

FONDATION PERE FAVRON

Evaluation externe du FAM Les Cytises

Rapport final

Type d'établissement	Foyer d'Accueil Médicalisé
Coordonnées	Chemin Albert Barbot Bois d'Olives
Numéro FINESS	970466371

Sommaire

1. Eléments de cadrage	3
1.1. Présentation de la Fondation Père Favron	3
1.1. Présentation du Pôle Handicap et Dépendance (PHD)	4
1.2. Description de l'établissement	6
1.2.1. Missions	6
1.2.2. L'environnement : situation géographique	7
1.2.3. La population accompagnée	7
1.2.4. L'activité	8
2. La procédure d'évaluation externe	9
2.1. Démarche	9
2.1.1. Etape 1 : le projet évaluatif	9
2.1.2. Etape 2 : l'évaluation sur site	10
2.1.3. Etape 3 : le rapport	10
2.2. Sources	11
2.2.1. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables	11
2.2.2. La réglementation applicable à la structure évaluée	11
3. Résultats de l'analyse détaillée	12
3.1. La stratégie du service	12
3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement	12
3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie	14
3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue	18
3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne	18
3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration	19
3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration	20
3.2.4. Les autres volets de la dynamique génération d'amélioration continue de la qualité	21
3.3. Le parcours de l'utilisateur	23
3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil	23
3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet individualisé	24
3.3.3. La fin d'accompagnement	25
3.4. La qualité de l'accompagnement proposé	26
3.4.1. Qualité du cadre de vie	26
3.4.2. L'accompagnement proposé	29
3.4.3. La coordination de l'accompagnement	34
3.5. L'effectivité des droits des usagers	35
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux	35
3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits	36
3.6. La prévention et la gestion des risques	38

3.6.1.	La sécurité des lieux et des personnes	38
3.6.2.	La prévention des risques professionnels et la santé au travail	42
3.6.3.	La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	43
3.7.	L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.....	44
3.7.1.	L'inscription du service dans le territoire	44
3.7.2.	La perception de l'établissement par son environnement	45
3.8.	Organisation, gestion des ressources humaines et management	46
3.8.1.	La politique de gestion des ressources humaines.....	46
3.8.2.	Organisation et management	48
4.	Synthèse de l'évaluation externe	50
4.1.	Introduction	50
4.1.1.	La démarche d'évaluation interne	50
4.1.2.	Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Anesm	51
4.2.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.....	51
4.3.	L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	53
4.4.	Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	53
4.5.	La garantie des droits et la politique de prévention des risques	54
5.	Abrégé du rapport d'évaluation externe	55
5.1.	La démarche d'évaluation interne.....	55
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm	57
5.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers	57
5.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	61
5.5.	Personnalisation de l'accompagnement	62
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers	64
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	64
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe	68
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe	68
5.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe	69
6.	Annexes	70
6.1.	Contrat	70
6.2.	Composition des équipes	74
6.3.	Calendrier de réalisation	77
6.4.	Attestation sur l'honneur	78

1. Eléments de cadrage

1.1. Présentation de la Fondation Père Favron

Créée en 1946, la Fondation assure « la conception, la réalisation, la gestion et l'exploitation de toutes œuvres à but non lucratif présentant un caractère médical, social ou éducatif. Elle assure le fonctionnement et l'entretien des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle s'engage aussi à poursuivre l'œuvre de l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises créée par le Père Favron » (article 1 des statuts de la Fondation).

Elle regroupe 35 établissements sociaux et médico-sociaux, accompagne 1 455 personnes et emploie 1 200 professionnels.

L'offre de la Fondation s'organise en trois filières :

- Une filière personnes âgées ;
- Une filière handicap enfants et adultes;
- Une filière sociale.

La Fondation Père Favron défend et promeut les valeurs suivantes :

- « **L'Humanisme**, philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :
 - o la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
 - o la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
 - o la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
 - o la Charte de l'Economie Sociale.
- **La solidarité**, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.
- **La qualité** de l'accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.
- **La proximité**, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.
- **La promotion et la formation** des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'utilisateur. »

1.1. Présentation du Pôle Handicap et Dépendance (PHD)

Dès 1946, et jusqu'à sa mort en juin 1968, le père Favron a multiplié les initiatives pour répondre aux détresses médico-sociales avec notamment l'ouverture de l'hôpital d'enfants de Saint-Louis et du Foyer Albert Barbot où ont été accueillies personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté sociale. Ce prêtre s'est approché de la grande bourgeoisie foncière (notamment la famille Isautier) pour les convaincre de travailler avec lui sur un projet d'accompagnement. Cette collaboration a permis la mise à disposition des terrains actuels et la construction de bâtiments d'accueil. Victime de son succès, des personnes qualifiées d'incurables (personnes âgées et handicapées mentales, psychiques, physiques ...) ont afflué de toute l'île.

La loi du 30 juin 1975 qui organise le paysage médico-social a amené la spécialisation de la prise en charge et la création d'unités pour l'accueil spécifique des personnes. Le foyer Albert Barbot prenait alors toutes les situations que les autres ne voulaient pas prendre : les personnes qui sortaient de l'hôpital psychiatrique ou autres structures médico-sociale. Le foyer Barbot était alors à la fois une « terre d'asile » et un lieu de peur et d'enfermement.

La loi de 2002 a permis d'orienter la stratégie du foyer en veillant à positionner l'individu dans un fonctionnement collectif, là où le foyer (ou hospice A. Barbot) était particulièrement en retrait.

La signature du premier CPOM en 2008 a permis de mettre en évidence les limites du fonctionnement liées aux coûts cachés importants. Les préconisations du cabinet qui les a accompagnés étaient d'organiser le Foyer Albert Barbot autour de 3 entités :

- **Pôle gérontologique (EHPAD)**
- Personnes handicapées
 - o **Pôle handicap insertion** (cuisine centrale qui dessert l'ensemble des établissements du site, FAO, SAVS, ESAT) ;
 - o **Pôle handicap dépendance** (CEAP, FAM, MAS, SESSAD, SAMSAH)

Les capacités autorisées actuellement pour les établissements et services du PHD sont les suivantes :

- **CEAP** : 20 places d'internat ; 35 places de semi-internat ; 5 places d'AT : fonctionnement 210 jours par an et centré sur l'accompagnement d'enfant ou adolescents polyhandicapés.
- **FAM** : 143 places d'internat et 5 places de semi-internat ;
- **SESSAD** : 10 places
- **SAMSAH polyvalent** : 15 places pour handicap moteur, trauma crânien et polyhandicapés ;
- **MAS** : 61 places d'internat et 10 places de semi-internat.

Depuis juin 2010, un gros travail de négociation avec les autorités a été nécessaire pour permettre aux structures de disposer des moyens suffisants (pour la MAS et le CEAP et plus récemment pour le FAM). Un travail a également été mené avec l'ARS pour **homogénéiser les moyens accordés aux structures du PHD avec les autres structures de l'île.**

Les 4 dernières années ont été consacrées à la place de chacun dans l'organisation et à instaurer plus de rigueur dans le fonctionnement (respect du code du travail, informatisation des plannings, du dossier de l'utilisateur) pour le rendre plus efficient.

Le PHD entame une ère nouvelle à travers la mise en place prochaine d'une organisation autour de 2 entités pour répondre toujours plus spécifiquement aux besoins différents des populations accompagnées :

- **Une entité Polyhandicap** (MAS, CEAP, SESSAD)
- **Une entité Handicap sévère** (SAMSAH, FAM)

Les objectifs de cette réorganisation sont les suivantes :

- **La mise en place d'un directeur adjoint par entité** pour assurer le déploiement de la stratégie tout en veillant à l'homogénéisation des pratiques entre les entités ;

- Détacher les cadres de proximité d'un contingent administratif : soulagement d'un travail chronophage autour de la gestion des plannings qui vont être reportés vers les directions adjointes ;
 - Considérer que les cadres de proximité sont une personne ressources, un accompagnant du quotidien, en les recentrant sur le suivi des projets personnalisés.
- Logique de rationalisation, mutualisation des compétences (équipe de rééducation, pour **développer la cohérence dans l'accompagnement des adultes** (parcours de vie) ;
 - La réponse résidentielle semble être la solution la mieux adaptée sur l'entité polyhandicap. Sur l'entité Handicap Grave, **développer la palette de l'offre du service** au niveau du FAM : passer d'une logique d'accompagnement à une logique de coordination de services (familles d'accueil, appartement thérapeutique).

Les établissements et services du Pôle Handicap et Dépendance sont répartis sur un même site :



1.2. Description de l'établissement

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Les Cytises s'intègre ainsi au Pôle Handicap et Dépendance créé en juin 2010 composé également d'un Centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CEAP) Les Mimosas et d'un SESSAD, du SAMSAH et de la Maison d'accueil spécialisée (MAS) les Pléiades.

