

Rapport d'évaluation interne

L'EVALUATION INTERNE COMME DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Octobre
2015

«ASSOCIATION TUTELAIRE 66»

Coordonnées : 18, allée des camélias 66000 Perpignan

Coordonnées téléphoniques : 04.68.66.66.20

Adresse électronique : contact@at66-asso.fr

Site internet : <http://assotutelaire66.wix.com>

Nom du directeur : Frédéric BOUARD

Numéro FINESS : 660006826 340

Date d'autorisation : 04/11/2010

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Page 7

- 1- Présentation de l'Association
- 2- Présentation du service
 - 2-1 Cadre réglementaire
 - 2-2 Visite de conformité
 - 2-3 Champ d'intervention du Service
 - 2.3.1 - Prestations tutélaires
 - 2.3.2 - Les autres prestations juridiques
 - 2.3.3 - L'activité, les missions et les contractualisations engagées
 - 2-4 Les ressources disponibles
 - 2-5 Bilan d'activités 2014, orientations et objectifs généraux
 - 2.5.1 – Les faits marquants de l'exercice
 - 2.5.2 – Les objectifs et prévisions sur les 3 à 5 ans à venir
 - 2-6 La démarche et politique d'évaluation de l'AT66
 - 2.6.1 – Objectifs
 - 2.6.2 – Planification de la demande en vue du renouvellement d'agrément
 - 2.6.3 – Eléments de méthode de la politique d'évaluation
 - 2.6.4 – Planification de la démarche et des différents outils utilisés
 - 2.6.5 – Les modalités d'évaluation propres à l'utilisation du référentiel d'évaluation interne

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

Page 18

- 1- La démarche projet retenue par l'Association
- 2- L'équipe projet
- 3- Les étapes et le calendrier de travail

- 4- La méthode de réalisation des diagnostics
- 5- Les référentiels et références d'analyses complémentaires

TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS ET LES PLANS D'ACTION Page 26

Le référentiel et les thèmes
module 1 : La Personne Protégée
module 2 : La Gouvernance Associative
module 3 : Le Management

CONCLUSION ET PERSPECTIVES Page 60

ANNEXES : Page 61

INTRODUCTION

Depuis la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection Juridique des Majeurs, les Services Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs sont entrés dans le champ d'action des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux. A ce titre, il est notamment prévu une évaluation des activités et de la qualité des prestations, en référence aux articles L. 312-8 et L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et introduite dans ce code par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette évaluation doit contribuer à la mise en œuvre effective du droit de l'usager, à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3° du CASF).

Elle doit également permettre d'apprécier la capacité du Service 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 au Service d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité. Elle est à distinguer des contrôles qui peuvent être mis en œuvre lors des inspections.

L'évaluation doit être le point de départ d'un dialogue interne entre les acteurs des différents niveaux de responsabilités, mais également, entre le Service et les autorités publiques chargées de délivrer et de renouveler les autorisations de fonctionnement.

Par arrêté préfectoral du 4 novembre 2010 n° 2010308-0002, le Service de l'AT 66 a bénéficié d'une autorisation pour exercer 500 mesures de protection juridique au titre de la tutelle, de la curatelle ou du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice sur l'ensemble du département des Pyrénées-Orientales. Cette autorisation a été étendue à 650 mesures par arrêté n° 2015035-0011 du 23 mars 2015.

Ainsi, l'AT 66 est tenue d'engager une évaluation interne de la qualité de ses prestations et de ses activités et de communiquer ses résultats tous les cinq ans, c'est-à-dire avant le 4 novembre 2015 et une évaluation externe, tous les 7 ans c'est à dire avant le 4 novembre 2017.

Cette première évaluation interne donne aujourd'hui lieu à ce rapport comportant 3 parties :

- la présentation de la structure
- la présentation des éléments de méthode
- les résultats et les plans d'action.

LE MOT DE LA PRESIDENTE

Je tiens à remercier tous les salariés ainsi que mes collègues administrateurs qui ont participé à cette première évaluation interne. Cela n'a pas été facile et nous avons dû étaler sa confection sur plusieurs mois. En effet, le calendrier des tâches étant très chargé et diversifié avec le budget prévisionnel, le projet de déménagement, la partenariat avec d'autres associations, la bienveillance..., nous avons dû procéder par ordre d'urgence. Enfin, grâce à la bonne volonté de tous, à l'énorme travail effectué par notre directeur, nous avons pu aller jusqu'au bout.

Nous espérons que cette évaluation aura l'agrément de nos financeurs, en précisant toutefois que notre souci principal est le bien-être de tous nos protégés.

Encore une fois, merci à tous et bon courage pour l'exécution de toutes ces tâches.

LE MOT DU DIRECTEUR

Je remercie tous les acteurs qui ont participé à cette démarche d'évaluation aussi bien tous les membres de l'équipe de salariés que ceux du Conseil d'Administration qui se sont investis et qui ont consacré un temps précieux à cette réflexion.

Temps « précieux » car depuis la fusion en AT 66 en 2010, le Service a travaillé dans l'urgence jusqu'à l'été 2015. Par conséquent, il a été difficile mais nécessaire de dégager du temps pour aborder ce travail d'évaluation.

Nous avons appréhendé cette évaluation tout d'abord comme un outil de diagnostic de notre activité, qui nous a permis de nous auto évaluer et de mesurer les écarts et les efforts que nous devons produire pour parvenir à un fonctionnement satisfaisant. Elle nous a permis de travailler ensemble, salariés et bénévoles et favoriser ainsi une meilleure connaissance des rôles de chacun. Elle a également permis de corriger et d'harmoniser un certain nombre de nos pratiques professionnelles. Sans attendre l'élaboration des plans d'action, elle a permis une réelle prise de conscience et entraîné une dynamique d'amélioration de la qualité de nos actions.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA STRUCTURE

1 - Présentation de l'association :

L'ASSOCIATION TUTELAIRE 66 dite « AT 66 » est née le 20 mars 2010 de la transformation de l'Association Tutélaire des Inadaptés des Pyrénées Orientales (A.T.I. des P.O.), de l'Association Gestion Administration Tutelle SUD ROUSSILLON (A.G.A.T. Sud Roussillon) et du service tutélaire de l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (A.P.A.J.H.). C'est la DDCS qui est à l'origine de ce regroupement afin de créer un nouvel acteur représentatif du secteur tutélaire puisque la nouvelle entité représentait alors 430 mesures de protection juridique.

Elle a démarré son activité le 3 mai 2010, a été déclarée en Préfecture le 3 juin 2010 et autorisée officiellement à exercer son activité par arrêté préfectoral du 4 novembre 2010.

Elle a pour objet d'« Assurer la protection de la personne et la sauvegarde des biens des majeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique, prioritairement des personnes en situation de déficience intellectuelle ; assumer toutes fonctions de protection notamment en application des dispositions du Titre XI du Code Civil et de toutes autres dispositions législatives et réglementaires ; créer, gérer ou participer au fonctionnement de services au profit des majeurs protégés ; développer l'accueil, la formation, le soutien et / ou le conseil auprès des personnes en situation de handicap, des familles, des tuteurs familiaux et autres partenaires ; assurer le plus large épanouissement des personnes ».

L'Association gère un Service Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs. Elle est affiliée au plan régional et au plan national à l'UNAPEI (Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants handicapés Intellectuels), Association Reconnue d'Utilité Publique par décret du 30 août 1963.

Avec 32 adhérents en 2015, le nombre d'adhérents est stable. Mais l'activité associative est saine puisque une Assemblée Générale a lieu chaque année. Le Conseil d'Administration se réunit 3 à 4 fois par an et le Bureau du Conseil, une fois tous les 15 jours en moyenne.

2- Présentation du Service :

2.1- Cadre réglementaire

Textes législatifs généraux

La loi du 2 janvier 2002 (loi 2002-2) rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En particulier, cette loi détermine 7 droits fondamentaux :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité,
- Libre choix entre les prestations domicile/établissement,
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé,
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur,
- Accès à l'information,
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours,
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Le C.A.S.F. - Code de l'Action Sociale et des Familles.

Loi N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées vient couronner l'édifice au service de la personne handicapée.

Elle a en premier lieu donné une définition du handicap, basée sur deux éléments :

- l'existence d'une déficience chez la personne,
- l'existence d'obstacles dans l'environnement, qui empêchent la personne de mener ses activités et sa vie normalement.

Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Textes législatifs spécifiques aux services tutélaires

Loi n° 2007 -308 du 5 Mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Textes de référence :

Recommandations et procédures de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM :

- Le questionnement éthique dans les ESMS
- La Bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre

- Participation des Personnes Protégées dans la mise en œuvre des mesures de Protection Juridique.

2.2- Visite de conformité :

- Avis favorable le 12 juillet 2010.

2.3- Champ d'intervention du Service :

2.3.1 - Prestations tutélaires

Les mesures de protection exercées sont désormais d'une durée limitée en principe à 5 ans avant que le juge des tutelles n'en contrôle la nécessité, subsidiarité et proportionnalité.

En conformité avec la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, l'association exerce :

a) Les sauvegardes de justice avec mandataire spécial

C'est un dispositif souple et de courte durée (deux ans maximum).

La personne bénéficiant de cette mesure conserve sa pleine capacité juridique, hormis les actes mentionnés dans l'ordonnance. Un mandataire peut être toutefois autorisé à effectuer certains actes déterminés qui peuvent être de dispositions (Article 433 du Code Civil).

En outre, que depuis la réforme du 5 mars 2007, le juge des tutelles peut désormais confier au mandataire des actes relatifs à la protection de la personne (Article 438 du Code Civil).

Le mandataire désigné doit systématiquement rendre compte de l'exécution de son mandat dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que celles prévues en matière de tutelle (Article 437 du Code Civil).

b) Les curatelles

C'est un mandat d'une durée en principe maximale de 5 ans, renouvelable, qui peut dépasser cette durée par exception.

La personne protégée a besoin d'être conseillée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile.

La personne chargée d'exercer la mesure de protection (appelée curateur) assiste le majeur dans les actes importants (actes de disposition) de la gestion de son patrimoine.

Le curateur peut se voir confier la perception des revenus de la personne sous curatelle, cette dernière mesure prenant alors le nom de curatelle « renforcée » ou « aggravée ».

Le curateur peut être chargé de l'assister dans certains actes concernant la protection de la personne si le jugement ou une décision ultérieure du juge des tutelles, le prévoit.

c) La tutelle

C'est un mandat d'une durée en principe maximale de 5 ans, renouvelable, qui peut dépasser cette durée par exception.

La personne protégée a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile.

La personne chargée d'exercer la mesure de protection (appelée tuteur) représente le majeur dans tous les actes concernant la gestion du patrimoine de celui-ci.

Les actes de disposition les plus graves sont autorisés par le Juge des Tutelles.

Le tuteur peut le représenter ou l'assister pour l'ensemble ou certains actes concernant la protection de la personne si le jugement ou une décision ultérieure du juge des tutelles, le prévoit. (Art. 440 alinéa 3 du Code Civil).

2.3.2- Les autres prestations juridiques et sociales

a) La mesure d'administrateur ad hoc pour les majeurs

Dans ce cadre, l'association est désignée pour être administrateur ad hoc de personnes majeures dans des procédures judiciaires civiles.

La mission n'est pas à durée déterminée mais perdure au minimum le temps de l'instance et de l'éventuelle perception et placement d'éventuel dommages et intérêts.

b) Le mandat de protection future

Conformément à l'article 480 alinéa 1er du Code Civil, l'AT 66 est habilitée à être désignée comme mandataire pour exécuter un mandat de protection future.

- Mandat de protection future pour soi-même.

Une personne peut, pour l'époque où il aura une altération de ses facultés mentales, conclure un mandat de protection future et donc choisir qui le représentera.

Le mandat peut être sous seing privé, notarié, ou fait avec l'assistance d'un avocat.

