
- le projet personnalisé d'accompagnement : l'équipe encadrante élabore(ra) un projet personnalisé pour chaque résident. Les objectifs de ce projet d'accompagnement consistent à individualiser la prise en charge de chacun en

tenant compte de leur singularité (handicap, besoins spécifiques). Les objectifs peuvent être réactualisés, le projet est révisé, et assuré par l'encadrant référent. Les objectifs font l'objet d'un avenant au contrat de séjour. A cette occasion, une rencontre avec le représentant légal et l'établissement peut être envisagée.

15.2 Le conseil à la vie sociale : une instance de participation réelle et effective

Le projet d'établissement énonce brièvement l'existence du conseil à la vie sociale, à raison de trois séances par an. Le calendrier est respecté, la date est programmée à la fin de chaque séance.

Les professionnels mettent en œuvre des moyens et supports pédagogiques adaptés au niveau de compréhension des personnes accueillies, notamment dialogue autour de thèmes spécifiques et lecture du journal (élections présidentielles)

La séance est préparée lors du temps de parole : les représentants des usagers interrogent l'ensemble des résidents (projets, demandes, doléances....) et les écrivent dans un cahier prévu à cet usage.

Pendant la séance, la parole est prise à tour de rôle par les délégués. Des questions spontanées peuvent être entendues également.

Les demandes matérielles sont prises en compte dans les meilleurs délais. La parole des résidents est entendue, pas de sentiment de frustration.

Les propositions faites ont permis d'améliorer le quotidien des personnes accueillies, et leur cadre de vie.

Le personnel ne connaît pas forcément les modalités et les règles du CVS. (Sujets à aborder).

Au jour de l'écriture du rapport, le règlement du conseil à la vie sociale a été diffusé à l'ensemble du personnel (document rangé dans le classeur des documents obligatoire, situé dans le bureau de l'équipe, et qui est à leur disposition

Les résidents sont en demande de compréhension de cette instance, et des explications quant à son contenu.

Les questions soulevées sont traitées dans la mesure du possible dans les meilleurs délais. Parfois même immédiatement. Le CR est diffusé à tous les résidents ainsi qu'à tout le personnel, mais celui-ci demeure peu exploitable par les résidents. En cas de refus les explications fournies par la direction sont dans l'ensemble acceptées par les résidents.

Certaines propositions sont alors différées pour raisons budgétaires et ou d'organisation institutionnelle et de sens éducatif.

Les comptes rendus sont rédigés par la secrétaire de séance, et archivés dans un classeur prévu à cet usage par le représentant des salariés.

Un compte rendu est donné à chaque résident.

16 La protection des personnes accueillies et la bientraitance

Le projet d'établissement ne mentionne pas les orientations et les mécanismes ou dispositifs institutionnels visant à la prévention des risques de maltraitance et protection des personnes accueillies cependant l'A.P.A.E.I a dispensé en 2009 une formation à l'ensemble du personnel, direction comprise.

Cette dernière a été formalisée par un référentiel de bientraitance et diffusé à chaque service en janvier 2009.

Le personnel encadrant dispose d'une fiche d'auto évaluation : outil de prévention individuel qui permet de s'auto analyser, d'avoir du recul durant une période difficile. Ce dispositif est complété par une offre d'appui vers lequel chaque salarié peut se tourner en cas de nécessité.

La charte de bientraitance est affichée dans le service dans un espace commun, mais devrait être davantage adaptée aux personnes accueillies (supports visuels).

Tous les protocoles concernant ce dispositif se trouvent dans le référentiel de bientraitance.

Les personnes accueillies sont entendues, mais cela est très difficile pour elles de s'exprimer.

C'est avec le soutien et l'aide de l'équipe encadrante, du psychologue, du chef de service qu'elles peuvent communiquer leur mal être, et leurs souffrances.

Le référentiel est mis à disposition des nouveaux arrivants (personnel, stagiaires) . Il est consultable sur place.

Il existe un référentiel de bientraitance, suite à une formation de l'ensemble des salariés. Ce document est diffusé dans toutes les structures, consultable par tous les professionnels, également remis aux stagiaires et toute autre personne en contact avec notre public (bénévole,). Une charte a été établie, elle est accrochée dans les lieux communs, accessible à tous les professionnels.