Ancien Hospice créé par en 1946, accueillant personnes âgées et personnes handicapées, le FAM les Cytises est né de la transformation du Foyer Albert Barbot. Dans un contexte de redéploiement des moyens de l'Hospice, toujours sur le site du Foyer Albert Barbot, le Foyer d'Accueil Médicalisé Les Cytises voit le jour par l'autorisation de fonctionnement du 25 Mars 1993 pour 120 places. Le FAM connaît plusieurs transformations dont l'ouverture de 5 places pour personnes dites « cérébrolésées » en 1999 et d'un nouveau service destiné à accueillir 5 adultes présentant des comportements autistiques en 2001.

Aujourd'hui, **le FAM est autorisé pour 148 places** depuis l'arrêté de 2010 actant le redéploiement de 18 places du Foyer de Saint Leu sur le FAM Les Cytises, dont :

- 125 places en internat dont 5 réservées à l'accueil de personnes cérébrolésées ;
- 5 places en semi-internat pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement et du spectre autistique ;
- L'extension prévue de 18 places en internat pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement et du spectre autistique.

1.2.1. Missions

Le projet d'établissement explicite les missions du FAM, conformément au cadre réglementaire et plus précisément au décret du 20 mars 2009 :

- Accompagner, au quotidien, ces personnes en situation de grande dépendance dans la prise en compte de leurs besoins spécifiques et dans le respect de leurs différences, de leurs désirs, de leurs refus, de leurs droits fondamentaux.
- Favoriser leur ancrage dans la communauté humaine, notamment en encourageant les liens familiaux.
- Adopter une démarche d'amélioration constante de la qualité des accompagnements, dans la prise en compte de leurs potentialités, leurs besoins spécifiques, afin de leur proposer un environnement le plus doux, apaisant, chaleureux et confortable possible.

Le rôle de l'établissement est :

- Soigner et de prendre soin du résident qui nous est confié, en portant, notamment, une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique et en assurant un accompagnement médical coordonné.
- Créer un lieu de vie, où le résident se sente chez lui, qui garantisse son intimité et privilégie l'accueil par petits groupes.
- Repérer et de développer les capacités de chacun quel que soit le niveau de dépendance et la spécificité de son handicap, en développant leurs potentialités, en maintenant leurs acquis et en favorisant, dans la limite de leurs capacités, leur apprentissage et leur autonomie.
- Mettre les résidents dans un bain social d'échanges au sein de l'Etablissement et en lien avec l'extérieur, en favorisant leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées, leurs relations aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement, et en veillant au développement de leur vie affective en maintenant du lien avec leurs familles ou leurs proches.

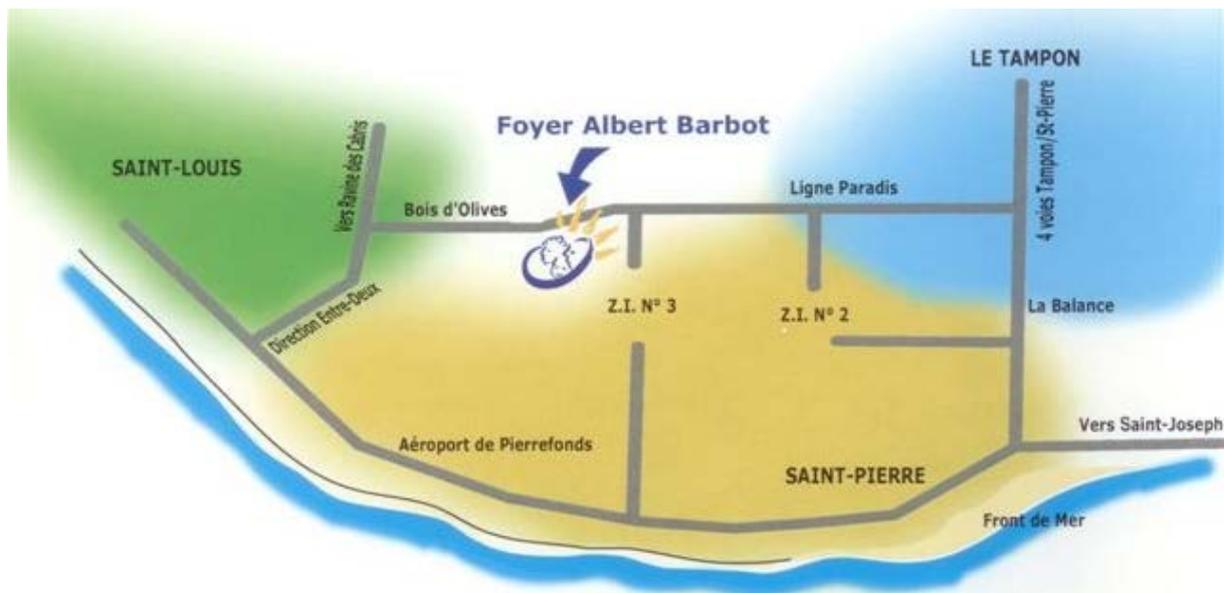
1.2.2.L'environnement : situation géographique

Implantés sur le site du Foyer Albert Barbot, dans un environnement arboré, remarquable, les établissements du Pôle Handicap et Dépendance se trouvent à proximité de la ville de Saint-Pierre, dans le village de Bois d'Olive.

Son accès est facilité grâce à la proximité de la voie rapide reliant Saint-Pierre aux villes et villages avoisinants. Un arrêt de bus se trouve à quelques mètres de l'entrée de l'établissement.

Bénéficiant des installations collectives du Foyer Albert Barbot, les établissements du pôle peuvent proposer aux résidents accueillis :

- Un espace arboré de 19 d'hectares, sécurisé, qui permet à chacun de déambuler au gré de ses capacités, de ses envies.
- Une piscine aménagée et adaptée aux personnes en situation de grande dépendance.
- Un cabinet dentaire...



1.2.3.La population accompagnée

La caractéristique de la population accueillie au sein du FAM les Cytises est **sa grande diversité**. Il est composé de trois services permettant un accompagnement au plus proche des besoins des personnes accueillies :

- **Le service « MPM »** qui accueille, en internat, 85 personnes adultes, ayant une autonomie motrice relativement bien élaborée, présentant un handicap intellectuel et/ou psychique sévère.
- **Le service « Hibiscus »** qui accueille, en internat, 40 personnes adultes, présentant une déficience motrice sévère, avec quelques déficiences associées (IMC,...) et des personnes adultes qualifiées de cérébrolésées. La problématique somatique, parfois grave, est le dénominateur commun de cette population.
- **Le service « Arc-en-ciel »** qui accueille 5 personnes, en journée, du lundi au vendredi, présentant une déficience intellectuelle sévère et des atteintes d'un Trouble du Spectre Autistique.

En 2013, les hommes représentent 54,5% de la population accueillie au FAM. La moyenne d'âge est de 49 ans en 2013.

	2011	2012	2013
Moyenne d'âge des usagers accueillis	49,4 ans	48,4 ans	49 ans
Nombre de femmes	57	62	61

Nombre d'hommes	74	80	73
Durée moyenne de séjour	9,5ans	9,8ans	10ans

1.2.4.L'activité

En 2013, le FAM dispose d'un taux d'occupation élevé, à hauteur de 99,29%.

	2011	2012	2013
Nombre de journées budgétées	46211	46211	46466
Nombre de journées réalisées	46368	46172	46592
Taux d'occupation	98,81%	98,40%	99,29%

2. La procédure d'évaluation externe

L'évaluation externe est une obligation pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Instaurée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, elle est encadrée par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Elle a pour objectifs principaux de :

- porter une appréciation globale en s'attachant à la mise en œuvre de la mission et du projet de l'établissement ;
- étudier les suites données aux résultats de l'évaluation interne ;
- examiner plusieurs thématiques spécifiques en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM, en s'attachant à l'effectivité du droit des usagers ;
- interroger l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

Elle s'intègre à la démarche de progrès de l'établissement, en contribuant à l'amélioration continue de la qualité des prestations. Elle se centre sur les axes de travail développés par l'établissement, en termes d'accompagnement, de respect des droits, des choix et des interactions avec les proches et l'environnement des usagers.

La procédure d'évaluation externe se décompose en quatre étapes principales :

- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

La circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 vient compléter le décret de 2007 en détaillant notamment le cadre du rapport d'évaluation externe et en précisant le calendrier des évaluations externes.

2.1. Démarche

L'évaluation externe est appréhendée comme un diagnostic partagé entre l'établissement et l'organisme évaluateur, à partir duquel sont émises des propositions d'amélioration et des préconisations.

La démarche d'évaluation externe est structurée en trois étapes, s'étendant sur quatre mois, du mois de septembre au mois de décembre 2014.



2.1.1. Etape 1 : le projet évaluatif

Elaboré par le cabinet EQR Conseil en lien avec la Direction de l'établissement, le projet a fait l'objet d'une validation.

En conformité avec le décret, il définit notamment le cadre de référence de l'évaluation, les questionnements évaluatifs (inspirés des objectifs du décret) qui fondent l'appréciation des évaluateurs externes, la méthode et les outils de l'observation.

