|  |
| --- |
| **Fiche de candidature des ESMS** **pour intégrer le programme** **« Défi Handicap »** |

*Programme d’accompagnement à la réflexion et démarche éthique pour les établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap dans la région des Pays de la Loire.*



Merci de renseigner les informations ci-dessous et de les adresser, par e-mail au pilote du programme :

**Aurélien DUTIER**

Conseiller technique

CREAI Pays de la Loire

e-mail : a.dutier@creai-pdl.fr

Le comité de suivi du programme Défi Handicap étudiera votre demande et vous adressera une réponse dans les meilleurs délais.

**Partie 1 – Renseignement sur l’ESMS**

1. **Nom de l'établissement ou service**
2. **Type d'établissement : cochez SVP**

☐ IME

☐ IEM

☐ EEAP

☐ FAM/EAM

☐ MAS

☐ ESAT

☐ SAMSAH

☐ PCPE

☐ Autre : précisez SVP

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Organisme gestionnaire / Association / fédération de rattachement de l’ESMS :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Département**

☐ 44

☐ 49

☐ 72

☐ 85

☐53

1. **Adresse de l’ESMS**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Nombre de personnes en situation de handicap accompagnées par l’ESMS**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Population accompagnée par l’ESMS :**

☐ Enfants

☐ Adultes

☐ Les deux

1. **Type de handicap concerné :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Nombre de professionnels travaillant dans l’ ESMS (en ETP):**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Partie 2 - Actions déjà réalisées par l’ESMS dans le champ de la démarche éthique**

1. **Des actions de formations à la démarche éthique ont-elles été mises en œuvre dans le ESMS ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ je ne sais pas

**Si oui : De quelle nature ? Quand ?**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Une structure éthique existe-t-elle déjà dans l’ESMS ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ je ne sais pas

1. **Une structure éthique a-t-elle déjà existé dans l’ESMS ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ je ne sais pas

**Si oui, il y a combien de temps ?**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Une démarche de promotion de la bientraitance et/ou de lutte contre la maltraitance existe-t-elle dans l’ESMS ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ je ne sais pas

1. **Des évènements (soirée-débat), groupe de travail, ont-ils déjà été menés par l’ESMS dans le champ de l’éthique ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ je ne sais pas

**Si oui, de quelle nature ? Quand ?**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------

**Partie 3 – Besoins, difficultés potentielles et/ou attentes concernant la mise en œuvre d’une démarche éthique au sein de l’ESMS**

1. **Quels sont les objectifs attendus de la mise en œuvre d’une démarche de réflexion éthique pour l’ESMS ?**

☐ Mise en œuvre d’une structure d’aide à la décision face à des situations d’accompagnement

☐ Mise en œuvre de temps de réflexion sur des thématiques transversales

☐ Autre : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Quelles seraient les grandes thématiques / sujet que la structure éthique pourrait travailler ?**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Identifiez-vous des difficultés potentielles dans la mise en œuvre d’une démarche éthique au sein de l’ESMS ?**

☐ Turn-over important des professionnels

☐ Manque de motivation des membres

☐ Manque de sollicitation du groupe éthique par les professionnels

☐ Difficulté de communication et/ou de coordination du groupe éthique

☐ Autre : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Partie 4 – Fiche de renseignement sur la personne-contact faisant la demande de candidature**

1. **Nom et prénom de la personne :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Fonction de la personne dans l’ESMS :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

* **3. Coordonnées de la personne :**

**E-mail :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Téléphone :**

------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **La demande d’intégration au programme Défi Handicap est-elle validée par la direction de l’ESMS ?**

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

1. **Quelle serait la personne référente pressentie ou désignée durant le programme Defi Handicap ?**

------------------------------------------------------------------------------------------------------