- Mandat de protection future pour autrui.

Une personne peut, pour l'époque où elle ne pourra plus pourvoir aux intérêts de son enfant handicapé, conclure devant notaire un mandat de protection future et donc choisir celui qui représentera son enfant.

2.3.3- L'activité, les missions et les contractualisations engagées

- L'évolution du nombre de mesures

Le nombre de mesures civiles gérées, au 31 décembre de chaque année est illustré dans le tableau suivant :

	TOTAL MESURES	DIFFERENCE	POURCENTAGE
2010	431		
2011	459	28	6,10%
2012	486	27	5,55%
2013	504	18	3,57%
2014	540	36	6,67%

540 mesures de protection au 31/12/2014

Soit 36 mesures de protection de plus entre le 31 décembre 2013 et 2014.

Le Service enregistre sa plus forte progression depuis son existence tout en ayant refusé les nouvelles mesures pendant le 1^{er} trimestre.

- L'activité du service en quelques chiffres :

- 23 629 appels téléphoniques (+ 5%)

- 2 178 visites sur site (+ 8%)
- 2 946 messages téléphoniques sur répondeur (+17%)
- 2 200 visites à domicile (+ 16%).

Les chiffres parlent d'eux même quant à l'augmentation significative de l'activité.

- Indicateur médico sociaux du service MJPM

	INDICATEURS DE POPULATION				INDICATEUR FINANCIERS ET DE STRUCTURE		
	POIDS MOYEN DE LA MESURE(1)	NOMBRE DE POINT PAR ETP(2)	NOMBRE DE MESURE MOYENNE PAR ETP(3)	VALEUR DU POINT PERSONNEL	VALEUR DU POINT SERVICE(4)	REPARTITION DES ETP	
						MJPM	Autres
AT66 2011	10.95	4085	30.95	7.70	12.17	41.3 %	58.7
AT66 2012	10.95	3933	29.79	8.56	12.17	39.5	60.5
AT66 2013	10.74	3705	28.07	9.04	12.59	42.3	57.7
AT66 2014	10.63	3629	27.74	9.17	12.76	41.3	58.7
AT66 2015 prévision lors du budget	10.96	3384	25.80	10.13	13.71	42.8	57.2
PO 2013	11.05	3796	28.9	11.06	13.46	50	50
PO 2014	11.04	3764	28.7	11.09	13.41	50.4	49.6
LR 2013	10.95	3788	28.7	11.45	13.89	51.6	48.3
LR 2014	10.83	3744	28.4	11.73	14.05	52	48
France 2013	10.93	3803	28.80	11.57	14.29	51.3	48.7
France 2014	10.92	3777	28.61	11.89	14.49	51.4	48.6

2.4 - Ressources disponibles

En 2014, le Service mobilise les effectifs théoriques suivant :

- 1 directeur 1 ETP
- 8 délégués mandataires judiciaires pour 7,31 ETP
- Chaque délégué à temps complet, en moyenne, a en charge au 31/12/2014, 74 personnes protégées contre 71 au 31/12/2013 et 79 au 31/12/2012.
- 4 assistantes administratives pour 3,95 ETP
- 1 assistante polyvalente pour 0,40 ETP
- 5 assistantes comptables pour 4,02 ETP
- 2 agents d'accueil pour 1,06 ETP

Soit un effectif total de 21 personnes pour 17,74 ETP

2.5- Bilan d'activité 2014, orientations et objectifs généraux

2.5.1- Les faits marquants de l'exercice

- Une forte augmentation de l'activité qui a progressé de 504 à 540 mesures,
- De nombreuses réflexions en commun ont été initiées sur :
 - * le projet de déménagement
 - * l'évaluation interne
 - * la bientraitance
 - * le FALC (Facile à Lire et à Comprendre)
- Le rattrapage partiel sur les Comptes Rendus de Gestion et la mise à jour des comptes de gestion et de placement des majeurs protégés,
- Le budget 2015 a fait l'objet d'un travail particulièrement approfondi pour solliciter une dotation à la hauteur des besoins du service,

- Le Service s'est doté d'un classeur des procédures qui continue d'être alimenté au fur et à mesure des nouvelles procédures,
- Pour rompre son isolement, le Service s'est rapproché des Institutions UNAPEI et URAPEI LR
- L'Inspection réalisée par la DDCS et la DRJSCS a donné des résultats plutôt encourageants au regard des difficultés du Service et a confirmé la sous dotation du Service.
- La DDCS a validé le Compte Administratif 2013,

Le tout dans un contexte d'équipe difficile avec des maladies de longue durée et de nombreux arrêts ponctuels.

2.5.2- Les objectifs et prévisions sur les 3 à 5 ans à venir

Depuis la fusion, le nombre de mesures augmente chaque année à raison de 30 à 40. A ce rythme, d'ici à peine 2 ans, le Service aura atteint le seuil de son autorisation et devra s'engager dans une démarche d'appel à projets s'il veut répondre aux sollicitations du Tribunal qui ne devraient pas ralentir, sauf si des changements législatifs intervenaient.

Parallèlement, le Service devra faire avancer son projet de déménagement car, avec 650 mesures, les locaux actuels seront insuffisants.

Le Service aura mis en application des recommandations du rapport d'inspection des services de la DDCS et de la DRJSCS, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe et probablement du CPOM. La démarche qualité, la poursuite du travail de formalisation des procédures et une attention particulière sur la bientraitance permettront une meilleure prise en charge des usagers

Eu égard à la charge de travail, pour trouver des marges de progrès dans l'organisation et la communication, un diagnostic RH sous l'égide d'UNIFAF a commencé au printemps 2015. Il devrait donner des pistes de solutions à court et moyen terme sur des points d'organisation.

2.6- La démarche et politique d'évaluation de l'AT66 :

2.6.1 - Objectifs

Il est apparu important de s'inscrire dans la démarche d'évaluation conformément aux exigences de la loi de 2002. Cette démarche permet de pérenniser la démarche d'amélioration continue alternant régulièrement évaluations, planification et mise en œuvre d'un programme d'amélioration.

2.6.2- Planification de la démarche en vue du renouvellement d'agrément

Nov 2010	Janv 2014 – oct 2015	Nov 2015	Janv 2017	Nov 2017	Janv à Nov 2020	Nov 2024	Janv à Nov 2025	Nov 2025
Agrément								
	Evaluation interne		Evaluation externe		Evaluation interne		Evaluation interne	
		Envoi du rapport d'évaluation interne		Envoi du rapport d'évaluation externe	Envoi du rapport d'évaluation interne	Evaluation externe	Envoi du rapport d'évaluation interne	
								Renouvellement de l'agrément

2.6.3 - Eléments de méthode de la politique d'évaluation

Il a été décidé conformément au décret de 2007 de mettre en place une démarche d'évaluation **continue** des prestations et de l'organisation du service.

La démarche d'évaluation repose sur plusieurs outils d'évaluation dont le présent rapport synthétise les résultats obtenus.

Pour mener à bien cette ambitieuse politique il est nécessaire de s'appuyer sur un maximum de parties prenantes, ainsi sont sollicités :

- Les usagers au travers des questionnaires de satisfaction
- Les professionnels au travers des groupes d'évaluation sur le référentiel d'évaluation
- Les administrateurs au travers des groupes d'évaluation sur le référentiel d'évaluation

2.6.4 -Planification de la démarche et des différents outils utilisés

Type d'outil d'évaluation utilisé	Objectif	Fréquence	Période	Communication des résultats
L'analyse des indicateurs qualité	Surveiller l'évolution des indicateurs qualité afin de prévenir d'une éventuelle dérive	1/4 mois	A chaque COPIL	Réunion comité de pilotage/Transformation en comité de suivi.
Questionnaire de satisfaction usagers	Recueillir la satisfaction des usagers et assurer la participation de celui-ci au fonctionnement du service	1/ 2 ans	Fin d'année	Rapport d'activité Réunion comité de pilotage Rapport de synthèse évaluation interne DDCSPP
Référentiel d'évaluation interne	S'appuyer sur un référentiel spécifique pour évaluer l'ensemble des champs d'évaluation conformément au décret de 2007	1 / 2 ans	Janv 2014 à Oct 2015	Rapport d'activité Réunion des professionnels Rapport de synthèse évaluation interne DDCSPP

2.6.5 - Les modalités d'évaluation propre à l'utilisation du référentiel d'évaluation interne

(a) Le référentiel utilisé

Un référentiel d'évaluation UNAPEI a été choisi, spécifique aux activités d'un service tutélaire, le référentiel a été complété de questions

2.6.6 - L'Inspection du Service par la DDCS/DRJSCS :

Elle s'est déroulée du 2 au 5 septembre 2014 dans les locaux du Service.

« La mission a reconnu l'implication et l'engagement du Conseil d'Administration et du directeur pour faire face aux difficultés liées à la jeunesse de l'association et à l'indispensable réorganisation du service.

Si aucun dysfonctionnement majeur n'a été constaté, la mission a relevé des points de fragilité nécessitant la vigilance dans les conditions d'organisation et de fonctionnement du Service, sur lesquels elle a été amenée à formuler des recommandations.

Plusieurs de ces points avaient déjà été identifiés par le Service, sans avoir pu être traités en raison d'une certaine instabilité des effectifs, lié pour partie à des événements imprévisibles.

La gestion budgétaire et financière n'a pas révélé d'anomalies ou de dépenses trop importantes au regard de l'activité par rapport à des services similaires. Les indicateurs d'activité sont très inférieurs à la moyenne régionale, ce qui devra se traduire par un effort budgétaire à la hausse dans la mise en convergence tarifaire.

Parallèlement, l'AT66 doit poursuivre son action visant à améliorer la prise en charge des majeurs protégés par les délégués et s'attacher à une tenue plus synthétique des dossiers individuels. »

DEUXIEME PARTIE. PRESENTATION DES ELEMENTS DE METHODE

1 - La démarche projet retenue par l'association

Les objectifs de la démarche :

- Engager une réflexion collective et transversale sur les prestations offertes aux personnes majeures protégées
- S'interroger sur les pratiques professionnelles et leurs impacts sur la qualité des prestations délivrées
- Identifier les points forts et les axes de progrès
- Evaluer les écarts, définir les résultats attendus et envisager les réajustements nécessaires
- Formaliser et mettre en œuvre des plans d'action qualité « feuille de route pour les années à venir »
- Réaliser le rapport d'évaluation interne
- Préparer avec sérénité l'évaluation externe

S'engager dans la démarche d'évaluation interne pour l'Association n'est pas seulement une réponse à une obligation réglementaire telle qu'elle est définie dans la loi du 2 janvier 2002.

C'est également, l'opportunité pour l'Association de démontrer sa volonté de transparence concernant les actions entreprises ainsi que sa volonté à s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes accompagnées. Une telle démarche doit permettre de poser un cadre sur les pratiques et les interventions, mais également de définir des axes de progrès et des plans d'action qualité avec comme finalité de fixer une feuille de route pour les 5 années à venir.

Nous avons souhaité que tous les acteurs associatifs soient concernés par cette démarche : administrateurs et professionnels afin de faire de cette évaluation interne un moment fort de la vie de l'Association et du Service.

2 – L'équipe projet :

- Le conseil d'administration.

Son rôle :

- Il valide les modalités de la démarche d'évaluation

- Il valide le rapport d'évaluation interne

- Un comité de pilotage.

Son rôle :

- Il impulse et définit les modalités de mise en œuvre et de suivi de la démarche
- Il valide les travaux à chaque étape de la démarche
- Il réalise les diagnostics (cotations, commentaires, et recherche des documents de références)
- Il fixe les priorités du diagnostic
- Il détermine les priorités d'actions et valide les plans d'action
- Il valide les rapports de synthèse
- Il se transforme en comité de suivi à l'issue de la démarche d'évaluation interne
- Il engage la démarche d'évaluation externe dans le respect des délais réglementaires

Le COPIL est composé de :

- 3 salariés représentant les différents métiers exercés dans le Service : délégué mandataire, assistante administrative, assistante comptable et agent d'accueil
- 3 administrateurs dont la Présidente
- Le directeur

Ce groupe a donc un rôle d'écoute, de relais et de recensement de l'information. Il lui est demandé de porter un regard objectif.