2.1.2. Etape 2 : l'évaluation sur site

L'évaluation sur site du FAM Les Cytises s'est déroulée autour de plusieurs temps :

- Une visite complète de l'établissement ;
- Des entretiens avec :
 - o Le directeur du PHD ;
 - o Les 4 cadres de proximité ;
 - o Les ouvriers qualifiés ;
 - o Le personnel administratif (3 personnes) ;
 - o Une AMP de l'équipe de nuit (par téléphone) ;
 - o Les IDE (4) ;
 - o Le personnel de proximité Hibiscus (1 AS et 2 AMP) ;
 - o Le personnel éducatif (3 ME et 4 ES) ;
 - o Des représentants du comité de suivi (le directeur et les cadres de proximité) ;
 - o Les médecins (2) ;
 - o La psychologue ;
 - o L'assistante sociale ;
 - o Les professionnels paramédicaux (2 psychomotriciennes, 1 ergothérapeute, 1 orthophoniste) ;
 - o Le personnel de proximité MPM (2 AS et 5 AMP) ;
 - o Les agents de services logistiques (4 ASL) ;
- Une consultation des usagers :
 - o Un entretien de groupe a été mené avec 4 usagers, pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS) ;
 - o Des entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès de 2 familles d'usagers ;
- Des temps d'observation des pratiques :
 - o Déjeuner avec les usagers du FAM du service Plaine ;
 - o Un temps d'activité (Grand-mère Kal) ;
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, etc...;
- Des entretiens avec trois partenaires :
 - o EMAP (École des Métiers d'Accompagnement de la Personne)
 - o La société « Solware » (Formatrice PSI)
 - o L'Association « Faim de Comte »

2.1.3. Etape 3 : le rapport

Le rapport final a fait l'objet d'un pré-rapport, composé d'une synthèse tenant compte des résultats de la consultation des usagers et des partenaires, et enrichie de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la direction le 15/12/2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 24/12/2014.

Le questionnement évaluatif se fonde sur des sources règlementaires et/ou au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

2.2. Sources

2.2.1. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables

Les recommandations transversales :

- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : "Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs" ;
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : "Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté" ;
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée ;
- La participation des personnes protégées à la mise en œuvre des mesures de protection juridique ;
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ;
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ;
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ;
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services ;
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ;
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé ;
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre » ;
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.

Les recommandations spécifiques à la structure évaluée :

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée

2.2.2. La réglementation applicable à la structure évaluée

- Le Code de l'action sociale et des familles : article L312-1, article L344-1 à L344-7, article R344-29 à R344-33, articles D344-35 à D344-39
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contenu du contrat de séjour
- Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et modifiant le Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
- Décret n° 2007-159 du 6 février 2007 relatif au recueil par la maison départementale des personnes handicapées de données sur les suites réservées par les établissements et services aux orientations prononcées par la Commission des droits et de l'autonomie modifiant le Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
- Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (MAS, FAM, SAMSAH)
- Arrêté du 8 septembre 2003 précisant le contenu de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies

3. Résultats de l'analyse détaillée

3.1. La stratégie du service

3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement

■ La démarche d'élaboration du projet

Le FAM Les Cytises dispose d'un projet d'établissement élaboré pour la période 2012-2016. Ce projet vient s'inscrire dans la continuité du projet précédent (2007-2011), motivé par la nécessité de repenser et de réexpliquer les nouvelles orientations en lien avec les évolutions stratégiques qui se dessinent alors. La démarche se veut alors commune à l'ensemble des établissements et services du PHD avec le souhait d'un diagnostic partagé visant à alimenter à la fois l'évaluation interne et le projet institutionnel de chaque structure. Pour garantir l'homogénéité et la neutralité de la démarche, le choix a été opéré de faire appel à un prestataire externe (EFFICIO).

L'élaboration du projet s'est étalée de début 2012 à mars 2013. La représentativité de toutes les structures et catégories socio-professionnelles concernées a ainsi été recherchée tout au long de la démarche pour garantir la participation de l'ensemble des acteurs à cette réflexion de fond.

- **Cette participation a été effective puisque qu'elle a concerné les professionnels** (sous la forme de groupes de travail), mais **également quelques familles des usagers** (en tant que famille et représentants légaux). Du fait des publics accueillis, **les usagers n'ont, quant à eux, pas directement été associés à la démarche. Des associations judiciaires et organismes de tutelle représentants des usagers** ont, en revanche, été interviewés. Des entretiens individuels ont également été menés avec quelques partenaires locaux.
- Une fois le diagnostic établi et les écarts constatés, les étapes suivantes ont consisté en **la définition des axes de progrès et des actions d'améliorations**. Des échanges réguliers pendant toute la durée de la démarche, entre le prestataire externe et l'équipe de direction, ont permis d'encadrer et de verrouiller chacune des décisions à prendre.
- **L'écriture du projet** a également été participative.

Le projet a été ensuite présenté pour approbation aux membres du CVS (CR du 26 mars 2013). Il a été adopté par le Conseil d'administration de la Fondation Père Favron en mars 2013.

In fine, la démarche d'élaboration du projet d'établissement a permis de quitter l'opérationnalité pour s'attarder sur des fondements plus théoriques et stratégiques qui ont permis d'éclairer certains choix.

A ce titre, la démarche a été conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Quelques enjeux sont toutefois repérés :

- Les partenaires n'ont été que ponctuellement partie prenante et **leur implication pourra être davantage recherchée** dans les mises à jour du projet à venir ;
- **Les usagers et familles n'ont été qu'indirectement associés par le biais du CVS** (information régulière sur le contenu des travaux).
- Il sera recommandé, lors de la prochaine révision du projet, **d'associer de façon plus large et selon des modalités adaptées** (questionnaire, enquête, participation aux groupes de travail...), les différentes parties prenantes conformément à la recommandation de l'ANESM.¹

¹ Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010), p.21

▪ L'exhaustivité des éléments de contenu au regard de la réglementation en vigueur et de la recommandation de bonne pratique de l'Anesm

Le projet est en conformité avec les obligations légales découlant de la loi du 2 janvier 2002. Il intègre en effet un descriptif des activités, les modalités de coopération/partenariat (conventions), les modalités d'évaluation des activités.

Par ailleurs, il est conforme avec le contenu recommandé par l'ANESM :

- L'histoire et projet de l'organisme gestionnaire sont présentés en première partie ;
- Les missions sont rappelées via la mention des textes relatifs à la catégorie de l'établissement ;
- Le public et son entourage sont décrits : caractéristiques, évolutions et besoins en découlant ;
- La nature de l'offre de service et son organisation :
 - o Modalités d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement et participation des personnes accompagnées et de leur entourage (*axe d'amélioration du projet*)
 - o Modalités de travail avec les familles
 - o Organisation interne de l'offre de service (modalités d'admission, les différentes dimensions de l'accompagnement : activités, journée type etc.)
 - o L'ancrage des activités dans le territoire : partenariats et ouverture
- Les principes d'intervention :
 - o Sources, référentiels, valeurs
 - o Modalités de régulation et instances d'échange
- Les professionnels et les compétences mobilisées :
 - o Les compétences et qualifications
 - o Les fonctions et délégations
 - o La gestion des paradoxes (notamment celui relatif à la liberté et la sécurité en institution)
 - o Organisation de l'interdisciplinarité
 - o Entretien professionnel et d'évaluation (*axe d'amélioration*)
 - o Soutien aux professionnels, politique de formation, accueil de stagiaires et fonctions tutorales
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement sont précisés dans le corps du projet au niveau des parties thématiques afférentes. Les modalités d'atteinte de ces objectifs sont en partie reprises dans le Plan Pluriannuel de Progrès qui sera détaillé dans la suite du rapport.

Des annexes viennent compléter le document :

- Les quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson ;
- La grille des 14 besoins de Virginia Henderson ;
- Un document de sensibilisation sur le polyhandicap.

Certains éléments mériteraient d'être plus développés :

- Les politiques départementales mériteraient d'être davantage détaillées et mises en lien avec les orientations du FAM ;
- Les actions d'amélioration mériteraient d'être regroupées sous des objectifs globaux d'évolution et déclinées dans des fiches-actions.

▪ Forme et structuration du projet d'établissement

Le projet formalisé est constitué de 145 pages (hors annexes), ce qui est au-delà de ce que préconise la RBPP de l'ANESM (une trentaine de pages) mais à pondérer par le fait qu'une large place est accordée à la présentation de la Fondation, du PHD et des 3 services du FAM (44 pages).

Le plan est pertinent et logique et permet une bonne progressivité dans la lecture, les éléments se déclinant du plus général (valeurs et projet de l'organisme gestionnaire) vers le plus spécifique.

Le contenu du projet et le haut niveau de technicité des informations développées, n'en font cependant pas un document facile d'accès pour un lecteur extérieur ou novice. Ainsi, au regard de la RBPP de l'ANESM, le document est plus pensé comme un « outil de management » à l'attention des professionnels, à qui il donne une feuille de route précise guidant leurs interventions, que comme un « outil de communication auprès de personnes accompagnées ».