Par contre, ce document n'est pas accessible aux personnes accueillies (absence de pictogrammes ou support visuel).

16.1 Prévention des risques climatiques, des nuisances et des pollutions

Une fiche concernant le protocole d'hydratation en cas de fortes chaleurs est affichée dans le bureau des professionnels. Les professionnels veillent à la sécurité des résidents pour éviter tous risques d'accidents en cas de risques climatiques, de nuisances diverses et de pollution (par exemple tenue adaptée aux conditions météorologiques, sorties annulées en cas de verglas)

L'évaluation a mis en exergue le manque d'outils nécessaires à la transmission des informations de façon adaptée aux personnes accueillies.

16.2 Entretien et hygiène des locaux communs au quotidien

L'hygiène des locaux est assurée quotidiennement par la maitresse de maison durant la semaine. Le weekend, les encadrants prennent le relais, si besoin.

La maitresse de maison suit un protocole particulier quant au bon usage des produits d'entretien, en respectant. Une personne de l'association est spécifiquement dédiée à l'entretien des locaux et peut-être appelé pour tous les petits travaux (ampoule à changer, fixer une étagère)

Une enquête de satisfaction devrait être réalisée auprès des résidents pour connaître leur niveau de satisfaction quant à l'hygiène des locaux.

Les visiteurs, les personnes accueillies et les professionnels font part de leur satisfaction vis-à-vis de l'hygiène des locaux.

16.3 L'hygiène et la sécurité alimentaires

La maitresse de maison réceptionne 2 fois par semaine les denrées pour confectionner les menus de la semaine. Elle rencontre le prestataire de restauration 1 fois par semaine afin de valider les menus pour une période de 15 jours. Ces menus sont écrits et remis à la maitresse de maison. Les produits frais sont stockés dans 3 congélateurs et 2 frigidaires. Les produits secs sont stockés sur des étagères dans une réserve fermée à clefs prévue à cet effet. A ce jour les règles de sécurité alimentaire ne sont pas formalisées par écrit :

La cuisine va être transformée et mise aux normes ce qui aura pour conséquences de nouvelles règles alimentaires.

16.4 L'identification et analyse des risques infectieux et sanitaires

La direction reçoit par mail les documents officiels du ministère de la santé dès qu'il y a risque infectieux et le diffuse à l'ensemble des établissements. A l'admission, l'équipe est informée du risque infectieux de la personne accueillie par le biais du dossier médical et/ou l'établissement antérieur.

La communication en interne est établit entre les différents services (ex : présence de poux ou de staphylocoque). Lorsque une épidémie ou un risque infectieux apparaissent le personnel est plus vigilant : sorties dans les lieux publics limités, déjeuners pris sur place et non à la restauration, visites restreintes, informations aux intervenants extérieurs (musique, kiné...).

C'est le médecin libéral référent de chaque résident, qui a la responsabilité de signaler les maladies à déclaration obligatoire.

L'établissement diffuse les recommandations du ministère de la santé en cas d'épidémie. Le service dispose d'un stock de gants, masques, gel hydro-alcoolique

disponible à plusieurs endroits collectifs. Procédure d'isolement du résident malade dans sa chambre en cas de grippe ou gastro-entérite

Une infirmière prépare une fois par semaine les piluliers des bénéficiaires. Elle s'appuie sur les ordonnances stockées dans un classeur nominatif. Les médicaments cherchés par les professionnels sont rangés dans l'armoire à pharmacie du bureau fermée à clefs. L'infirmière transpose dans un agenda les médicaments manquants, signale les ordonnances arrivées à expiration. Elle écrit et communique verbalement au professionnel en service. Ce sont les encadrants qui distribuent matin et soir les différents traitements au moment où les bénéficiaires sont assis à table. L'ensemble de l'équipe applique cet état de fait.

Les bénéficiaires sont attentifs à leur traitement. Il existe un stock de médicaments de première nécessité pour les maux de tête, maux de ventre... Une liste préétablie par le médecin est affichée sur la porte de la pharmacie dans le bureau des professionnels. Les professionnels sensibilisent les résidents à se rendre chez le médecin pour le renouvellement de leur traitement en cours.