- Le coordinateur.

Etant donné la taille relativement petite de l'équipe et de la charge de travail qui incombe à tous les membres de l'équipe, le directeur s'est auto-désigné coordinateur de la démarche.

Son rôle :

- Il anime les réunions et valide le diagnostic et les plans d'action
- Il coordonne la rédaction du rapport de synthèse

La participation des majeurs :

Le Service a choisi l'enquête de satisfaction annuelle comme outil de participation à la vie du Service. Ce questionnaire a été envoyé fin 2013 à 499 majeurs et dans les établissements d'hébergement, pour un taux de retour de 33% sans relance. Le Service enregistre un taux de satisfaction d'ensemble de 70 % avec des améliorations à apporter sur l'attente au standard téléphonique, le nombre de visites à domicile et la clarté des documents remis à l'ouverture de la mesure.

La participation des familles :

Compte tenu des particularités du public bénéficiaire du Service, aucune enquête de satisfaction n'est envoyée à ce jour auprès des membres de la famille des majeurs.

3 – Les étapes et le calendrier de travail :

- La démarche se déroule en 3 étapes thématiques qui comportent un temps de formation et un temps de mise en application sur site.
 - étape 1 : définition, méthodologie du projet et élaboration d'un diagnostic
 - étape 2 : validation des plans d'actions et élaboration d'un rapport de synthèse
 - étape 3 : les suites de la démarche d'évaluation interne

Date	Objet	Action
1 ^{er} Semestre 2014	Etape 1	définition, méthodologie du projet et élaboration d'un diagnostic
3 ^{ème} Quadrimestre 2015	Etape 2	validation des plans d'actions et élaboration du rapport de synthèse
3 ^{ème} Quadrimestre 2015	Etape 3	les suites de la démarche d'évaluation interne

- Notre méthodologie de travail

- Le temps passé et les moyens mobilisés :

L'évaluation s'est déroulée sur tout le 1^{er} semestre de l'année 2014.

Le COFIL a d'abord travaillé sur la définition et la méthodologie du projet. Puis, la phase d'élaboration du diagnostic a été la plus longue. Elle s'est appuyée sur 3 groupes de travail mixés entre salariés et administrateurs correspondant aux 3 parties du référentiel. En tout, 3 réunions de 2 heures pour chaque groupe de travail, 2 COFIL et une synthèse des résultats en réunion plénière.

4 - La méthode de réalisation des diagnostics :

Les outils au service d'un projet : le référentiel Service mandataire de l'UNAPEI.

Le référentiel de l'UNAPEI n'a pas pour objet de définir les bonnes pratiques opérationnelles mais d'identifier les modes organisationnels réels permettant à la structure de connaître son fonctionnement et son organisation.

Le référentiel ne se veut pas exhaustif. La volonté de ses concepteurs a été de ne pas multiplier outre mesure les thèmes, les modules et les questions.

Le référentiel, c'est :

- des critères d'évaluation,
- des indicateurs,
- des questions pour se positionner
- un cadre pour déterminer les plans d'action

Le référentiel est organisé autour de 3 thèmes.

- La **P**ersonne protégée : des droits à la relation de service
- La **G**ouvernance : du projet associatif à la mise en œuvre du projet de service
- Le **M**anagement : de l'organisation aux ressources humaines et financières

Il s'inscrit dans le cadre des principes méthodologiques des recommandations de bonnes pratiques professionnelles indiquées par l'ANESM.

Chaque thème renvoie à 24 modules (accueil et prise en charge, élaboration du DIPM, etc. ...). Enfin, l'ensemble des modules renvoie à 224 indicateurs et questions. Ce diagnostic doit s'appuyer sur les documents internes de référence pour justifier la cotation. Ces derniers sont d'ordre :

- interne : projet de service, repères de bonnes pratiques, procédures, protocoles, règlements (fonctionnement, intérieur), comptes rendus, procès-verbaux..... ;
- externe : références, recommandations et procédures de bonnes pratiques professionnelles définies par l'ANESM...
- Chaque indicateur/question peut également faire l'objet de commentaires (cf. ci-dessous).

Chaque chapitre se décline en références et critères. Les références renvoient aux valeurs de l'association, à ses convictions. Quels sont les engagements pris pour répondre aux besoins et attentes des personnes majeures vulnérables que j'accompagne au quotidien. Quelle est ma plus-value ?

Cet engagement se traduit par un plan d'action concret, formalisé et communiqué à l'ensemble des acteurs de l'association.

Le référentiel permet d'établir une synthèse en vue d'établir des plans d'action :

L'objectif à travers le référentiel est de faire un état des lieux exhaustif en se posant les questions indispensables au regard des missions confiées. Le référentiel sert donc de support pour élaborer un diagnostic et envisager, à partir des axes de progrès identifiés, les plans d'action qui en découlent.

Après chacun des chapitres du référentiel d'évaluation, les axes de progrès ont été listés sous une forme synthétique afin de donner une vision globale :

Synthèse des axes de progrès : CHAPITRE USAGER	
-	Améliorer la procédure d'accueil
-	Recueil de la satisfaction des usagers
-	Suivi de l'avancement des projets
-

Le cadre général :

Indicateur :

La question examinée :

<i>De A (pratique non expérimentée, non acquise)</i>	<i>... à B (pratique expérimentée en partie)</i>	<i>... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)</i>	<i>... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)</i>
--	--	--	---

--	--	--	--

Sans objet :
 Les documents internes de référence :
 Commentaires, analyses des indications portées :

L'axe de progrès retenu :	
----------------------------------	--

Les quatre niveaux de cotation :

- **pratique non expérimentée, non acquise** : non mise en œuvre
- **pratique expérimentée en partie** : fait, mais pas de manière systématique, pas acquis par l'ensemble des acteurs
- **pratique expérimentée et maîtrisée en partie** : fait de manière systématique, acquis pour certains acteurs seulement
- **pratique acquise, maîtrisée, formalisée** : fait de manière systématique (efficacité, mise en pratique par rapports aux principes et valeurs affichés, effets sur les acteurs identifiés), acquis par tous les acteurs et pouvant faire l'objet d'un écrit (modélisation, procédure, protocole, compte rendu, PV ...)

Sans objet : la structure n'est pas concernée par la question

Les documents internes de référence (collectes d'informations) : la structure doit inscrire tous les documents internes de référence. A titres d'exemples : classeur de procédures, procédure n°, comptes rendus de groupes de réflexion, relevés de décisions, PV de réunions , modalités d'appropriations des recommandations de l'ANESM, projet de service.....

Commentaires, analyses des indications portées : la structure peut apporter les commentaires qu'elle souhaite pour justifier la cotation (effets sur les acteurs, réponse aux missions imparties aux services...) et de données qui concourent à la réalisation de l'objectif

L'axes de progrès retenu : la structure formalise l'axe de progrès identifié

Illustration :

Une pratique de niveau A

De A (pratique non expérimentée, non acquise)	... à B (pratique expérimentée en partie)	... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)	... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)

La structure ne dispose d'aucun outil.

Une pratique de niveau B

<i>De A (pratique non expérimentée, non acquise)</i>	<i>... à B (pratique expérimentée en partie)</i>	<i>... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)</i>	<i>... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)</i>
--	--	--	---

--	--	--	--

La structure dispose en effet d'outils, mais chaque professionnel de l'équipe a développé ses propres outils d'analyse.

Une pratique de niveau C

<i>De A (pratique non expérimentée, non acquise)</i>	<i>... à B (pratique expérimentée en partie)</i>	<i>... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)</i>	<i>... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)</i>
--	--	--	---

--	--	--	--

La structure dispose d'un outil d'évaluation, mais cet outil n'est pas utilisé par l'ensemble des professionnels de l'équipe.

Une pratique de niveau D

<i>De A (pratique non expérimentée, non acquise)</i>	<i>... à B (pratique expérimentée en partie)</i>	<i>... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)</i>	<i>... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)</i>
--	--	--	---

--	--	--	--

La structure dispose d'un outil d'évaluation, connu, acquis et utilisé par tous les professionnels de l'équipe.

Une question sans objet

<i>De A (pratique non expérimentée, non acquise)</i>	<i>... à B (pratique expérimentée en partie)</i>	<i>... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)</i>	<i>... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)</i>
--	--	--	---

--	--	--	--

Un exemple concret :

Indicateur (Q) : Une procédure d'ouverture identifiée favorise une prise en charge de qualité

La question examinée : Le service dispose-t-il d'une procédure d'ouverture de la mesure de protection ?

De A (pratique non expérimentée, non acquise)	... à B (pratique expérimentée en partie)	... ou C (pratique expérimentée et maîtrisée en partie)	... ou D (pratique acquise, maîtrisée, formalisée)
---	---	---	--

--	--	--	--

Sans objet :

Les documents internes de référence : **Pas de procédure écrite**

Commentaires, analyses des indications portées : **L'admission s'effectue selon des critères connus de tous. La procédure d'admission est transmise aux nouveaux salariés par les « anciens » par voie orale.**

L'axe de progrès retenu :	Formaliser une procédure d'ouverture propre à chaque mesure. L'évaluer régulièrement afin, si besoin, d'opérer des ajustements nécessaires au regard de l'évolution des textes en vigueur et de la jurisprudence.
----------------------------------	--

5 – Les référentiels et références d'analyses complémentaires.

Pour affiner et construire son diagnostic et élaborer les plans d'amélioration, l'association a procédé à des travaux d'analyses complémentaires :

L'analyse de la recommandation de l'ANESM sur la participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protections :

La structure s'est appuyée sur une analyse de la RBPP de l'ANESM pour construire les plans d'actions. Les résultats sont présentés dans la partie III du présent rapport.

TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS ET LES PLANS D'ACTION

Le référentiel est organisé autour de 3 thèmes.