Au regard de ce constat, la mission émet ainsi plusieurs préconisations :

- **La mise en place de projets de services** auxquels le projet institutionnel pourrait faire référence.
- **L'élaboration d'une synthèse de quelques pages** permettrait de faciliter l'appropriation et la communication du projet aux différents acteurs (dont les usagers, les familles et les partenaires). Ce document devra être pensé comme un outil opérationnel présentant l'établissement et les objectifs de progression.
- L'intégration de quelques schémas, tableaux, ou graphiques viennent faciliter la lecture du document mais **certaines parties restent pour autant denses et peuvent être un obstacle à l'appropriation du projet.**
- Enfin, **un rappel des perspectives de développement en fin de document** aurait facilité, pour le lecteur, une identification rapide des axes de progression que la structure se fixe.

■ Le rôle d'outil de pilotage du projet d'établissement et son appropriation par les professionnels

Le projet a été terminé et mis en application en avril 2013.

A l'issue de la rédaction du projet d'établissement, **une communication générale des projets d'établissements des structures composant le PHD a été réalisée** (décembre 2012). Les axes d'amélioration globaux et par structure ont été présentés. Y étaient notamment présents : la Direction Générale de la Fondation, les financeurs ainsi qu'une grande partie des professionnels du PHD.

Des sessions annuelles, animées par les cadres de proximités, permettent aux professionnels de se ressourcer sur les fondamentaux réglementaires ainsi que sur le projet.

Le projet d'établissement étant relativement conséquent, **les professionnels ont la possibilité d'y accéder via l'intranet du site (borne documentaire).**

Un comité de suivi a été mis en place et s'assure du bon pilotage et suivi des axes définis. Un point plus précis sur cet outil sera réalisé dans la suite du rapport².

A noter que les entretiens menés par la mission d'évaluation ont démontré **une bonne identification mais une appropriation variable du projet d'établissement**. Même si la plupart des professionnels connaît son existence, sa portée, notamment au regard de ce que représente l'évaluation interne menée en parallèle, n'est pas toujours bien identifiée.

Un rappel pourrait utilement être effectué ; de même qu'une **déclinaison du projet d'établissement en projets de service** (à minima Hibiscus, MPM et Arc-en-ciel), qui permettra aux professionnels de mieux s'approprier les axes du projet d'établissement et leur déclinaison à leur niveau.

Enfin, **la mise en exergue des axes stratégiques** (identifiés lors de la mise à jour du projet d'établissement) **et les actions d'amélioration** (identifiées également lors de la réalisation de l'évaluation interne) **dans le PPP**, permettra aux professionnels d'apprécier davantage les déclinaisons des différentes orientations stratégiques du PE et les portées différentes et complémentaires de ces démarches.

3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie

■ La cohérence du projet au regard des orientations de l'organisme gestionnaire

Le projet comporte une partie spécifique de présentation de l'organisme gestionnaire déclinant l'historique, la présentation des missions et les engagements de la Fondation.

Dans l'article 1 de ses statuts, la Fondation Père Favron a pour but principal « *la conception, la réalisation, la gestion et l'exploitation de toutes œuvres à but non lucratif présentant un caractère médical, social ou éducatif. Elle assure le fonctionnement et l'entretien des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle s'engage aussi à poursuivre l'œuvre de l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises créée par le Père Favron.* »³

² Cf Partie 1.1.1. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

³ Extrait des statuts de la Fondation Père Favron

*Les valeurs portées par la Fondation découlent de son histoire. Elles sont fortement ancrées dans la pratique au quotidien des différents intervenants. On y retrouve l'humanisme à travers le profond respect des personnes, la solidarité afin de porter aide et secours à la personne en difficulté ou en souffrance... ».*⁴

La validation du projet par le Conseil d'administration en mars 2013 acte la cohérence de son contenu avec les orientations de la Fondation.

■ **La cohérence des objectifs et leur pertinence au regard notamment des missions et orientations de politiques publiques**

Le projet d'établissement est en cohérence avec les missions des FAM⁵, qu'il décline en modalités concrètes d'accompagnement, notamment en matière d'accueil par petits groupes au sein d'unités de vie, d'actions socio-éducatives favorisant l'expression et le développement des potentialités par une stimulation adaptée, ou d'accompagnement médical.

La composition de l'équipe répond en grande partie aux exigences réglementaires relatives aux FAM-MAS-SAMSAH⁶ : il s'agit bien d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, socio-éducatif, de rééducation et de réadaptation.

Le projet du FAM Les Cytises rappelle les textes de référence qui régissent le cadre d'intervention. Mais, il n'est pas explicitement fait référence au projet régional de santé et au schéma d'organisation médicosociale, publiés en 2012. Les orientations et les modalités d'accompagnement s'inscrivent pour autant en cohérence avec celles de l'ARS Océan Indien concernant les personnes handicapées, parmi lesquelles :

Priorité 7 du PRS : Le Respect du projet de vie

- **Objectif spécifique** : Disposer d'un système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins de prise en charge :
 - **Disposer, au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées**, leurs déficiences et incapacités, et leurs besoins de compensation ;
- **Objectif spécifique** : Soutenir le maintien à domicile choisi des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes, au travers de la mobilisation d'aides techniques et humaines, de services et de soutien aux aidants :
 - **Favoriser l'accueil en établissement aux adultes lourdement handicapés** pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie ;
- **Objectif spécifique** : Proposer une programmation de l'offre médico-sociale en rapport avec les besoins, au plus près des territoires et favorisant la qualité et l'innovation des prises en charge :
 - **Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV)** et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge ;
 - **Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ;**

Priorité 8 du PRS : La fluidité des parcours

- **Objectif spécifique** : Favoriser la continuité des prises en charges et accompagnements par la coordination des acteurs autour des bénéficiaires :
 - **Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ;**
 - **Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médicosociale en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps.**

Un premier CPOM a été signé en 2008 avec les autorités de tarification. Le deuxième contrat sera signé pour la période 2014-2019.

⁴ Projet d'établissement de l'IMS Raphaël Babet, p.9

⁵ Cf. Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (MAS, FAM, SAMSAH).

⁶ Cf. CASF, art. D. 344-5-13.

■ Pertinence de la stratégie et du dispositif au regard des besoins du public

Le dispositif du FAM est, dans son ensemble, pertinent et propose une bonne réponse aux besoins du territoire. Il est le seul établissement de ce type du bassin géographique de Saint-Pierre et sur le territoire sud de la Réunion. Très bien repéré, il constitue - avec les autres établissements et services du PHD - un pôle de services qui apporte une **réponse plurielle aux besoins de adultes déficients intellectuels, moteurs, cérébrésés et TED**, quelle que soit la lourdeur de leur handicap, en observant une souplesse dans les agréments. **Son taux d'occupation supérieur à 98% ces trois dernières années et l'existence d'une liste d'attente de 46 personnes au moment de l'évaluation**, traduit un besoin réel sur le territoire.

La localisation du FAM, en plein cœur du Foyer Albert Barbot, dispose de bon nombre d'atouts, parmi lesquels figurent la taille du site Albert Barbot qui lui permet de bénéficier de ressources mutualisées (piscine, future esplanade festive, salles polyvalentes, espaces multi-sensoriels ...). Le site est desservi par les transports en commun. Sa proximité des centres urbains de Saint Pierre (13 minutes) et Saint Louis (22 minutes) lui permet d'accéder à un territoire géographique important et aux ressources dont il dispose, notamment médicaux (en particulier le Centre Hospitalier de Saint-Pierre qui dispose de ressources en médecine physique et de réadaptation, en chirurgie orthopédique, en neuro-pédiatrie). Le site est pour autant victime de l'image de « ghetto » qui véhicule, notamment du fait de son histoire et **doit continuellement s'efforcer de développer son inclusion dans la société** à travers la construction d'une véritable dynamique partenariale ; **ce point reste un enjeu important pour le site.** De nombreux projets⁷ dans ce sens et d'autres en cours sont conduits pour lutter contre cette image et développer son ouverture à et sur son environnement.

L'établissement s'inscrit dans dynamique d'adaptation et d'anticipation constante aux besoins. Les projets réalisés et prévus qui concernent le PHD traduisent une réelle volonté de la direction d'adapter continuellement les structures et services proposés aux besoins identifiés du public. Quelques étapes clé illustrent cette dynamique :

- **Le CPOM signé en 2008** concernant la période 2009-2013 a été un véritable accélérateur dans la mutation du Foyer Albert Barbot.
- **La réorganisation du site en 3 pôles** (gérontologique, handicap insertion, handicap et dépendance) a été une première étape importante et nécessaire pour repenser l'organisation, l'affectation des moyens et la stratégie de chacune des structures. L'ouverture des EHPAD a permis d'accueillir les personnes vieillissantes qui étaient, faute de structures adaptées sur le territoire, accueillies sur le FAM ou même la MAS.
- De cette réorganisation ont découlé de nombreux projets avec, notamment, **la réorganisation du service MPM (ex-Tamarin) au cours de l'année 2013.**

Le constat établi à l'époque est le suivant :

- **Une population très hétérogène** en termes d'âge ou de typologies de formes de handicaps ;
- **Une dotation budgétaire inférieure à la moyenne des établissements** du même type situés sur l'île (110€ contre 155,66€⁸) ;
- **Un cadre bâti vétuste et des locaux inadaptés** nécessitant de la cohabitation pour un grand nombre de personnes ;
- **Un ratio d'encadrement jugé insuffisant par la structure** : pour mémoire, le taux d'encadrement global est d'environ 1 pour 1 depuis 2011 ;