Une professionnelle de santé intervient pour faire les piluliers. Cette procédure est très appréciée par les professionnels.

Le personnel souhaiterait être couvert lors de la distribution des médicaments de première nécessité. Certaines procédures ne sont pas formalisées par écrit.

16.5 Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Diagnostic des troubles de l'humeur et du comportement

Les conditions d'admission dans l'établissement étant d'une part la déficience intellectuelle, avoir une notification MDPH le mentionnant et d'autre part une orientation ESAT ou déjà étant travailleur handicapé, il n'est pas admis au FATH de personne ayant des problèmes psychiatriques graves.

Les personnes accueillies peuvent cependant avoir des troubles de l'humeur ou de comportement.

C'est en réunion d'équipe, que les observations ou faits sont signalés. Avec le concours du chef de service, un plan d'action est mis en œuvre pour aider les personnes concernées. Le chef de service accompagné de la direction si besoin, reçoit en individuel, la personne en souffrance, pour qu'elle puisse exprimer son mal être, ou tout simplement revoir les règles de collectivité, ou de fonctionnement (cela suffit quelquefois).

Ensemble, si la personne le souhaite, un entretien avec la psychologue est planifié, et plus si nécessaire, c'est-à-dire un rendez-vous avec un psychiatre.

Les accompagnants ne peuvent pas dans l'ensemble, repérer des signes d'alertes, faute de compétence et de formation.

Souvent, c'est un fait concret qui les fait réagir.

Un service psychiatrique peu accessible, les médecins traitants des personnes accueillies, travaillent en collaboration avec la structure.

La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

Il n'existe pas de projet thérapeutique formalisé. Toutefois, les objectifs et les moyens de prise en charge sont stipulés dans le projet d'établissement. Chaque cas est réfléchi en réunion d'équipe, la psychologue est informée (elle n'assiste pas à la réunion). Un objectif dans ce sens est posé dans le projet personnalisé d'accompagnement.

Un suivi de la prise en charge est organisé : l'objectif est régulièrement évalué, ainsi que la situation de la personne accueillie, une hospitalisation peut être envisagée si nécessaires. Les conduites à tenir sont formalisées dans le compte rendu de la réunion, ainsi que dans le dossier personnel de la personne. Le retour de l'hospitalisation est travaillé avec l'équipe de l'hôpital psychiatrique. Les personnes accueillies sont informées du retour de leur camarade.

Il arrive quelquefois que l'orientation soit remise en cause, ou que la personne souhaite quitter la collectivité pour aller en famille d'accueil par exemple.

16.6 La sécurité des accès, des installations et des équipements automobiles.

Les équipements sont soumis aux contrôles de sécurité en vigueur conformément à la réglementation. La fréquence est adaptée. L'agent d'entretien est responsabilisé sur la question de sécurité.

L'entretien courant des véhicules est assuré un atelier mis en place à l'IME, et le suivi est assuré par l'agent d'entretien. Les conditions d'utilisation du véhicule sont établies par le règlement intérieur. Les véhicules utilisés par le service sont adaptés aux besoins des personnes accueillies ; marchepied, emplacement pour fauteuil roulant, rampe, barres de maintien.

C. Le plan d'action et d'amélioration de la qualité des prestations ou RAPPORT FINAL

Lorsque l'on confronte la pratique institutionnelle d'accompagnement au travail au FATH de la Résidence Saint Jacques aux recommandations de l'ANESM, on constate de manière globale qu'elles reposent sur les mêmes fondements éthiques.

Néanmoins, constat est fait que les nécessités d'amélioration sont nombreuses si l'on en juge par les points faibles qui ont été repérés par les professionnels qui ont réalisé cette évaluation et les préconisations qu'ils ont produites en ce sens.

L'avantage de ce travail, par l'interrogation systématique de tous les aspects de la réalisation de la mission, est qu'il a permis de mettre en lumière des réflexions à approfondir, des élaborations à parfaire. Ce sont ces éléments que nous allons reprendre ici.