- La Personne protégée : des droits à la relation de service
- Gouvernance associative : du projet associatif à la mise en œuvre du projet de service
- Management : de l'organisation aux ressources humaines et financières

Les thèmes se déclinent de la façon suivante :

Thème 1. La personne protégée : des droits à la relation de service

- **PER.1** Accueil, prise en charge, ouverture de la mesure
- **PER.2** Élaboration et mise en œuvre du DIPM
- **PER.3** Participation de la personne protégée, accompagnement et coordination avec l'entourage
- **PER.4** Condition de la mise en œuvre de la bientraitance, gestion de la maltraitance
- **PER.5** Actes personnel – Santé
- **PER.6** Suivi du mandat et coordination de la mesure
- **PER.7** Gestion financière – Assurance- Impôts
- **PER.8** Gestion juridique et patrimoniale
- **PER.9** Logement-Hébergement
- **PER.10** Circulation de l'information

- **PER.11** Révision, renouvellement ou fin de la mesure

Thème 2. Gouvernance associative : du projet associatif à la mise en œuvre du projet de service

G.1 Elaboration et communication des orientations

- **G.2** Rôles et responsabilités
- **G.3** Mise en œuvre des orientations
- **G.4** Articulation entre le projet associatif et le projet de service
- **G.5** Ouverture sur l'environnement, coordination et partenariat
- **G.6** Mutualisation et synergies

Thème 3. Management : de l'organisation aux ressources humaines et financières

- **M.1** Organisation des délégations et relation de travail individuelle
- **M.2** Organisation du travail collectif
- **M.3** Organisation financière
- **M.4** Assurances
- **M.5** Systèmes d'information interne / externe – Système informatique
- **M.6** Mise en œuvre de l'accessibilité- organisation des locaux
- **M.7** Communication

THEME 1. LA PERSONNE PROTEGEE : DES DROITS A LA RELATION DE SERVICE

Le cadre posé par l'ANESM :

Thématiques	Critères principaux
Respect des droits	Information de l'utilisateur (capacité à faire usage de ses droits et à connaître ses obligations) Respect des droits fondamentaux Mise en œuvre de la charte des droits et libertés et des textes légaux Existence de repères déontologiques formalisés
Participation	Supports et temps d'information sur l'établissement ou service Mise en place de lieux d'expression et de participation des usagers, de leur entourage Prise en compte de l'expression (usagers, entourage) pour évaluer / améliorer les prestations
Personnalisation des prestations	Existence d'une démarche projet avec contractualisation dès l'arrivée Adaptation à chaque situation et construction d'un parcours personnalisé Prise en compte des attentes, des besoins et spécificités de chaque personne Place effective de l'utilisateur dans l'élaboration et la réalisation du projet d'accompagnement Place de l'entourage dans l'élaboration et la réalisation du projet d'accompagnement Apprentissage et développement de la citoyenneté
Sécurité et gestion des risques	Existence de chartes et de codes Formalisation des voies de recours Existence d'un dispositif de prévention et de repérages des risques (dont maltraitance) Garanties de la protection et de la sécurité des personnes Traitement et communication sur les situations difficiles

Les références du mouvement

Le thème revêt une importance primordiale pour l'Unapei qui a inscrit dans son Projet associatif et dans sa charte des Associations Tutélaires :

- la reconnaissance du bénéficiaire protégé comme citoyen à part entière
- l'écoute des personnes protégées, la participation et la prise en compte de leurs opinions, le respect de leurs choix tant dans ses relations familiales, affectives, que sociales
- la considération de la protection juridique composante de la citoyenneté favorisant l'accès aux droits des personnes vulnérables



Les critères principaux

Le critère : être guidé en permanence par les droits fondamentaux des personnes.

Le critère : développer, dès l'accueil ou l'entrée un accompagnement, une information sur les droits et les obligations des bénéficiaires.

Le critère : développer, dès l'accueil ou l'entrée, un DIPM au plus près des attentes et souhaits des personnes.

Le critère : diffuser et développer les repères déontologiques qui guident l'action des professionnels

Le critère : garantir et développer la participation des personnes à sa mesure de protection.

Le critère : développer une culture de la bientraitance.

Le critère : développer et promouvoir les outils de la communication aidée

Le critère : garantir la sécurité des personnes handicapées.

Le critère : anticiper et suivre le parcours de la personne

MODULE 1. LA PERSONNE PROTEGEE : PREMIERS ELEMENTS DE SYNTHESE

Points forts	Axes de progrès
<p>► La personne protégée :</p> <p>PER 1 : Accueil, prise en charge, ouverture de la mesure</p> <ul style="list-style-type: none">- Plages d'ouverture de l'accueil au public- Confidentialité lors des entretiens- Formalisation des outils de la Loi du 5 mars 2007 à destination des usagers (charte, notice, règlement, DIPM) <p>PER 2 : Elaboration et mise en œuvre du DIPM</p> <ul style="list-style-type: none">- Le document est formalisé- Il recueille les souhaits et les attentes du Majeur Protégé <p>PER 3 : Participation de la Personne Protégée</p> <ul style="list-style-type: none">- Les avis du Majeur Protégé sont pris en compte par l'encadrement (par le biais de l'enquête de satisfaction)	<ul style="list-style-type: none">- Homogénéiser les pratiques lors de l'accueil physique et téléphonique- Mettre en place des procédures pour consolider la confidentialité des entretiens- Actualiser ces outils- Mettre en place un contrôle interne des obligations à respecter à l'ouverture de la mesure. <ul style="list-style-type: none">- Vérifier son actualisation annuelle- Retravailler la partie « Axes de projet »- Vérifier le respect du contenu et des objectifs du DIPM- Par extension, tendre vers une programmation générale des visites à domicile. <ul style="list-style-type: none">- Améliorer le contenu de l'enquête

PER 4 : Conditions de la mise en œuvre de la bientraitance

- Désignation et formation d'un chef de projet sur le thème de la Bientraitance
- Mise en place d'un chantier spécifique en 2014/2015

PER 5 : Actes personnel - santé

- Informations données au Majeur Protégé adaptées à son état
- Actes strictement personnels identifiés et portés à la connaissance des professionnels (procédure médicale, affichage repéré UNAPEI, réunions d'équipe)
- La personne protégée est informée de son état de santé.

PER 6 : Suivi du mandat et coordination de la mesure

- Contacts réguliers avec les majeurs et consignés dans UNI.T
- Information sur le suivi du mandat auprès du Juge des tutelles
- La personne protégée peut accéder à un historique de l'exercice de sa mesure (grâce au logiciel métier)
- La mesure est proportionnée et individualisée
- Les situations complexes sont analysées de manière collégiale.

PER 7 : Gestion financière – Assurances – Impôts

- La personne protégée reçoit l'information des opérations

- Protocoles de signalement à mettre en place
- Développer des actions de prévention
- Informer le CA des situations de maltraitance (+ARS/DDCS)

- Information sur le droit de vote à formaliser davantage dans la procédure d'ouverture
- Réflexion sur une procédure pour intervenir sur la mise en danger du majeur protégé
- Procédure à destination du médecin référent à ajouter
- Besoin de clarification des règles du CSP et du CC.
- Elargir le partenariat avec les intervenants médicaux.

- Améliorer la transcription des informations dans UNI.T
- Elaborer une procédure de consultation du dossier par le majeur protégé
- Ecrire une procédure concernant le relai entre professionnels.
- Procédure pour identifier les majeurs protégés en situation difficile impliquant une vigilance particulière.

- Définir un rythme d'actualisation du budget

- bancaires effectuées sur ses comptes de gestion
- Le budget prévisionnel est construit avec le majeur protégé. Il est signé par le majeur protégé.

PER 8 : Gestion juridique et patrimoniale

PER 9 : Logement – hébergement

- Le logiciel UNI.T trace l'historique des lieux de vie d'une personne tout au long de sa mesure.
- Donner un avis sur le contrat de séjour et le projet personnalisé pour le majeur protégé en ESMS

prévisionnel

- Actualiser les connaissances sur les produits bancaires.
 - Effectuer un contrôle des opérations (gestion et comptabilité) réalisée sur les comptes de la personne protégée.
 - Compléter la procédure d'évaluation du montant des frais de gestion des majeurs protégés.
 - Clarifier les procédures de délégation de gestion de l'argent de poche entre l'ESMS et le SMJPM.
 - Ecrire une procédure générale sur l'aide sociale et les reste à vivre.
 - Ecrire une procédure sur la couverture assurantielle.
 - Veille juridique sur l'actualité législative en matière d'imposition.
-
- Ecrire une procédure d'inventaire avec son actualisation répertorié sur un tableau de bord
 - Procédure sur l'entretien du patrimoine immobilier
 - Procédure de suivi et de réévaluation des baux
 - Elargir ses compétences ou les personnes ressources autour des situations juridiques complexes.
-
- Procédure de signalement de danger dans le lieu de vie
 - Procédure pour faciliter la fonction employeur assurée par le majeur protégé.

PER 10 : Circulation de l'information

- Organisation des délégués en binôme
- Les modalités d'échange avec le Service sont connues de la personne protégée
- Le majeur protégé obtient son argent de poche dans un délai raisonnable
- Le contenu administratif du dossier de la personne protégée est actualisé
- Les comptes rendus et consignes sont notés dans UNI.T pour une information partagée entre les membres de l'équipe.
- Travail collaboratif (par le biais d'UNI.T).

PER 11 : Révision, renouvellement ou fin de mesure

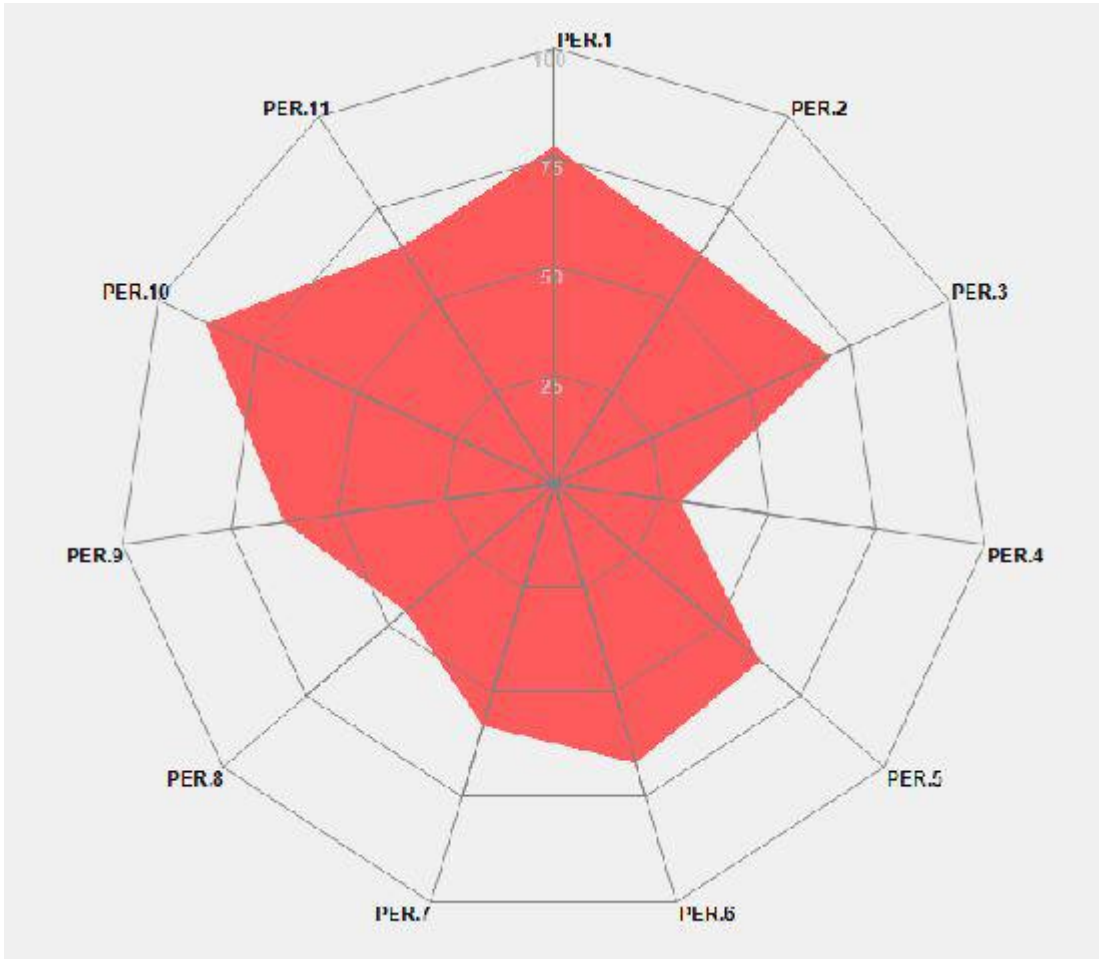
- Alerte du mandat sur UNI.T
- Accompagnement et période de transition en cas de changement de mesure
- Procédure de fin de mesure
- Les familles ou les proches sont contactés en cas de décès.

- **Autorisation/détention des clés des majeurs protégés**

- **Construire une procédure sur l'archivage et la consultation des dossiers.**

Commentaires :

Le diagnostic fait apparaître des points à améliorer notamment concernant le suivi du mandat et la coordination de la mesure mais aussi au niveau de la gestion financière, juridique et patrimoniale ainsi que les conditions de mise en œuvre de la Bienveillance.