Il imposait de structurer différemment ce service pour garantir un accompagnement de qualité aux personnes accueillies. Le choix a alors été fait de le partitionner en 3 services autonomes selon les niveaux de capacités de chacun : les services « MER », « PLAINE » et « MONTAGNE ». Pour garantir la réussite d'un tel projet, l'établissement s'est fait accompagner d'une consultante extérieure pour garantir une communication juste, obtenir l'adhésion de tous et favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs. A titre d'exemple, des ateliers thématiques ont ainsi été activés (offre de services, répartition des effectifs et métiers, organisation du travail, services partagés) associant les acteurs concernés par ce projet. Des aménagements et extensions ont été

⁷ Cf. Partie Ouverture à et sur son environnement

⁸ Le prix de journée moyen internat FAM, base 2011, évoqué par le Conseil Général de la Réunion, est de 155,66 euros (Cf. Circulaire N° 003/2012/DF/TE)

nécessaires pour permettre aujourd'hui à ces services de fonctionner sur le modèle recherché : accompagnement plus adapté et davantage personnalisé tout en conservant la transversalité des ressources du service initial. **Le constat actuel est celui d'un équilibre global entre les différents services et les types de profils accueillis.**

En janvier 2015, la mise en place d'une organisation du PHD autour de 2 entités - une entité Polyhandicap (MAS, CEAP, SESSAD) et une entité Handicap sévère (SAMSAH, FAM) - vient confirmer cette volonté continue de répondre toujours plus spécifiquement aux besoins différents des populations accompagnées.

Prévu en mai 2015, le déménagement et l'ouverture des 18 places d'internat sur l'unité Arc en Ciel permettront d'intégrer les personnes présentant des troubles autistiques actuellement accompagnées sur le CEAP ou la MAS pour leur offrir un accompagnement plus en adéquation avec leurs besoins.

Les ressources humaines sont globalement satisfaisantes, tant en termes de compétences que de qualification. Toutefois, l'établissement déplore une insuffisance d'effectifs sur les volets administratifs, logistiques, rééducatifs et éducatifs : moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés, AMP ... Les ressources attribuées étant visiblement en deçà de celles allouées à d'autres structures du même type sur le territoire. L'équipe dispose des profils métiers et des compétences et diplômes adaptés au regard des besoins de la population accueillie, un enjeu d'amélioration identifié concerne le renforcement des connaissances des équipes sur les troubles du spectre autistique qui sera mis en œuvre à l'issue du déménagement du service Arc-en-Ciel.

Le FAM Les Cytises dispose en 2013, au global, d'un effectif de 130,98 ETP répartis ainsi⁹ :

- 70,18 ETP alloués au service MPM ;
- 48,13 ETP alloués au service Hibiscus ;
- 5 ETP alloués au service Arc-en-ciel.

De plus, **la structure bénéficie des ressources administratives et logistiques de l'établissement (7,67 ETP)** : la direction, le secrétariat, l'équipe d'ouvriers et de chauffeurs, la cuisine centrale de l'ESAT (à noter que l'entretien des locaux est partiellement sous-traité à un ESAT). **A date d'évaluation, tous les postes budgétés sont pourvus.**

Le site du Foyer Albert Barbot est agréable et arboré. Les nombreux chantiers menés pour en faire un environnement apaisant permettent à l'ensemble des usagers de profiter pleinement des espaces extérieurs à travers une libre circulation favorisée par une accessibilité générale de qualité. Il y règne une atmosphère « familiale » où il fait bon vivre.

Au niveau des locaux¹⁰ du FAM, ils sont vétustes et inadaptés sur et la problématique des chambres doubles pose des problèmes de sécurité des résidents les uns vis-à-vis des autres.

Les ressources matérielles sont satisfaisantes et de qualité (lèves-personne, charriots douche ...). Le site dispose en outre d'une flotte de véhicules adaptés mutualisée (c'est-à-dire non dédiés par groupe ou service, ce qui peut poser des problèmes ponctuels de disponibilité malgré un système de réservation).

Quelques enjeux identifiés par l'établissement et relevés par la mission :

- Compte-tenu de la diversité des services qui le composent, le dimensionnement des effectifs du FAM semblent insuffisants pour lui permettre d'assurer pleinement les missions qui l'incombent ;
- Des personnes aujourd'hui accueillies au FAM auraient tout intérêt à bénéficier d'un autre mode d'accueil. Il existe pour la PHD, **un enjeu autour de l'amélioration de l'offre de services pour une logique plus contributive de l'accompagnement.** Toute la complexité de cette réflexion, bien identifiée par le PHD, repose sur la grande diversité des profils accueillis et des formes d'accompagnement qu'ils nécessitent pour leur fournir des services adaptés et de qualité ;
- **La synergie à mettre en place entre les services** MPM (ex-Tamarin), Hibiscus et Arc-en-Ciel ;
- Poursuivre les actions visant à **favoriser l'inclusion sociale des usagers** ;
- **Renforcer la dynamique partenariale du FAM** et, plus globalement, du PHD.

⁹ Données issues de tableaux d'effectifs établis par l'établissement en date du 1/09/2013.

¹⁰ Cf. partie Cadre de vie du présent rapport

3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue

3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne¹¹

Les structures du PHD ont réalisé leur évaluation interne au cours du premier trimestre de l'année 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur (EFFICIO). L'occasion alors d'établir un bilan précis de la situation de chacune des structures vis-à-vis des points attendus de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il a été fait le choix, au niveau de la Fondation Père Favron, d'utiliser le même référentiel PERICLES (logiciel de l'ANCREAI), qui couvre bien l'ensemble des champs réglementaires et ceux recommandés par l'ANESM. Toutefois, certains aménagements ont été faits par le cabinet conseil dans ce référentiel, afin d'approfondir davantage l'analyse des causes des problèmes posés. Les sous-thèmes du référentiel EFFICIO ont été reclassés selon les 13 plans du référentiel PERICLES.

SERVICE RENDU A L'USAGER	LES PROJETS ET LES DROITS	LES RESSOURCES HUMAINES
1. Les niveaux des interventions	6. Les droits des usagers	10. L'inscription de la structure dans son environnement
2. Les domaines d'interventions	7. Le projet d'établissement ou de service	11. Les ressources humaines
3. L'association des personnes	8. Les garanties et responsabilités	12. Les ressources architecturales et logistiques
4. Les interventions d'appui et de soutien	9. La prévention et le traitement de la maltraitance	13. Les ressources financières
5. La cohérence des interventions		

Le processus évaluatif s'est structuré autour de 5 étapes :

1. Sensibilisation des équipes à la démarche (janvier 2012) ;
2. Réalisation du diagnostic partagé avec les principaux acteurs (janvier 2012) ;
3. Traitement et analyse des données (février 2012) ;
4. Restitution des résultats de l'évaluation (mars 2012) ;
5. Validation et envoi du rapport aux autorités compétentes (mars 2012).

Le cadrage de la démarche a été assuré à travers des échanges réguliers sur l'avancée des travaux entre l'équipe de direction et l'organisme EFFICIO.

Le souhait de la direction était que cette démarche soit la plus participative possible en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles de chaque structure. Sur les établissements concernés du PHD (CEAP, FAM et MAS), un total de 174 personnes a participé à la démarche à travers 41 entretiens menés par un consultant de la société EFFICIO. 53 professionnels du FAM (tous corps de métiers et tous services confondus) ont été associés aux réflexions et ont conduit à un recueil de phrases-témoins (recueil des expressions classées par catégorie de professionnels). Des pilotes étaient désignés par thèmes pour animer les groupes de travail pluridisciplinaires ; des groupes intersessions étaient animés par le cabinet conseil afin d'élargir la réflexion.

Ce diagnostic a été utilisé pour permettre parallèlement la mise à jour du projet d'établissement. Comme précisé dans la partie afférente du présent rapport, quelques familles des usagers (dont le vice-président du CVS) ont été associées aux réflexions menées. Des associations judiciaires et organismes de tutelle représentants des usagers ont, en revanche, été interviewés. Des entretiens individuels ont également été menés avec quelques partenaires logistiques (notamment la société de transport). Les usagers n'ont, quant à eux, pas directement été associés à la démarche.

Dans un second temps, une analyse documentaire (documents de la loi 2002-2, rapports d'activité, projets personnalisés ...) a permis de s'assurer de la concordance des écrits avec les conclusions issues des entretiens diagnostiques.

A l'issue des groupes de travail, un traitement des informations recueillies a été réalisé par le cabinet conseil. Une hiérarchisation des différents constats a permis de faire apparaître, pour chacune des thématiques évaluées, les points forts et les points d'amélioration de chacune des structures.

¹¹ Recommandation de l'Anesm : « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'Action sociale et des familles (Juillet 2009)

La démarche d'évaluation a donc été conduite dans un bon respect du cadre réglementaire et les recommandations de bonnes pratiques ANESM ont été très bien suivies. Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation externe ont mis en avant plusieurs atouts qui ont été à l'origine d'une nouvelle dynamique :

- L'objectivité de la démarche favorisée par l'intervention d'un prestataire externe qui a permis aux professionnels d'échanger sur leurs métiers et les difficultés rencontrées par les différentes structures ;
- La prise de conscience de l'hétérogénéité des pratiques au sein des structures du PHD.