Dans ce qui suit, les préconisations énoncées dans les fiches d'évaluation ont été reprises, abondées et regroupées de manière cohérente et plus opérationnelle dans le plan d'amélioration de l'établissement.

Les arbitrages, priorisations et choix ont été réalisés par le Chef de Service, le Directeur de l'Association et le Président.

La synthèse des constats établis dans le cadre de cette évaluation et des préconisations d'amélioration par le groupe d'évaluation justifie la définition d'un plan d'action que nous avons structuré autour **de trois axes majeurs** :

- ***L'approfondissement des outils institutionnels et leur appropriation***
- ***L'accueil au quotidien des personnes accompagnées et l'exercice de leurs droits***
- ***L'accompagnement des personnes dans le cadre de leurs projets personnalisés***

De nombreuses actions correctives ont été introduites au dispositif depuis le début de la réalisation de l'évaluation et la définition des préconisations d'amélioration. Elles ne sont pas reprises dans le plan d'amélioration ci-après.

Le plan d'action qui sera élaboré à partir de l'ensemble de ces préconisations devra à présent déterminer les différents opérateurs qui seront chargés de mettre en place celles qui auront été retenues.

17 AXE I. L'approfondissement des outils institutionnels et leur appropriation

Nous avons réuni sous cet axe les constats suggérant l'opportunité d'agir sur un certain nombre de leviers :

17.1 Le projet d'établissement

Réactualiser le projet d'établissement

A l'issue d'une consultation des professionnels, des parents et des Usagers, en déclinaison du nouveau projet Associatif refondé en 2014, le projet d'établissement sera réactualisé à chaque évènement majeur et *a minima* tous les 2 ans.

Diffuser le projet d'établissement

- Il est souhaité que ce document soit largement diffusé. Il sera transmis systématiquement aux personnes accueillies, aux familles, aux professionnels, aux bénévoles, aux stagiaires, aux partenaires... Il devrait également être consultable dans un endroit repéré.
- Une nouvelle GED (Gestion Electronique des Documents) tout comme le nouveau site internet nous semble répondre à cette demande, tant pour les professionnels que pour les familles.
- Il précisera le dogme de l'Association au sujet de la pratique religieuse, en particulier en ce qui concerne les repas.
- Il est souhaité que l'ensemble de la structure se l'approprie et que son actualisation soit plus collective et plus régulière.

Créer un projet annuel de service.

- Définir chaque rentrée scolaire un projet collégial mais piloté par le CDS visant à décrire de manière opérationnel les objectifs de l'année scolaire à venir.

17.2 Le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et contrat de séjour

Compléter le règlement de fonctionnement

- Par les mesures prises en cas d'urgence ou situation exceptionnelles, le fonctionnement des chambres d'accueil temporaires.
- Intégrer au livret d'accueil du FATH un plan de situation géographique

Poursuivre la réactualisation du livret d'Accueil, du règlement de fonctionnement et contrat de séjour

- Le transcrire au moins pour partie sous des formes adaptées aux possibilités cognitives des travailleurs
- Travailler à l'appropriation des contenus ainsi élaborés et diffusés, auprès des usagers pour en faciliter la lecture et la compréhension (film sur site internet, pictogrammes, scénarios sociaux en soutien,...)
- Associer les personnes accueillies à l'élaboration du livret d'accueil/ règlement de fonctionnement via le CVS.
- Assurer une diffusion complète du livret d'accueil/ règlement de fonctionnement auprès des personnes accueillies, des salariés, des intervenants.
- Préciser les règles de droit à l'image et de sortie de l'Etablissement
- Adopter un nouveau protocole d'Accueil pour les salariés comme pour les résidents.