Légende :

- PER.1 Accueil, Prise en charge, ouverture de la mesure
- PER.2 Élaboration et mise en oeuvre du DIPM
- PER.3 Participation de la personne protégée, accompagnement et coordination avec l'entourage
- PER.4 Conditions de la mise en oeuvre de la bientraitance, gestion de la maltraitance
- PER.5 Actes personnels - Santé
- PER.6 Suivi du mandat et coordination de la mesure
- PER.7 Gestion financière - Assurance- Impôts
- PER.8 Gestion juridique et patrimoniale
- PER.9 Logement-Hébergement
- PER.10 Circulation de l'information
- PER.11 Révision, renouvellement ou fin de la mesure

LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'ACTION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Axes de progrès	Effets attendus	Modalités	Référents	Échéance
<p>PER 1 : Accueil, prise en charge, ouverture de la mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homogénéiser les pratiques lors de l'accueil physique et téléphonique - Mettre en place des procédures pour consolider la confidentialité des entretiens - Actualiser les outils de la Loi de 2002-2 - Mettre en place un contrôle interne des obligations à respecter à l'ouverture de la mesure. 	<p>Amélioration de la prise en charge de la mesure dès l'ouverture</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'équipe par le recrutement d'un coordonnateur de service pour faciliter la mise en place de procédures et d'outils visant à identifier les différents processus - Mettre en œuvre un diagnostic RH pour apporter une méthodologie d'ensemble de traitement des dysfonctionnements - Travailler le FALC appliqué aux outils de la Loi 2002-2 - A partir de listes pré établies et de grilles d'évaluation travaillées principalement lors du diagnostic RH 	<p>Direction/CA Equipe</p> <p>Direction</p> <p>Equipe, Présidente, Secrétaire-adjoint, Directeur, MJPM Direction/CDS</p>	<p>2015</p> <p>2015</p> <p>2016</p> <p>Fin 2015</p>

<p>PER 2 : Elaboration et mise en œuvre du DIPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier son actualisation annuelle - Retravailler la partie « Axes de projet » - Vérifier le respect du contenu et des objectifs du DIPM - Par extension, tendre vers une programmation générale des visites à domicile. 	<p>Mieux informer et impliquer davantage la personne protégée à sa mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Installer une alerte sur le logiciel métier à la date anniversaire - Contrôler sa réalisation et son actualisation pour toutes les personnes du service - Organiser une réunion d'équipe spécifique sur la partie « axes de projet » 	<p>Référente UNI.T, Direction, CDS, Equipe</p>	<p>Fin 2015</p> <p>Début 2016</p>
<p>PER 3 : Participation de la Personne Protégée (PP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le contenu de l'enquête de satisfaction 	<p>Impliquer davantage la personne protégée (PP) à sa mesure de protection Etre capable d'apporter des suites aux demandes et avis des personnes et informer des suites réservées à ces demandes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reprendre le contenu et la forme de l'enquête destinée aux personnes protégées - Créer une enquête de satisfaction à destination des partenaires 	<p>Stagiaire CESF, direction Direction, CDS</p>	<p>Début 2015</p> <p>2017</p>
<p>PER 4 : Conditions de la mise en œuvre de la bientraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles de signalement à mettre en place - Développer des actions de prévention - Informers le CA des 	<p>Etre davantage sensibilisé au thème de la bientraitance et aux risques de maltraitance dans nos pratiques et dans l'environnement de la PP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lancer la « seconde vague » de groupes de travail mixés équipe/administrateurs sur la Bientraitance - Mettre en place un registre des événements indésirables - Mettre en place un protocole de signalement de cas de maltraitance 	<p>Chef de projet (CDS), direction, équipe/administrateurs</p>	<p>Fin 2015/2016</p>

<p>situations de maltraitance (+ARS/DDCS)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Aboutir à une charte de la Bienveillance 	<p>CDS/Direction/Equipe/administrateurs</p>	<p>2016</p>
<p>PER 5 : Actes personnel - santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information sur le droit de vote à formaliser davantage dans la procédure d'ouverture - Réflexion sur une procédure pour intervenir sur la mise en danger du majeur protégé - Procédure à destination du médecin référent à ajouter - Besoin de clarification des règles du CSP et du CC. - Elargir le partenariat avec les intervenants médicaux. 	<p>Permettre à chaque PP de pouvoir disposer d'un étayage médical selon ses besoins et sa volonté (MT, CMP, HDJ, AJ,...) Préciser les notions de droit de vote et de choix du médecin traitant dans la procédure d'ouverture Informer davantage les professionnels de santé sur le suivi médical des PP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter la procédure d'ouverture - Améliorer la communication externe du Service vis-à-vis des professionnels de santé en structures et libéraux par des supports papiers (affiches, dépliants, notes explicatives et par la formation) - Créer une note d'incident pour informer le juge sur une situation de mise en danger de la PP. 	<p>Direction, CDS Direction, CDS, Equipe</p> <p>MJPM/Direction</p>	<p>Fin 2015 2017</p> <p>Début 2015</p>
<p>PER 6 : Suivi du mandat et coordination de la mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la transcription des informations dans UNI.T - Elaborer une procédure de consultation du dossier par le majeur protégé - Ecrire une procédure concernant le relais entre professionnels. 	<p>Améliorer le suivi et la coordination de la mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter un coordonnateur de service qui va aider le directeur par la création d'outils et de grilles d'évaluation permettant un véritable suivi de la mesure - Désignation d'un référent UNI.T pour faciliter l'exploitation du logiciel métier - Enregistrer les informations systématiquement dans le logiciel métier pour une meilleure connaissance et coordination des mesures (remplacement ou relais entre professionnels) - Optimiser les outils internes et les circuits 	<p>Direction/CDS</p> <p>Direction/Référent UNI.T</p> <p>Equipe</p> <p>CDS</p>	<p>Sept 2015/2016</p> <p>Sept 2015/2018 2015</p> <p>Fin 2015/2016</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Procédure pour identifier les majeurs protégés en situation difficile impliquant une vigilance particulière. 		<ul style="list-style-type: none"> - d'informations sur les mesures afin de permettre une centralisation des informations. - Ecrire les procédures manquantes 	Direction/CDS	2016
<p>PER 7 : Gestion financière – Assurances – Impôts</p>	<p>Améliorer la prise en charge de la PP au niveau de la gestion financière, de la couverture assurantielle et de l'imposition</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Homogénéiser l'outil Budget Prévisionnel (rubriques, communication et présentation, actualisation) par une réunion de travail avec les MJPM - Favoriser les actions de formation de l'équipe sur la gestion de patrimoine - Désigner le Commissaire aux comptes pour effectuer une mission de contrôle sur les comptes de majeurs protégés (échantillon) - Améliorer le circuit de récupération des informations en vue du calcul des frais de gestion - Rencontrer les établissements pour lesquels il est identifié un problème de gestion de l'argent de poche - Ecrire une procédure sur l'aide sociale et le reversement de l'aide sociale. - Etre capable de vérifier que les principaux risques assurantiels des majeurs sont couverts - Nommer un référent juridique au sein du Service. 	Direction/CDS/Equipe	Fin 2015
<ul style="list-style-type: none"> - Définir un rythme d'actualisation du budget prévisionnel 		<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les actions de formation de l'équipe sur la gestion de patrimoine 	Direction	PPF 2016, 2017, 2018...
<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser les connaissances sur les produits bancaires. 		<ul style="list-style-type: none"> - Désigner le Commissaire aux comptes pour effectuer une mission de contrôle sur les comptes de majeurs protégés (échantillon) 	CA/Direction	2016
<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer un contrôle des opérations (gestion et comptabilité) réalisée sur les comptes de la personne protégée. 		<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le circuit de récupération des informations en vue du calcul des frais de gestion 	Direction/Equipe	Fin 2015/2016
<ul style="list-style-type: none"> - Compléter la procédure d'évaluation du montant des frais de gestion des majeurs protégés. 		<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer les établissements pour lesquels il est identifié un problème de gestion de l'argent de poche 	Equipe MJPM/Direction	2014 et suivants
<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les procédures de délégation de gestion de l'argent de poche entre l'ESMS et le SMJPM. 		<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire une procédure sur l'aide sociale et le reversement de l'aide sociale. 	Direction/CDS	Fin 2015
<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire une procédure générale sur l'aide sociale et le « laisser à disposition ». 		<ul style="list-style-type: none"> - Etre capable de vérifier que les principaux risques assurantiels des majeurs sont couverts 	Equipe SQL/MJPM/Direction	2015
<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire une procédure sur la couverture assurantielle. 		<ul style="list-style-type: none"> - Nommer un référent juridique au sein du Service. 	Direction	2015
<ul style="list-style-type: none"> - Veille juridique sur l'actualité 				

<p>législative en matière d'imposition.</p>				
<p>PER 8 : Gestion juridique et patrimoniale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecrire une procédure d'inventaire avec son actualisation répertoriée sur un tableau de bord - Procédure sur l'entretien du patrimoine immobilier - Procédure de suivi et de réévaluation des baux - Elargir ses compétences ou les personnes ressources autour des situations juridiques complexes. 	<p>Sécuriser le patrimoine des PP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Application de la procédure d'inventaire et création d'un outil de suivi des inventaires réalisés - Ecriture des procédures manquantes identifiées - Favoriser les actions de formation sur des thèmes juridique et de gestion patrimoniale - Nomination d'un référent juridique - Le Service identifie des professionnels ressources 	<p>Equipe MJPM/CDS/Direction</p> <p>Direction/CDS</p> <p>Direction</p> <p>Direction Direction/Equipe</p>	<p>2015</p> <p>2016</p> <p>PPF 2016, 2017, 2018</p> <p>2015</p> <p>Depuis 2013</p>
<p>PER 9 : Logement – hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de signalement de danger dans le lieu de vie - Procédure pour faciliter la fonction employeur assurée par le majeur protégé. - Autorisation/détention des clés des majeurs protégés 	<p>Sécuriser le logement de la PP quel que soit son statut d'occupant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'historique des logements occupés par la PP est tracé dans le logiciel métier (UNI.T) - Faire intervenir l'ADIL 66 auprès de l'équipe et participer aux travaux de la commission départementale de lutte contre l'Habitat indigne (PDLHI) - Etre capable de faire remonter des situations préoccupantes en matière d'habitat. - Le Service se dote de moyens pour conserver les clés de la PP avec son accord - Ecrire les procédures manquantes repérées 	<p>Opératrice de saisie/assistantes adm Direction</p> <p>Equipe MJPM/CDS/Direction Direction/MJPM</p> <p>Direction/CDS</p>	<p>2015</p> <p>2015</p> <p>2015</p> <p>2016</p>

<p>PER 10 : Circulation de l'information</p> <p>Construire une procédure sur l'archivage et la consultation des dossiers.</p>	<p>Amélioration de l'archivage et possibilité pour la PP de consulter son dossier</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire les procédures manquantes repérées - Optimiser l'espace réservé à l'archivage - Tendre vers une GED 	<p>Direction/CDS/administratrice Administratrice en charge de l'archivage Direction</p>	<p>2016 2015 2017/2018</p>
<p>PER 11 : Révision, renouvellement ou fin de mesure</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Travailler le circuit du dossier (liste des activités, calendrier, qui fait quoi ?) 	<p>Diagnostic RH/Direction/Equipe</p>	<p>2015</p>

THEME 2. GOUVERNANCE ASSOCIATIVE : DU PROJET ASSOCIATIF A LA MISE EN OEUVRE DU PROJET DE SERVICE

Le cadre posé dans le Guide de l'évaluation interne par le CNESMS (devenu ANESM), enrichi par les apports des formateurs :