En ce sens, **l'évaluation interne a rempli l'essentiel de ses objectifs.** Une nuance a été toutefois évoquée :

- L'utilisation de phrases-témoins associées aux catégories professionnelles dans la restitution du diagnostic de l'évaluation interne a été perçue comme stigmatisante de la part de certains professionnels qui auraient souhaité un anonymat plus renforcé ;
- L'implication des usagers sera à rechercher davantage autour de formes de participations adaptées à leurs capacités ;
- L'implication des familles et des partenaires pourra être davantage recherchée lors de la prochaine évaluation interne.

3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

Le rapport d'évaluation interne met en évidence la démarche, la méthode (thématiques du référentiel, calendrier, acteurs mobilisés...), les résultats (sous la forme d'une répartition des phrases-témoins en atouts ou faiblesses classées selon les thématiques du référentiel). En annexe figure le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) qui, pour chaque écart ou faiblesse constaté, précise les modalités d'amélioration à mettre en œuvre par structure.

Ce PPP se présente comme un outil de pilotage regroupant la plupart des informations nécessaires au pilotage du suivi ; il reprend les différents axes de progrès identifiés lors du diagnostic et détaille pour chaque objectif stratégique défini, les objectifs opérationnels, les actions prioritaires, le planning prévisionnel de réalisation, les modalités de pilotage (responsable(s) chargé(s) du suivi) et le niveau d'avancement. Il est organisé en 21 axes dont la plupart sont communs aux structures du PHD, d'autres spécifiques à chaque structure

Quelques exemples d'axes communs :

- *Rappeler la mission médico-sociale des établissements et services du PHD ;*
- *Repréciser les rôles et fonctions des professionnels des établissements et services du PHD ;*
- *Promouvoir la bientraitance institutionnelle ;*
- *Optimiser la mise en œuvre des droits des usagers ;*
- *Construire une méthodologie partagée autour du projet personnalisé ;*

Des axes spécifiques au FAM :

- *Prévention et traitement des difficultés liées à la cohabitation des personnes accueillies : problématique de la sécurité des usagers les uns vis-à-vis des autres ;*
- *Réussir la restructuration du FAM (réorganisation du service MPM (ex-Tamarin), évolution du service Hibiscus, extension du service Arc-en-Ciel) ;*
- *Réaffirmer la politique d'accueil et d'accompagnement des stagiaires, des remplaçants et des nouveaux salariés ;*
- *Améliorer et sécuriser la distribution des médicaments au sein du service MPM (ex-Tamarin) ;*
- *Etc.*

Une restitution générale des résultats a été réalisée le 27 mars 2012 en présence des professionnels, de l'équipe de direction et des administrateurs consultés.

Les outils déployés se veulent opérationnels et au service d'un questionnement évaluatif pérenne mais certains nécessiteront d'être repensés pour garantir leur utilisation et leur appropriation par les professionnels. Ainsi, plusieurs enjeux sont identifiés par la mission :

- **Le rapport d'évaluation interne ne développe pas d'indicateurs de suivi** comme le préconise l'ANESM pour faciliter le pilotage des suites de l'évaluation ;

- Le PPP dans son état actuel se veut exhaustif mais **sa lisibilité devra être optimisée** :
 - o **L'articulation entre les objectifs stratégiques définis dans le projet d'établissement et les actions d'amélioration** déterminées par les écarts constatés lors de l'évaluation interne pourra être davantage mise en exergue ;
 - o **La priorisation des axes, objectifs ou actions poursuivies** n'est pas appréhendable en l'état, du fait d'une planification généralement indicative ;
 - o **La rédaction de fiches-actions** détaillant les modalités de mise en œuvre des objectifs opérationnels permettra d'alléger considérablement le PPP et de faciliter le pilotage et le suivi de chacune des actions prévues ;
 - o **La mise en place d'indicateurs de suivi** permettrait à l'établissement d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés et de disposer de données quantitatives et de suivre le cheminement réalisé entre deux évaluations.
 - o **La réalisation d'un PPP par type de structure** permettra de suivre le niveau d'avancement de chacune d'entre-elles au fil du temps et d'améliorer son appropriation par les professionnels qu'il concerne.

3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne (et du projet d'établissement) **est réalisée par un comité de suivi**. Ce comité de suivi, regroupant une trentaine de personnes représentatives des différentes structures et catégories professionnelles du PHD, a pour mission principale de réaliser des points d'étapes semestriels pour garantir le suivi des objectifs et actions définis dans chacune des démarches précédemment citées.

Pour le FAM, le comité est composé des membres suivants :

- Les cadres de proximité des différents services ;
- Un moniteur éducateur ;
- 4 IDE ;
- 2 éducateurs ;
- Un aide-soignant et un AMP.

Ses différents membres sont chargés d'être **l'interface entre les décisions du comité et les équipes des différents services du FAM**. Pour permettre ce suivi, un premier travail a consisté à regrouper les 21 axes de progrès identifiés dans le **Plan Pluriannuel de Progrès (PPP)**.

Chacune de ses rencontres donne lieu à un compte rendu et une réactualisation du PPP. Les cadres de proximité disposent d'une **feuille de route en lien avec les axes du PPP** qui les concernent. L'analyse des rapports, des notes et les entretiens sur site démontrent un bon niveau de mise en œuvre des actions. On peut citer par exemple (liste non exhaustive) :

- *La mise en place d'un tableau de délégations ;*
- *La réorganisation de l'architecture des réunions ;*
- *La formalisation du processus d'élaboration des PAI et la réalisation d'une trame de projet ;*
- *L'amélioration de l'implication des familles dans la vie institutionnelle ;*
- *Le renforcement de la dimension participative du management ;*
- *La mise en place de temps d'analyses de pratiques avec une psychologue extérieure ...*

Toutefois, il apparaît que les travaux menés par le comité de suivi, et plus globalement les suites de l'évaluation interne, sont assez mal identifiées par les autres professionnels et les familles, et que l'investissement dans la phase de diagnostic a pu s'éroder dans la phase de suivi.

Aussi, quelques ajustements pourraient être proposés dans le cadre de la prochaine démarche d'évaluation interne :

- **Organiser une communication régulière sur les actions** issues de la démarche d'évaluation interne ;

- Il serait intéressant d'**associer les professionnels à des réflexions plus pratico-pratiques autour de l'élaboration de fiches-actions** pour décliner, au niveau de chaque site, les objectifs définis de façon plus opérationnelle.
- **Faire évoluer l'instance que représente l'actuel comité de suivi et étendre son rôle au-delà des suites de l'évaluation interne**, pour un faire un véritable « COPIL qualité » dont la mission serait de traiter de l'ensemble des thématiques afférentes à la démarche d'amélioration continue (étude des plaintes, analyse des événements indésirables, etc.). Ceci permettrait de donner corps au groupe COPIL au-delà et en dehors de l'évaluation interne.

On note que conformément à l'obligation légale (circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011), la démarche d'évaluation continue est retracée chaque année dans le rapport d'activité.

3.2.4. Les autres volets de la dynamique génération d'amélioration continue de la qualité

▪ Le pilotage de la démarche qualité

L'action du comité de suivi de l'évaluation interne est centrée autour du suivi du PPP. Il sera également missionné sur le suivi de l'évaluation externe.

La mission d'évaluation soutient cette pratique, en soulignant **le vif intérêt que représente une prise d'appui sur l'expertise des différentes parties-prenantes, dont les professionnels**, pour élaborer des projets répondants aux besoins (des usagers, de l'établissement) en bonne prise avec la réalité concrète du fonctionnement.

Pour une bonne efficacité et une motivation des équipes à intégrer ce mode de fonctionnement, il apparaît utile de bien rationaliser le comité de suivi :

- **Bien cibler les thématiques qui doivent être abordées collectivement** (c'est-à-dire en comité de suivi), et celles qui ne le nécessitent pas. En effet il peut s'avérer inefficace d'adopter une démarche participative dans plusieurs cas : par exemple quand le projet est très cadré/normé et ne laisse pas de place à la co-construction ; quand l'objet du comité de suivi est trop vaste et dépasse le champ d'action de ses membres, etc. ;
- Aussi, il faut bien définir, au sein d'un comité de suivi, à **quelles questions précises le groupe mobilisé doit réfléchir et apporter une réponse**, en posant le cadre de ce qui est défini/ posé et ce qu'il reste à définir/co-construire.
- **La création d'une instance intermédiaire par structure** se réunissant plus régulièrement et une responsabilisation plus structurée des professionnels permettrait un pilotage et un suivi plus précis des suites de ces démarches.

La Fondation a engagé une réflexion autour de la mise en place d'un responsable qualité rattaché au siège qui permettrait à l'ensemble des structures qui la compose, de bénéficier d'un appui technique.