17.3 Le management des ressources humaines

- Mettre à jour les fiches de fonction et les diffuser via la GED (en cours de création au moment de cette rédaction)
- Elaborer un référentiel des métiers et des compétences des professionnels via le BCAF
- Mieux intégrer les professionnels des services Administratifs et généraux au sein des espaces d'échange et de communication

- Consolider la démarche de définition de la politique de formation entreprise en 2013 (démarche pédagogique du plan de formation)
- Mettre en place via une restitution systématique le réinvestissement des acquis des formations
- Réaliser chaque année les Bilans communs d'Activité et de formation
- Organiser la place du stagiaire professionnel et définir préalablement à son arrivée les objectifs de stage, les conditions et les modalités d'intégration des stagiaires en équipe.
- Diffuser les recommandations de l'ANESSM via la GED et en faire un outil de management.
- Proposer un fond documentaire aux salariés afin de faire progresser les éléments moteurs
- Proposer une démarche Qualité avec création de modes opératoires et procédures partagées.

17.4 Le CVS

- Enrichir le fonctionnement du CVS d'un travail de fond tout au long de l'année en développant la participation des familles, du représentant de l'Association et des résidents.

18 Axe II. L'accueil au quotidien des personnes accompagnées et l'exercice de leurs droits

Cet axe d'amélioration repose sur une série de préconisations élaborées lors de l'évaluation :

- Mettre en place un cahier d'émergence des Entrées/sorties à disposition des familles et visiteurs
- Proposer aux résidents un organigramme affiché du type « Trombinoscope »
- Prendre en compte la vie affective et sexuelle des résidents dans la vie de l'Etablissement.
- Renforcer les compétences Culinaires, Hygiène et Diététique I des Maitresses de Maison
- Renforcer le management de proximité afin de réduire les écarts de qualité d'accompagnement entre personnels.
- Former les personnels à la Bienveillance, ce dernier ayant fortement changé depuis 2009, année de formation sur le sujet.
- Améliorer la communication interne via l'optimisation de la GED
- Réaliser une enquête de satisfaction des usagers et de leurs familles

19 AXE III L'accompagnement des personnes dans le cadre de leurs projets personnalisés

Cet axe d'amélioration repose sur une série de préconisations élaborées lors de l'évaluation :

- Mettre en place le dossier informatique de l'utilisateur sous Vision Sociale en attachant un soin particulier au Projet individuel
- Améliorer la précision des descripteurs pour mieux apprécier les évolutions. Le projet individualisé devra gagner en qualitatif et évoquer outre les souhaits d'Atelier, les objectifs qualitatifs de progression individuelle.
- Définir les limites de l'Accueil en FATH, en particulier les conditions de sortie de cet établissement afin de réussir les transitions institutionnelles.

D. LE PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU

20 AXE I L'approfondissement des outils institutionnels et leur appropriation

<i>Axes d'amélioration retenus</i>	Objectifs	Moyens et modalités de mise en œuvre et de pilotage	Indicateurs de suivi et de résultat	Calendrier
<u>Le projet d'Etablissement</u>	<p>Compléter, réactualiser, en le renseignant sur les caractéristiques des publics et leur évolution, diffuser plus largement le projet d'établissement</p> <p>Créer un projet annuel de service</p>	<p>Réactualisation des données par le CDS: population accueillie (type de handicap, origine géographique, ...) Diffusion dans l'établissement sur support papier en consultation en salle de réunion, sur support informatique via la GED</p> <p>Chaque début d'année en équipe pluridisciplinaire</p>	<p>Projet d'établissement remis à jour, disponible en consultation et diffusé informatiquement à l'ensemble de l'équipe + en version papier aux salariés n'ayant pas accès à l'outil informatique</p> <p>Existence du Projet de service annuel</p>	<p>diffusion du nouveau projet d'établissement en 2015</p> <p>Rentrée 2014</p>
<u>Le contrat de séjour, Le règlement de fonctionnement et règles de la vie collective</u>	<p>Compléter le contrat de séjour ainsi que le règlement de fonctionnement existant de façon à les rendre plus conforme à la réglementation en vigueur</p> <p>Adapter le contenu et la forme du règlement de fonctionnement aux caractéristiques des Résidents et à leur niveau de compréhension</p>	<p>Le règlement de fonctionnement sera complété par une charte des droits et devoirs de l'utilisateur élaborée par un groupe de travail composé de travailleurs (un représentant de chaque atelier). L'adaptation du contenu devra se faire à l'aide de pictogrammes représentatifs afin de schématiser les thèmes abordés. Une version vidéo pourra également être diffusée afin de faciliter la compréhension de tous</p>	<p>Travail du CVS</p>	<p>Fin 2014</p>
<u>La gestion du dossier</u>	<p>Améliorer la communication des</p>	<p>Définir les données disponibles dans</p>	<p>Progression de la GED et de</p>	<p>2015</p>