Thématiques	Critères principaux
Projet et besoins	Pertinence du projet dans des réponses adaptées aux besoins Formalisation des prestations
Suivi et réactualisation du projet	Connaissance interne et conformité aux missions Adéquation du public avec les missions Evaluation régulière de la mise en œuvre du projet
Place du projet	Cohérence avec le projet de l'organisme gestionnaire Reconnaissance et valorisation du projet par l'organisme gestionnaire Connaissance et appropriation du projet par les nouveaux salariés
Inscription dans un contexte territorial	Prise en compte des besoins locaux et des orientations des schémas territoriaux Existence d'une spécificité de la structure par rapport aux autres établissements ou services Participation à l'observation sociale
Ouverture	Interactions avec des structures extérieures, spécialisées et de droit commun Méthodes de repérage et de développement des partenaires et réseaux Modalités adaptées de coopération et d'articulations avec d'autres structures Existence et évaluation régulière de conventions de partenariat

Les références du Mouvement

Le thème revêt une importance primordiale pour l'Unapei qui a inscrit dans son Projet associatif, dans ses axes et ses objectifs de travail :

- l'indispensable nécessité de garantir l'indépendance des fonctions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs par rapport à toute autre fonction (hébergement, accueil, soins, etc...)
- l'indépendance des administrateurs par rapport aux prestataires et fournisseurs de l'association
- la nécessité de poursuivre l'aide à la mise en œuvre et au bon fonctionnement des projets de service
 - la nécessité de poursuivre le développement des outils de l'autoévaluation des services mandataires
 - la volonté d'entretenir des relations et des partenariats avec d'autres mouvements du secteur du handicap
 - la prise en compte des évolutions spécifiques des personnes accueillies
 - la nécessité de travailler en réseau pour mutualiser les savoir-faire et les expériences
 - la mise en place d'une réelle complémentarité et coopération entre les secteurs qui accompagnent les personnes handicapées mentales



Les critères principaux

Le critère : veiller à des projets de service toujours en cohérence avec les besoins des personnes accompagnées

Le critère : diffuser le plus largement le projet de service en interne et à tous les partenaires institutionnels

Le critère : faire du projet de service le socle de la démarche d'amélioration continue de la qualité

Le critère : veiller à des projets de service toujours en cohérence avec les principes de gouvernances associatives

Le critère : faire de la structure un acteur identifié et incontournable du tissu local et de l'observation sociale.

Le critère : développer un travail de partenariat avec l'environnement institutionnel, sanitaire, social et médico-social ; encourager l'ouverture des structures sur leur environnement immédiat

MODULE 2. LA GOUVERNANCE ASSOCIATIVE : PREMIER ELEMENTS DE SYNTHESE

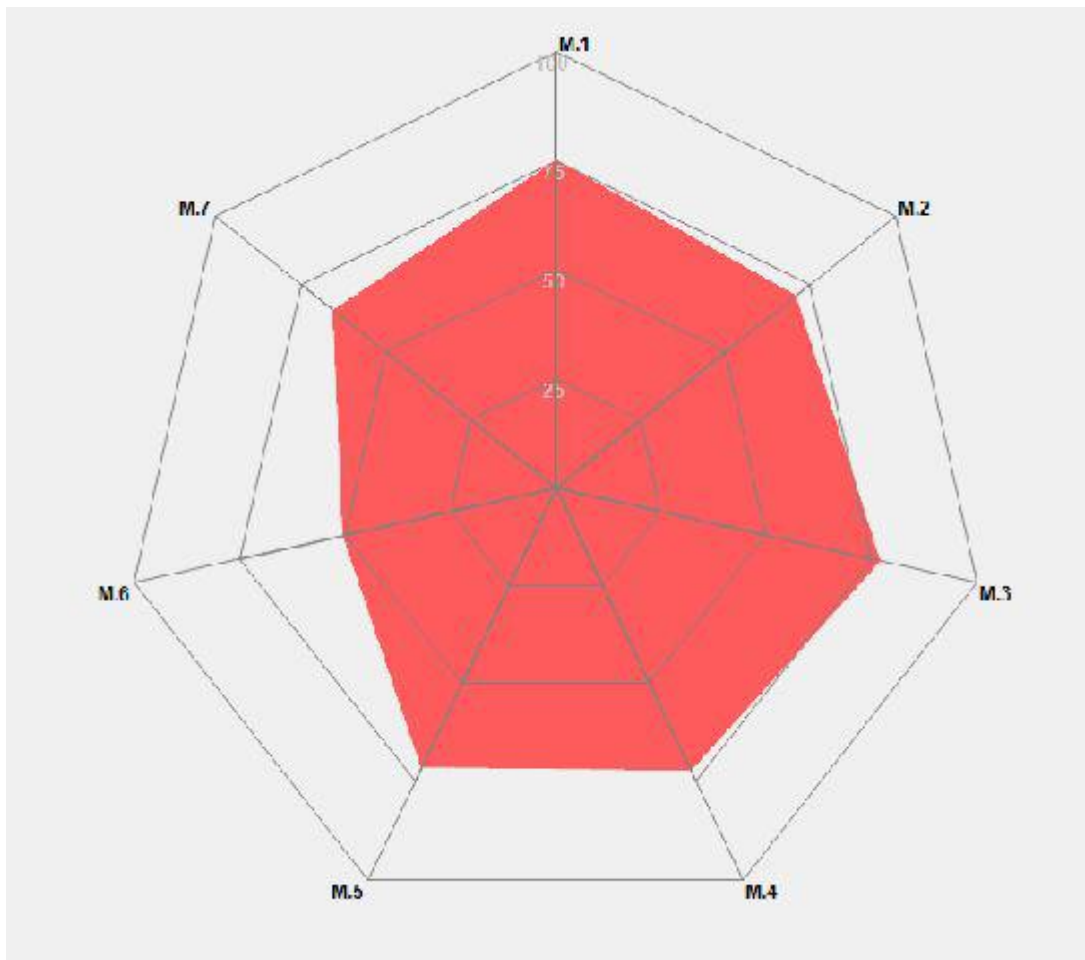
Points forts	Axes de progrès
<p>G.1 : Elaboration et communication des orientations</p> <p>G.2 : Rôles et responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none">- Procédure d'embauche <p>G.3 : Mise en œuvre des orientations</p> <ul style="list-style-type: none">- L'Association a identifié et évalué les risques inhérents à son fonctionnement (RC et pénale, risques financiers et ceux liés aux biens et aux personnes...) => couverture assurantielle. <p>G.4 : Articulation du projet associatif et du projet de service</p> <ul style="list-style-type: none">- Les professionnels sont informés régulièrement des orientations stratégiques envisagées par l'Association.- Une démarche qualité est mise en place- La DUD est formalisée. <p>G.5 : Ouverture sur l'environnement, coordination</p> <ul style="list-style-type: none">- Le Service participe aux orientations territoriales	<ul style="list-style-type: none">- Projet Associatif à bâtir- Formation à proposer aux nouveaux administrateurs- Elaborer un règlement intérieur associatif : définir le rôle et les délégations de chaque administrateur (guide de l'administrateur). <ul style="list-style-type: none">- Clarifier les notions de Projet associatif et Projet de Service- Définir le plan d'actions et le suivi des actions

- Le Service a développé un outil de communication à destination de l'environnement social, médico-social, sanitaire et administratif,
- Le service participe à des actions ou à des groupes de travail ou de réflexion (CVS, colloques, commissions,...).

G.6 : Mutualisation et synergie

- Formaliser le partenariat et son suivi.

- Le Service n'a pas les moyens de s'inscrire dans une politique ISTF de manière formelle.



Légende :

- M.1 Organisation des délégations et relations de travail individuelles
- M.2 Organisation du travail collectif
- M.3 Organisation financière
- M.4 Assurances
- M.5 Systèmes d'information interne / externe - Système informatique
- M.6 Mise en oeuvre de l'accessibilité- organisation des locaux
- M.7 Communication

La mise en œuvre des plans d'action de l'amélioration continue de la qualité

Axes de progrès	Effets attendus	Modalités	Référents	Échéance
G.1 : Elaboration et communication des orientations <ul style="list-style-type: none"> - Projet Associatif à bâtir - Formation à proposer aux nouveaux administrateurs - Elaborer un règlement intérieur associatif : définir le rôle et les délégations de chaque administrateur (guide de l'administrateur). 	<p>Définir des références et des valeurs communes partagées par l'ensemble des acteurs : administrateurs, salariés, bénévoles</p> <p>Mettre à niveau de connaissances les nouveaux administrateurs et à niveau de compétences les anciens administrateurs</p> <p>Définir des règles de la vie associative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construire le Projet d'Association dans le cadre d'une réflexion collective en utilisant les statuts et en faisant appel à un intervenant extérieur - Créer un module de formation pour les nouveaux administrateurs - Intégrer des administrateurs dans des actions de formation (ex : FALC) - Elaboration du Règlement intérieur associatif 	<p>Présidente/Directeur/CA</p> <p>Directeur/Présidente</p> <p>Directeur/Présidente</p> <p>Secrétaire-adjoint/CA/Directeur</p>	<p>2016/2017</p> <p>2016</p> <p>2015</p> <p>2015</p>
G.2 : Rôles et responsabilités	<p>Définir clairement, formaliser et communiquer les rôles et les délégations des administrateurs</p> <p>Consolider la procédure d'embauche des salariés</p> <p>Compléter les fiches de poste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer le règlement intérieur associatif - Retravailler la procédure d'embauche - A partir du diagnostic RH et du référentiel d'activités 	<p>Secrétaire-adjoint/CA/Directeur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p>	<p>2015</p> <p>2016</p> <p>2016</p>
G.3 : Mise en œuvre des orientations	<p>Respecter les statuts et le règlement intérieur</p> <p>Construire le Projet d'Association</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer les statuts aux salariés et aux administrateurs (à travers une chemise dossier de l'administrateur) - Des priorités d'actions sont définies pour la mise en œuvre du Projet Associatif 	<p>Direction</p> <p>CA/Direction</p>	<p>2014</p> <p>2016</p>

<p>G.4 : Articulation du projet associatif et du projet de service</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les notions de Projet associatif et Projet de Service - Définir le plan d'actions et le suivi des actions 	<p>Renouveler le Projet de service</p> <p>Communiquer les objectifs et les orientations aux membres du CA et de l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avec l'aide d'un cabinet extérieur ? - A travers le rapport moral de la Présidente, du rapport d'activités qui accompagne le Compte Administratif, les perspectives émises lors des vœux de la Présidente et des objectifs fixés par la Direction en réunion de rentrée et en début d'année civile 	<p>Direction/Equipe</p> <p>Direction/CA/Présidente</p>	<p>2017</p> <p>2014</p>
<p>G.5 : Ouverture sur l'environnement, coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser le partenariat et son suivi. 	<p>Faire connaître et reconnaître le Service, son action et faire entendre les spécificités des personnes vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire au fur et à mesure le Service dans des groupes de réflexion - Le Service invite des structures à présenter leurs activités en réunions d'équipe - Participer à des réunions extérieures - Mettre en place des conventions de partenariat, de coopération... - Le Service participe à de plus en plus de CVS 	<p>Direction/Equipe</p> <p>Direction</p> <p>Direction/CDS</p> <p>Direction/Présidente</p> <p>Présidente/administrateurs</p>	<p>2014</p> <p>2014</p> <p>2014</p> <p>2017</p> <p>2014</p>
<p>G.6 : Mutualisation et synergie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Service n'a pas les moyens de s'inscrire dans une politique ISTF de manière formelle. 		<ul style="list-style-type: none"> - Le Service répond à des demandes ponctuelles non formalisées. 	<p>Directeur</p>	<p>2014</p>

THEME 3. MANAGEMENT : DE L'ORGANISATION AUX RESSOURCES FINANCIERES

Le cadre posé dans le Guide de l'évaluation interne par le CNESMS (devenu ANESM), enrichi par les apports des formateurs :