▪ Le recueil de la satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers est au cœur des préoccupations du PHD et passe par plusieurs canaux (*liste non exhaustive*) :

- L'implication des usagers/familles dans la démarche projet individualisé (*voir développements dans le § 3.3.2 L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé*) ;
- L'implication des familles dans la vie institutionnelle de l'établissement, dans le cadre du CVS et au-delà, accrue depuis l'évaluation interne ;
- La volonté partagée par tous, observée par la mission d'évaluation externe, de répondre au mieux aux besoins et souhaits des usagers et des familles.

Il n'existe **pas d'enquête pour les familles**, ce qui pourrait être pertinent pour un recueil formalisé de la satisfaction, permettant des comparaisons d'une année à l'autre ou plus selon la fréquence choisie. L'analyse consolidée des motifs de satisfaction/d'insatisfaction pourrait venir alimenter la dynamique d'amélioration

continue. Des moyens adaptés de **recueil de la satisfaction des usagers** pourraient également être mis en place (utilisation de pictogrammes, groupes de parole ...).

▪ Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

L'établissement reçoit très peu de plaintes et est attentif à recherche de solutions adaptées aux demandes et besoins exprimés par les usagers et des familles. Aussi il ne dispose pas de procédure à cet égard.

Un registre de doléances a été mis en place par entité juridique suite à l'évaluation interne. Le FAM, de par le détachement géographique du service Hibiscus et du service MPM, dispose de deux registres, disponibles au niveau des secrétariats de chacun des services. **Pour autant, la culture de l'oral est inscrite historiquement dans les habitudes de chacun et ce support n'est pas ou peu utilisé.** Les échanges ont lieu de gré à gré sans qu'ils soient formalisés.

Un cahier de liaison est mis en place avec les familles des personnes accueillies au niveau du service Arc-en-Ciel Ce support se positionne comme un outil de satisfaction et d'insatisfaction à l'issue des visites réalisées à domicile.

La formalisation d'une procédure de gestion des plaintes et réclamations et la sensibilisation régulière des personnes à l'utilisation des supports mis à disposition seraient souhaitables pour encadrer ces pratiques, en prévoyant une analyse consolidée des motifs d'insatisfaction venant alimenter la dynamique d'amélioration continue.

▪ La gestion documentaire

Chaque structure dispose d'un guide des procédures (situé pour le service MPM au niveau du secrétariat, pour Hibiscus à l'accueil et pour Arc-en-Ciel au niveau du bureau de l'équipe pluridisciplinaire). Les documents qualité qui le composent sont, pour la grande majorité, transversaux à l'ensemble des structures du PHD et sont complétés au besoin par des notes de services. Elles sont rédigées par le directeur du PHD ou les cadres de proximité.

Chaque guide est structuré en 3 catégories (administratif / accompagnement / logistique) avec un sommaire facilitant l'accès aux différents documents. Au total, 36 procédures sont tenues à disposition avec, notamment : *accès au dossier, situation de décès, alerte cyclonique, exposition au sang, visites médicales, utilisation du PSI, admission des adultes, missions du référent, situations de maltraitance, fugue ou sortie sans autorisation, sortie des adultes, hygiène de l'adulte, hygiène du personnel, entretien des locaux, gestion des déchets et DASRI etc.*

Les documents qualité sont établis de façon homogène : un en-tête qualité comprenant les informations nécessaires à leur gestion (logo de la fondation, intitulé du document, type de document, services concernés, catégorie afférente, numéro de version et nombre de page) et un pied de page précisant le rédacteur, la date de rédaction, la date de validation et le visa du directeur. On y retrouve ainsi :

Une borne numérique, accessible via poste informatique, centralise l'ensemble des documents qualités auxquels viennent s'ajouter les documents institutionnels et les comptes-rendus de réunions.

Les documents qualité sont accessibles mais sont, d'une manière générale, peu consultés et peu appropriés par les professionnels. La mission préconise ainsi plusieurs recommandations pour permettre d'améliorer la dynamique autour de cet outil :

- Les documents peuvent parfois être trop généraux du fait de leur mutualisation et **nécessiteraient d'intégrer davantage les spécificités des différentes structures** ;
- **La définition du circuit documentaire** : élaboration, validation, diffusion révision, archivage des documents ;
- **La redéfinition de la terminologie employée au regard des « standards » qualité** (définition de ce qu'est un processus, une procédure, un protocole, un document d'enregistrement, une charte etc.) ;
- **Les professionnels doivent davantage être associés à l'élaboration ou la mise à jour des différents documents qualité** pour favoriser leur appropriation et leur utilisation. L'enjeu majeur sera de développer l'homogénéisation des pratiques de chacun en provoquant des réflexions collectives autour des différentes thématiques de l'accompagnement. Ces documents doivent s'inscrire comme un positionnement institutionnel auquel les salariés doivent adhérer.

- Enfin, **l'évaluation de la connaissance et de l'application de ces documents devra s'organiser** à travers, par exemple, des analyses de pratiques de terrain.

- **La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm**

Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique ainsi qu'au format papier sur l'ensemble des services.

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet individualisé etc.) et des rappels annuels sont réalisés par les cadres de proximité auprès de l'ensemble de l'équipe. Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

3.3. Le parcours de l'utilisateur

3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

- **Accueil physique et téléphonique**

L'accueil téléphonique est assuré par un agent administratif sur le standard général Pôle Handicap et Dépendance sur les plages suivantes : de 8h à 15h du lundi au vendredi. Le reste du temps, cette mission est assurée par des professionnels en charge de la sécurité du site.

Une secrétaire assure le standard sur chaque établissement du Pôle de 8h à 15h. Un transfert des appels est organisé sur les téléphones des infirmières et du personnel soignant le soir et la nuit. Le standard est donc assuré 24h/24.

L'accueil physique est assuré de 8h à 16h par les agents administratifs.

L'accueil physique et téléphonique est efficace et pertinent. L'établissement est joignable 24h/24 et 365 jours/an.

- **Processus d'admission**

Une procédure d'admission commune au FAM et à la MAS est formalisée et décrit précisément les différentes étapes de l'admission jusqu'à l'accueil du nouveau résident. L'assistante sociale contacte ou est contactée par les familles. Une proposition de visite de l'établissement est réalisée et un dossier de pré-admission administratif et médical est fourni.

Une liste d'attente est formalisée, et l'ensemble des candidatures sont enregistrées dans le logiciel PSI.

La procédure implique **une concertation pluridisciplinaire** au cours de :

- La réunion de coordination : les profils sont étudiés par rapport aux besoins et trois propositions de résidents sont émises ;
- Une commission de pré-admission qui réunit les personnes présélectionnées, leurs familles, le Directeur, le cadre de proximité, le psychologue, l'assistant de service social, le médecin traitant et le psychiatre. La commission émet un avis favorable ou défavorable sur les candidatures.

Une « période d'essai » est prévue avec le candidat retenu. Au bout de cette période d'observation, un compte rendu est réalisé en réunion de coordination.

Le consentement de l'utilisateur et/ou de son représentant légal est systématiquement recherché, notamment au cours de la réunion de pré-admission où l'adulte et/ou le représentant légal sont reçus pour discuter de l'adéquation entre leurs attentes et besoins et l'offre proposée par l'établissement ; consentement recherché également à travers la période d'essai.

Le processus d'admission est en correspondance avec la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

▪ **L'attention portée à l'accueil du nouvel usager et son suivi**

La procédure d'accueil est formalisée au sein de la procédure d'admission. L'arrivée d'un résident est préparée :

- L'équipe est informée par le PSI et en réunion de l'arrivée d'un nouveau résident ;
- Une réunion d'accueil est prévue en présence du cadre de proximité, ou de l'éducateur en charge de la coordination et de l'assistant de service social pour présentation de l'équipe, à ce moment sont remis l'ensemble des documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, Charte des droits et contrat de séjour) ;
- Le contrat de séjour est signé le jour même, sinon il est retourné signé sous 15 jours par la famille ;
- La nomination d'un référent parmi le personnel de proximité dès l'entrée ;
- L'entrée s'opère généralement de manière progressive avec une période d'essai.

3.3.2.L'élaboration et la mise en œuvre du projet individualisé

▪ **L'effectivité des projets individualisés**

La démarche de projets individualisés est effective et constitue un point fort de l'institution.

Chaque usager dispose d'un projet individualisé élaboré et formalisé sur un format type, commun à tous les établissements et services du Pôle Handicap et Dépendance.

Taux de PP élaborés avec l'usager	Taux de PP signés	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
82,3%*	88,3%*	100%*

**NB : il s'agit de chiffres annoncés par la Direction et vérifiés sur site lors de l'examen d'un échantillon de projets personnalisés.*

▪ **Les modalités d'élaboration du projet individualisé**

La démarche a été structurée et répond aux attendus légaux, réglementaires ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. La procédure d'élaboration est formalisée au sein d'un schéma intégré à la trame de projet personnalisé. Le projet est annexé sur le logiciel PSI depuis 2014.