<u>du Résident</u>	données utiles à la prise en charge en veillant au respect des droits des usagers	Vision Sociale et les niveaux d'accès associés	l'utilisation de Vision Sociale	
<u>Le management des ressources humaines</u>	Mettre à jour et diffuser les fiches de fonction et/ou de poste. Enrichir le BCAF des compétences associées des salariés	Diffusion au moyen de la GED Mise en œuvre du BCAF par N+1		2015
<u>La formation</u>	Améliorer les conditions d'élaboration du Plan de formation Formaliser les modalités de réinvestissement des acquis des formations Adapter les formations aux besoins de développement, d'évolution et d'adaptation de l'ESAT	Elaboration du PAUF en équipe pluridisciplinaire Se servir des outils existants sur le bilan de retour de formation Favoriser les formations en INTRA	Expression des retours de formation	Dès 2014
<u>Le CVS</u>	Améliorer les conditions de fonctionnement du CVS	Impliquer les acteurs	CR de travail du VCS	Dès 2014

21 AXE II L'accueil au quotidien des personnes accompagnées et l'exercice de leurs droits

Axes d'amélioration retenus	Objectifs	Moyens et modalités de mise en œuvre et de pilotage	Indicateurs de suivi et de résultat	Calendrier
<u>L'accueil au premier jour</u>	<p>Compléter et formaliser une procédure d'accueil</p> <p>Formaliser des outils d'information adaptés et des temps d'accueil favorables à la connaissance par la personne accueillie de ses droits, obligations et devoirs</p>	La procédure d'accueil est existante.	Mesurer la satisfaction de l'utilisateur au moyen d'un questionnaire	Régulièrement
<u>L'alimentation</u>	<p>Préciser dans le projet d'association / d'établissement le positionnement institutionnel au sujet de la pratique religieuse, en particulier en ce qui concerne les repas.</p> <p>Développer la formation hygiène et diététique pour les maitresses de maison</p>	Le nouveau projet associatif 2015 - 2019	Enquête de satisfaction	2015

<p><u>Sécurité et Bientraitance</u></p>	<p>Améliorer et suivre les déclarations de dysfonctionnement et évènements indésirables</p> <p>Mettre à la disposition des personnes accueillies en place une procédure de signalement des situations de maltraitance</p> <p>Sensibiliser les professionnels aux valeurs et aux principes de la bientraitance</p>	<p>Affichage de la démarche dans les lieux communs</p> <p>Enrichissement des temps de parole sur ce sujet</p> <p>Via PAUF 2015</p>	<p>Suivi des évènements indésirables</p>	<p>2015</p>
<p><u>Management de proximité</u></p>	<p>Renforcer la présence du Chef de Service sur cet Etablissement</p>	<p>Présence régulière du CDS le soir</p>	<p>CE/DP</p>	<p>Dès 2014</p>
<p><u>Mesure de la satisfaction des usagers</u></p>	<p>Réaliser une enquête de satisfaction avant l'évaluation externe</p>		<p>Document de synthèse</p>	<p>2014</p>

22 AXE III L'accompagnement des personnes dans le cadre de leurs projets personnalisés

<i>Axes d'amélioration retenus</i>	Objectifs	Moyens et modalités de mise en œuvre et de pilotage	Indicateurs de suivi et de résultat	Calendrier
<u>L'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement</u>	Garantir la périodicité de réalisation des PPA Améliorer la qualité des PPA	Un PPA par an pour chaque Résident Améliorer la précision des descripteurs	Formation, mise en place de VISION SOCIALE	2014-2015
<u>Définir la politique de l'Etablissement</u>	Poser les limites de l'Accueil quand l'autonomie baisse. Réussir les sorties d'Etablissement	S'appuyer sur le projet Associatif et sur le dialogue avec les familles pour favoriser les transitions institutionnelles	Retour des CVS	2015