Thématiques	Critères principaux
Ressources humaines	Identification et accompagnement des compétences Modalités de mise en œuvre d'un dialogue social interne Espaces de réflexion et formalisation des repères de « bonne pratique professionnelle »
Organisation du travail	Choix organisationnel formalisé en lien avec les contenus du projet Existence d'un projet de direction Repérage formel des responsabilités et délégations Orientations et méthodes de coopération interne et de travail en équipe Démarches et méthodes d'innovation et de prospective
Cadre de vie	Espaces adaptés d'accueil et d'accompagnement Rythme et fonctionnement adaptés aux besoins des usagers Stratégies de gestion et de mobilisation des ressources
Ressources financières	Lisibilité de la répartition des moyens et du suivi activités / ressources Adéquation des moyens à la mission Modalités d'exploitation et de diffusion des informations
Système d'information	Existence, organisation, sécurité des informations et accessibilité des dossiers des usagers Développement d'un système d'information interne / externe Existence et respect d'un calendrier communicationnel, dont architecture des réunions
Accessibilité	Repérage de la structure dans l'environnement Informations de l'environnement et des usagers potentiels sur les activités et prestations

Les références du Mouvement

Le thème revêt une importance primordiale pour l'Unapei qui a inscrit dans ses axes et ses objectifs de travail :

- l'adéquation des formations initiales et continues des professionnels aux besoins spécifiques de personnes handicapées mentales
- la définition et l'actualisation des responsabilités de chacun
- l'adéquation des moyens humains et financiers avec la mission de la structure
- une gestion responsable des établissements et des services
- la conception et la conduite d'une politique de communication transparente, fiable



Les principaux critères

Le critère : être en mesure de démontrer une organisation du travail et une politique sociale garantissant une mise en œuvre effective du projet institutionnel et des projets des personnes

Le critère : mobiliser les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des projets

Le critère : garantir une mobilisation et une utilisation efficace et efficiente des moyens financiers alloués par les pouvoirs publics

Le critère : assurer un contrôle et un suivi réguliers des ressources financières

Le critère : garantir un système documentaire et de communication organisée

THEME 3. MANAGEMENT : PREMIER ELEMENTS DE SYNTHESE

Points forts	Axes de progrès
<p>M.1 : Organisation des délégations et relations de travail</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Le Service dispose d'un service RH externe</i>- <i>Le salarié nouveau bénéficie d'un parcours d'intégration</i>- <i>Le Service dispose d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel</i>- <i>Il existe des fiches de poste</i>- <i>Les contrats de travail sont formalisés et à jour</i>- <i>Les salariés bénéficient de délégations de pouvoirs</i>- <i>Les entretiens annuels sont formalisés.</i> <p>M.2 : Organisation du travail collectif</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Réalisation d'un rapport d'activités annuel</i>- <i>Tenue de réunions périodiques d'équipe avec prise de notes</i>- <i>Le PPF est arrêté en cohérence avec les besoins de la structure et ceux recensés lors des entretiens annuels.</i>- <i>Les affichages réglementaires sont respectés</i>- <i>Le Service est en conformité avec les règles en matière d'hygiène et de sécurité</i> <p>M.3 : Organisation financière</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Les propositions budgétaires font l'objet d'un argumentaire détaillé</i>	<ul style="list-style-type: none">- Procédure de recrutement à formaliser - Elles sont à retravailler- Compléter les délégations - Formaliser de nouveaux tableaux de bord de suivi de l'activité. - Etude des causes de l'absentéisme- Ecrire une procédure de remplacement des salariés- Construire une GPEC - Procédure d'accueil des intervenants à établir. - Amélioration possible par la mise en place d'un CPOM et le PPI.- Mettre en place de véritables tableaux de bord

- *Suivi budgétaire formalisé*
- *Les fournisseurs principaux sont mis en concurrence*
- *Les choix en matière d'affectation des résultats sont réalisés en fonction des projets*
- *L'association distingue ses fonds propres des fonds provenant des financeurs,*
- *Le Service est en conformité avec la réglementation en matière de subventions,*
- *Les opérations du compte de passage font l'objet d'une traçabilité.*
- *L'organisation permet une sécurisation des moyens de paiement*
- *L'Association approuve les investissements.*

M.4 : Assurances

- *L'ensemble des risques est recensé régulièrement et couvert*
- *L'ensemble des intervenants est assuré.*

M.5 Systèmes d'informations interne/externe

- Depuis 2013, le Service dispose d'un logiciel métier unique
- L'accès au service informatique est sécurisé
- La déclaration à la CNIL est conforme
- Le schéma d'arborescence informatique est opérationnel
- L'accès aux différents documents est sécurisé
- Le Service protège ses données informatiques
- Il existe une maintenance informatique externalisée
- Il existe une charte informatique
- Le Service dispose d'outils sécurisés et de

- Il n'existe pas de procédure d'achats.
- Pas de rapport d'activités relatif à la clôture de l'exercice,
- Procédure concernant l'optimisation de la gestion de la trésorerie,
- Optimiser la trésorerie

- Pas d'appel d'offres lors du renouvellement de sa couverture assurance mais réalisation d'un audit préalable,
- Demander les informations aux salariés (assurance VL, PC, CG, assurance auto).

- Mise en veille automatique
- Courriers types et gestion documentaire à créer
- Délocaliser les données dans un espace virtuel
- Sécuriser les archives papiers

procédures de contrôle pour la gestion des comptes bancaires.

M.6 : Mise en œuvre de l'accessibilité

- L'accès au Service est maîtrisé.

- Il existe un système d'alarme anti-intrusion

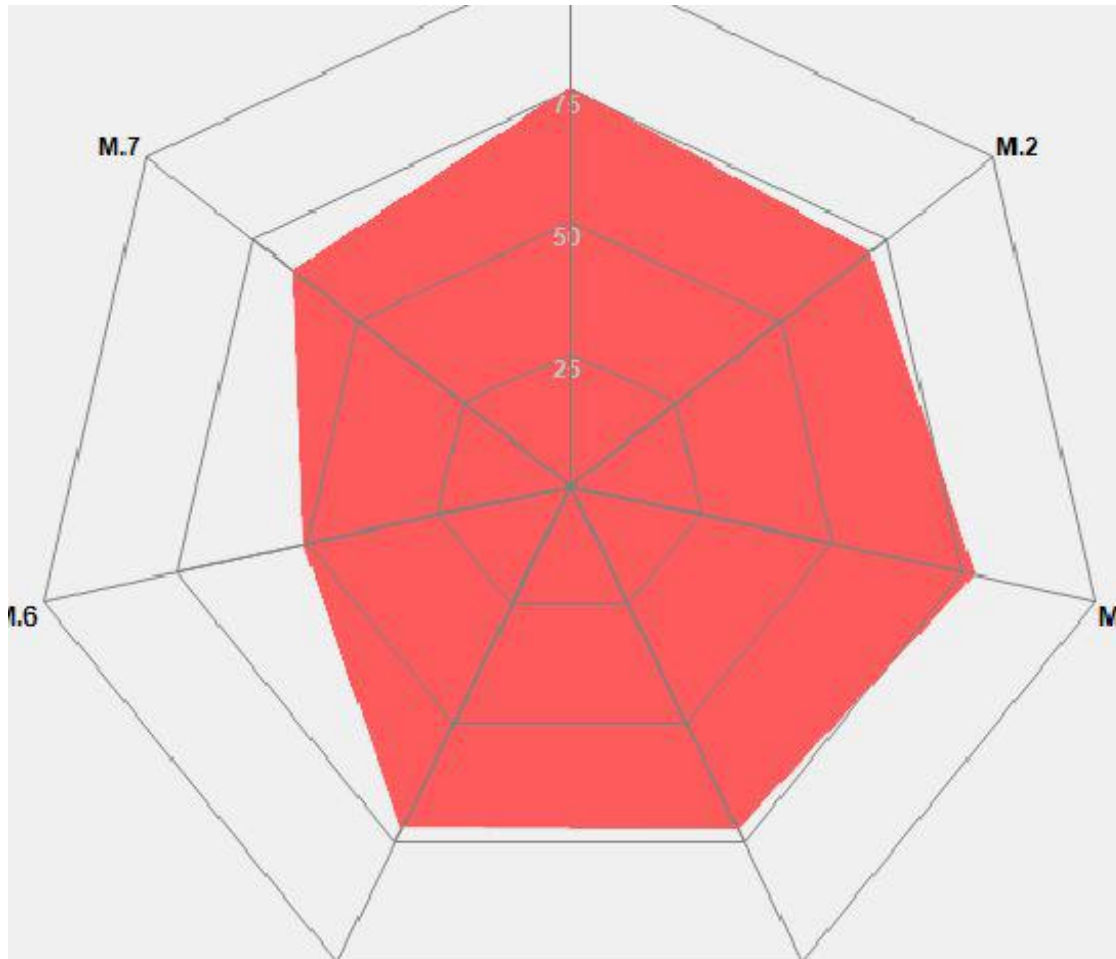
M.7 : Communication

- Outil de présentation des ressources documentaires
- Le Service diffuse un bulletin d'informations aux adhérents mais de façon irrégulière,
- Le Service organise la collecte de l'information externe (presse, revues spécialisées,...).

- Mettre en place un processus de conservation et de destruction des archives papiers.

- Revoir la signalisation externe
- Accessibilité des personnes à mobilité réduite
- Absence de sensibilisation au sigle sur l'accessibilité au handicap mental (S3A)
- Non relié à l'extérieur.

- Pas de politique de communication interne formalisée,
- Le Service n'est pas organisé pour répondre à une communication de crise.



Légende :

- M.1 Organisation des délégations et relations de travail individuelles
- M.2 Organisation du travail collectif
- M.3 Organisation financière
- M.4 Assurances
- M.5 Systèmes d'information interne / externe - Système informatique
- M.6 Mis en oeuvre de l'accessibilité- organisation des locaux
- M.7 Communication

LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'ACTION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Axes de progrès	Effets attendus	Modalités	Référents	Échéance
<p>M.1 : Organisation des délégations et relations de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de recrutement à formaliser - Les fiches de poste sont à retravailler - Compléter les délégations - Formaliser de nouveaux tableaux de bord de suivi de l'activité. 	<p>Professionnaliser l'activité</p> <p>Préciser le référentiel d'activités de chacun</p> <p>En conformité avec la législation</p> <p>Disposer d'une meilleure visibilité sur le fonctionnement du Service</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La faire valider par le CA et l'équipe - A partir du diagnostic RH - Intégrer la dimension « temporalité » - Mettre en place de nouveaux tableaux de bord de l'activité 	<p>Directeur</p> <p>Diagnostic RH/Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p>	<p>2014</p> <p>2016</p> <p>2016</p> <p>2016</p>
<p>M.2 : Organisation du travail collectif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude des causes de l'absentéisme - Ecrire une procédure de remplacement des salariés - Construire une GPEC 	<p>Agir sur les causes de l'absentéisme</p> <p>Garantir la continuité du Service</p> <p>Etre capable d'anticiper sur les évolutions dans l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des causes de l'absentéisme à travers un diagnostic RH - Ecrire une procédure de remplacement dans une équipe MJPM, dans un pôle de travail, nouvelle politique des heures supplémentaires - A formaliser à partir du diagnostic RH 	<p>Diagnostic RH/Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction/CA</p> <p>Direction</p>	<p>2016</p> <p>2015</p> <p>2015</p> <p>2016</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Procédure d'accueil des intervenants à établir. 	<p>Respecter des conditions d'hygiène et de sécurité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure à écrire 	<p>Direction</p>	<p>2016</p>
<p>M.3 : Organisation financière</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration possible par la mise en place d'un CPOM et le PPI. - Mettre en place de véritables tableaux de bord - Il n'existe pas de procédure d'achats. - Pas de rapport d'activités relatif à la clôture de l'exercice, - Procédure concernant l'optimisation de la gestion de la trésorerie, 	<p>Planification des budgets et des investissements sur 5 ans</p> <p>Piloter l'activité avec des tableaux de bord et des ratios d'activité économique</p> <p>Fournir un argumentaire convainquant sur la situation du Service</p> <p>Optimiser la trésorerie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se former à ces outils - Etre capable de mettre en œuvre un CPOM et PPI avec un PPF - Se former aux tableaux de bord - Etre capable de mettre en œuvre les tableaux de bord socio-économiques - Mettre en place une procédure d'achat - Etre capable de rédiger un rapport d'activités joint au Compte Administratif - Nouvelle procédure à écrire 	<p>Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p>	<p>2014 et 2015 2016/2017</p> <p>2017 2017</p> <p>2016</p> <p>2015</p> <p>2016</p>

<p>M.4 : Assurances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'appel d'offres lors du renouvellement de sa couverture assurance mais réalisation d'un audit préalable, - Demander les informations aux salariés (assurance VL, PC, CG, assurance auto). 	<p>Optimiser les coûts assurantiels et élargir l'éventail des garanties</p> <p>S'assurer que les professionnels sont en règle pour exercer leur activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser les contrats tous les 3 ans - Chaque année et à chaque nouvelle embauche 	<p>Direction</p> <p>Direction</p>	<p>2016</p> <p>2014</p>
<p>M.5 Systèmes d'informations interne/externe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser l'accès informatique - Sauvegarder les données du logiciel métier tous les jours - Courriers types et gestion documentaire à créer - Délocaliser les données dans un espace virtuel 	<p>Eviter la contamination par des virus venus de l'extérieur</p> <p>Sécuriser le logiciel métier et ses données</p> <p>Utiliser des modèles communs à l'ensemble des utilisateurs pour être plus efficace et uniforme vis-à-vis de l'environnement extérieur</p> <p>S'appuyer sur une base documentaire pour chercher des informations collectées au fil de la vie du Service</p> <p>Sécurisation maximum des données informatisées et des dossiers papiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interdire d'ouvrir sa messagerie personnelle à son bureau - Demander le nouveau paramétrage de la sauvegarde au service informatique - Se former au module lettres types - Nommer un référent UNI.T pour travailler en particulier sur la mise en œuvre de ces courriers types - Créer une base documentaire sur le serveur - Réflexion en cours liée au coût élevé 	<p>Direction/Equipe</p> <p>Direction</p> <p>Equipe Direction/référent UNI.T</p> <p>Direction</p> <p>Direction</p>	<p>2015</p> <p>2015</p> <p>2014 2015</p> <p>2015</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser les archives papiers - Mettre en place un processus de conservation et de destruction des archives papiers. 	<p>Pouvoir sélectionner les archives et optimiser l'espace réservé Détruire les papiers confidentiels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir un destructeur de papiers - Définir un ordre de priorité de destruction des archives à travers une procédure 	<p>Direction Direction/secrétaire du CA</p>	<p>2015 2015</p>
<p>M.6 : Mise en œuvre de l'accessibilité</p>				
<ul style="list-style-type: none"> - Revoir la signalisation externe 	<p>Etre plus facilement repérable par les visiteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Installer des pancartes directionnelles et une plaque à l'entrée de l'immeuble 	<p>Directeur</p>	<p>2017</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité des personnes à mobilité réduite 	<p>Vérifier que les locaux sont aux normes au niveau de l'accessibilité aux PMR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire venir les responsables de l'APF 	<p>Directeur</p>	<p>2016</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de sensibilisation au sigle sur l'accessibilité au handicap mental (S3A) 	<p>Devenir un établissement accessible au niveau du handicap mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former l'équipe et des administrateurs au handicap mental et au FALC 	<p>Directeur/Equipe/CA</p>	<p>2015</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Alarme non reliée à l'extérieur. 	<p>Améliorer la sécurité des locaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer le système anti-intrusion vers une télésurveillance 	<p>Directeur</p>	<p>2016</p>

M.7 : Communication <ul style="list-style-type: none"> - Pas de politique de communication interne formalisée, - Le Service n'est pas organisé pour répondre à une communication de crise. 	<p>Formaliser la communication interne</p> <p>Prévoir une communication en cas de situation de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un intranet - Ecrire une procédure sur la diffusion des informations en interne - Envisager des scénari possibles 	<p>Directeur</p> <p>Direction/CA</p>	<p>2016</p> <p>2016</p>

CONCLUSION ET PERSPECTIVES :

LES PLUS :

- L'investissement de l'équipe et du Conseil d'Administration
- La volonté de progresser des différents acteurs
- L'engagement dans les projets (déménagement, évaluation interne, FALC, Printemps des solidarités)
- Les perspectives d'avenir du Service : amélioration de la prise en charge de la Personne Protégée, augmentation de l'activité, projet de construction...
- Les résultats de l'Inspection du Service par la DDCS/DRJSCS
- Les autorisations budgétaires pour la campagne 2015 qui ont permis le recrutement d'un coordonnateur de service et le renforcement de l'équipe à d'autres postes de travail
- La santé financière du Service
- L'expérimentation du dispositif des volontaires services civiques
- Le travail de diagnostic RH réalisé en 2015

LES DIFFICULTES

- La charge de travail élevée depuis la fusion liée à une mauvaise évaluation des besoins avec pour conséquences une sous dotation de fonctionnement du Service de 2010 à 2014.
- Le turn-over dans l'équipe avec le départ de délégués mandataires expérimentés, pour motif de longue maladie et l'absentéisme
- Les difficultés à recruter des délégués qualifiés et certifiés

CONCLUSION

Ce travail d'évaluation interne nous a permis de confirmer le travail qu'il nous reste à accomplir pour nous mettre à niveau de services qui ont davantage d'ancienneté et d'expériences. Il n'en reste pas moins que nous progressons et que nous sommes capables d'innover que ce soit à travers le chantier opérationnel sur le FALC, la vulgarisation de notre métier par l'animation d'une conférence-débat sur la tutelle, par le travail initié sur la Bienveillance, par l'accueil de stagiaires, par la création d'un site internet à coût nul et par l'initiative prise par le Service de confier des missions à des volontaires de Service Civique. En vue de l'évaluation externe et de la prochaine évaluation interne, nous allons poursuivre nos efforts en corrigeant les points à améliorer et en tenant compte des recommandations émises par notre Service Instructeur.

LES SUITES DE LA DEMARCHE :

Il s'agit maintenant de mettre en œuvre les plans d'actions en se donnant des priorités d'action et en respectant les échéances. Ainsi, au moment de la validation de ce rapport d'évaluation, le COPIL se transforme en Comité de suivi qui se donne comme priorités les actions d'amélioration autour du thème de la Personne Protégée.

Sont ainsi priorisées à échéance de la première réunion du Comité de suivi, au mois de mars 2016, les actions concernant :

- L'augmentation et la régulation des visites au domicile des majeurs protégés
- L'actualisation et l'optimisation de l'outil DIPM
- La mise en œuvre des outils issus du diagnostic RH
- Et la reprise du chantier sur la Bienveillance.

Les réunions du comité de suivi sont programmées tous les 4 mois.

Par ailleurs, en vue de la prochaine évaluation interne, il est posé comme objectif de faire participer les partenaires, les professionnels et les familles.

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

- COFIL :

Animé par le directeur, il est composé de :

• Lundi 6 Janvier 2014 : de 10 h à 12 h

- BERNE Christiane : Présidente
- MARTIN Evelyne : Administratrice
- BERTHELIER Francis : Administrateur
- PIERRU SAURINE Pascale : MJPM
- LACOUR Amandine : MJPM
- ORTIZ Florence : MJPM
- BOUARD Frédéric : Directeur

Groupe de travail 1 : LA PERSONNE PROTEGEE DES DROITS A LA RELATION DE SERVICE

Dates et Composition

Animé par le directeur, il est composé :

- LUNDI 20 JANVIER 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne - Administratrice
 - BERTHELIER Francis - Administrateur
 - BEAUMONT Romain – MJPM
 - ORTIZ Florence – MJPM
 - ROYAUX Audrey – MJPM
 - PAYRE Martine – Assistante comptable
 - GUIGNARD Cécile – Assistante Administrative
 - GRIVART Maud – Agent d'accueil
 - OLIVA Jean-Luc – Agent d'accueil

- LUNDI 17 MARS 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne - Administratrice
 - BERTHELIER Francis - Administrateur
 - BEAUMONT Romain – MJPM
 - ORTIZ Florence – MJPM
 - ROYAUX Audrey – MJPM
 - PAYRE Martine – Assistante comptable
 - GUIGNARD Cécile – Assistante Administrative
 - GRIVART Maud – Agent d'accueil
 - OLIVA Jean-Luc – Agent d'accueil

- LUNDI 05 MAI 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne - Administratrice

- BERTHELIER Francis - Administrateur
- BEAUMONT Romain – MJPM
- ORTIZ Florence – MJPM
- ROYAUX Audrey – MJPM
- PAYRE Martine – Assistante comptable
- GUIGNARD Cécile – Assistante Administrative
- GRIVART Maud – Agent d'accueil
- OLIVA Jean-Luc – Agent d'accueil

Groupe de travail 2 : GOUVERNANCE ASSOCIATIVE, DU PROJET ASSOCIATIF A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE SER-VICE

Dates et Composition

Animé par le directeur, il est composé :

- LUNDI 03 FEVRIER 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis - Administrateur
 - SERAN Stéphanie - MJPM
 - FREMONT Mélanie - MJPM
 - MIR Ludivine – Assistante comptable
 - FORMATCHE David – Assistant comptable
 - COQUIN Cathy – Assistante administrative

- LUNDI 31 MARS 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis - Administrateur
 - SERAN Stéphanie - MJPM
 - FREMONT Mélanie - MJPM
 - MIR Ludivine – Assistante comptable
 - FORMATCHE David – Assistant comptable
 - COQUIN Cathy – Assistante administrative

- LUNDI 02 JUIN 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis - Administrateur
 - SERAN Stéphanie - MJPM
 - FREMONT Mélanie - MJPM
 - MIR Ludivine – Assistante comptable
 - FORMATCHE David – Assistant comptable
 - COQUIN Cathy – Assistante administrative

Groupe de travail 3 : MANAGEMENT, DE L'ORGANISATION AUX RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIERES

Dates et Composition

Animé par le directeur, il est composé :

- LUNDI 17 FEVRIER 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis – Administrateur
 - VALANTIN Jean-Claude - Administrateur
 - LOUVET Delphine – MJPM
 - LACOUR Amandine – MJPM
 - DA SILVA Tiphaine – Assistante administrative
 - PLA Muriel – Assistante administrative
 - FOREST Nathalie – Assistante comptable

- LUNDI 7 AVRIL 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis – Administrateur
 - VALANTIN Jean-Claude - Administrateur
 - LOUVET Delphine – MJPM
 - LACOUR Amandine – MJPM
 - DA SILVA Tiphaine – Assistante administrative
 - PLA Muriel – Assistante administrative
 - FOREST Nathalie – Assistante comptable

- LUNDI 19 MAI 2014 DE 13H30 A 15H30
 - BERNE Christiane - Présidente
 - MARTIN Evelyne – Administratrice
 - BERTHELIER Francis – Administrateur
 - VALANTIN Jean-Claude - Administrateur
 - LOUVET Delphine – MJPM
 - LACOUR Amandine – MJPM
 - DA SILVA Tiphaine – Assistante administrative
 - PLA Muriel – Assistante administrative
 - FOREST Nathalie – Assistante comptable

REUNIONS PLENIERES

- Lundi 23 septembre 2013
- Lundi 1^{er} septembre 2014

ANNEXE 2 : RAPPORT D'INSPECTION DDCS/DRJSCS (SEPTEMBRE 2014)

ANNEXE 3 : MODELE DE L'ENQUETE DE SATISFACTION