L'élaboration du projet est structurée. Elle est portée par un coordonnateur des projets personnalisés et le référent. Un éducateur spécialisé ou moniteur éducateur est coordonnateur d'une vingtaine de projet et chaque AMP-AS est référent de deux ou trois adultes. Le coordonnateur s'assure des retours des différents professionnels et rédige la partie éducative. Le référent est l'interlocuteur privilégié de l'adulte et de sa famille pour recueillir les attentes et besoins.

Le projet personnalisé est formalisé dans le 6^{ème} mois suivant l'admission après une période d'observation. Une évaluation du projet n-1 est réalisée systématiquement par le coordonnateur et le référent.

Une association des familles et de l'usager tout au long du processus d'élaboration est réalisée dans une logique de co-construction du projet à travers :

- En amont, des rencontres avec le médecin (visite médicale), le psychologue, l'assistante de service social (possibilité de visite à domicile) et le référent ;
- L'envoi de l'évaluation du projet n-1 aux familles ;
- La communication des propositions d'objectifs après la réunion de pré-projet ;
- Une réunion de projet personnalisé avec le cadre de proximité, l'usager et/ou ses parents/représentants légaux, le coordonnateur et le référent pour discussion puis validation du projet ;
- Le projet est systématiquement signé par la famille et éventuellement l'usager.

Une concertation pluridisciplinaire est organisée lors de différents temps de réunion dont la réunion de pré-projet, animée par le cadre de proximité où l'équipe fait le point sur les différents comptes rendus et proposition d'objectifs.

Au global, la mission d'évaluation souligne la très bonne coordination des professionnels autour des projets personnalisés.

Les familles rencontrées par la mission d'évaluation ont peu connaissance de la démarche. Elles souhaitent avoir plus d'information sur la prise en charge de leurs proches.

▪ Le contenu du projet individualisé

L'examen de la trame de projet individualisé d'un échantillon de projets personnalisés sur le FAM a permis d'identifier plusieurs atouts :

- La trame contient un encadré sur les attentes de l'utilisateur, les attentes de la famille, et les attentes du représentant légal ;
- La trame contient une évaluation des objectifs du projet n-1 ;
- Elle inclut la définition d'objectifs opérationnels pluridisciplinaires à partir de constats/observations et d'un mode opératoire détaillé (action, identification d'un responsable, échéance) ;
- Elle inclut un encadré de commentaires éventuels de la famille au-dessus de la signature.

La mission d'évaluation note que le contenu du projet personnalisé est particulièrement pertinent et souligne la définition d'objectifs communs et pluridisciplinaires.

▪ Suivi et évaluation du projet personnalisé

Les projets personnalisés sont revus annuellement conformément à l'obligation légale.

Le suivi est organisé grâce à un planning tenu par le cadre de proximité. Un projet peut également être révisé infra-annuellement lorsque la situation d'une personne accueillie le nécessite particulièrement.

Les objectifs du projet font l'objet d'une évaluation, formalisée dans le nouveau projet personnalisé. Le suivi des objectifs du projet n'est pas organisé et formalisé. Sur le service Montagne, une évaluation à 6 mois des objectifs du projet par le référent et le coordonnateur est en cours de mise en place.

Le logiciel PSI a été spécifiquement adapté au secteur du handicap, c'est un outil investi par les équipes qui permet de suivre les objectifs du projet personnalisé de chaque personne accueillie.

Si la mission d'évaluation constate que la démarche de projets personnalisés est un point fort de l'établissement, **elle pointe quelques enjeux d'amélioration :**

- Repréciser les fonctions de référent et coordonnateur à l'ensemble des professionnels ;
- Inscrire la date de signature des projets personnalisés ;
- Impliquer davantage le résident dans la démarche ;
- Impliquer davantage les familles et les institutions tutélaires dans le projet (difficultés de mobilisation rencontrées) ;
- Impliquer les agents de service logistique dans la démarche (exemple : heure de passage/ménage, participation du résident aux tâches de ménage en fonction de son projet personnalisé...)
- Organiser les modalités d'un suivi régulier des objectifs du projet et de l'état d'avancement (ex : démarche en cours sur le service Montagne) ;
- Evaluer l'appropriation de l'outil PSI et renouveler les formations PSI si nécessaire.

3.3.3. La fin d'accompagnement

▪ L'accompagnement des fins de vie

La problématique de la fin de vie est rencontrée par les équipes du FAM, principalement sur le service Hibiscus (trois décès en un mois et demi). L'établissement a fait le choix d'accompagner jusqu'à la fin de vie les

personnes et le service Hibiscus est identifié pour se spécialiser sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Les décès surviennent généralement suite à des hospitalisations ou de façon brutale. L'accompagnement à la fin de vie est une situation encore peu rencontrée par l'établissement.

En cas de situations complexes d'accompagnement de fin de vie, **des mesures d'accompagnement des équipes peuvent être mises en place : concertation en équipe et avec le médecin sur l'accompagnement de fin de vie, et possibilité de soutien de l'équipe par le psychologue de l'établissement.**

Une procédure de conduite à tenir face aux situations de décès a été formalisée en 2011 pour l'ensemble du Pôle Handicap et Dépendance. Une salle funéraire-chapelle est disponible au niveau de l'EHPAD situé sur le site.

La mission d'évaluation relève quelques enjeux d'amélioration :

- **L'absence de formation des équipes** à l'accompagnement de fin de vie, axe à prioriser notamment au niveau du service Hibiscus ;
- **L'absence de formalisation de procédure/protocole** liés à l'accompagnement des fins de vie ;
- **La nécessité d'activer des partenariats (HAD, EMSP..)** pour améliorer l'accompagnement du résident et soutenir les équipes, autant que nécessaire.

▪ Les réorientations

Préparation et organisation des réorientations

L'assistante de service social accompagne les orientations des résidents vers d'autres établissements. Les (ré)orientations des résidents FAM sont généralement en direction des établissements suivants : un EHPAD, un Foyer d'accueil occupationnel, une MAS, ou un retour à domicile. L'assistante sociale reçoit les demandes des familles et du résident et les accompagne : en interpellant les partenaires pour une visite de la future structure d'accueil et l'accompagnement du résident et de la famille à la visite ; en organisant des temps d'essai s'il s'agit de structures internes à la Fondation. En interne, des réunions entre l'équipe de proximité du FAM et du futur service/établissement sont organisées. **L'orientation est toujours préparée, progressive avec la mise en place d'une période d'adaptation.**

Une communication et des échanges sont organisés avec l'établissement d'accueil. Certains documents sont remis aux tuteurs pour communication au nouvel établissement.

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1. Qualité du cadre de vie

▪ Les locaux

Le site du Foyer Albert Barbot, sur lequel est implanté le FAM, est un site historique, qui a connu de nombreuses transformations. De nombreux travaux sont à l'œuvre ou en projet pour le Pôle Handicap et Dépendance mais ne concernent pas au stade l'évaluation le FAM. Le site du Foyer Albert Barbot dispose d'espaces extérieurs agréables et verdoyants.

Le FAM est organisé en cinq services répartis sur trois endroits : les services Plaine, Mer, Montagne d'un côté, le service Hibiscus et le service Arc-en-ciel en deux autres endroits sur le site.

- Le service Hibiscus (40personnes) est structuré par un bâtiment principal en demi-cercle autour d'une cour intérieure et de deux bâtiments annexes composés de la lingerie, de bureaux administratifs et d'une salle commune pour les activités de psychomotricité et d'ergothérapie.
- Les services Montagne et Mer sont composé chacun de 2 villas pouvant accueillir 6-8 personnes et une quinzaine de personnes. Chaque villa dispose de 2 salles de bain. Deux villas disposent de 2 salles de bains pour 15 voire 16 personnes (soit 1 salle de bain pour 7 ou 8 personnes). Certaines constructions modulaires (Algeco) accueillent des bureaux administratifs et une salle multi-sensorielle.

- Le service Plaine est composé de 5 villas de 8 personnes. Attenants aux trois services Plaine, Mer, Montagne, des bâtiments accueillent les bureaux des professionnels : secrétariat, pôle médical (salle de soin, bureau médical, salle de préparation des médicaments), et maison des familles (bureau de l'assistante sociale et de la psychologue).
- Le service Arc-en-Ciel (5 personnes) dispose de deux villas composées de 4 pièces environ. Ces locaux sont provisoires, et le service devrait emménager dans de nouveaux locaux avec l'ouverture de l'internat (18 places) en mai 2015.
- Deux réfectoires accueillent chacun 20 résidents environ des services Plaine.

Le FAM dispose cependant de quelques équipements de qualité : des salles polyvalentes pour la réalisation notamment des activités de rééducation (malgré tout en nombre insuffisant au regard du nombre de personnes accueillies), une salle multi-sensorielle, un salon bien être dédié à la coiffure/esthétique, une cuisine bien équipée pour les ateliers cuisine thérapeutique, une piscine et un espace festif au niveau du Pôle Handicap et Dépendance.

L'ensemble des bâtiments sont de plein pied mais l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite n'est pas pour autant facilitée en raison de la présence d'obstacles et l'inadaptation de certains lieux (rebords au niveau des pas de portes, hauteur des baignoires, absence de douches à l'italienne).

Si certains aménagements ont été réalisés pour améliorer le cadre de vie et l'accessibilité (réfection des allées), **les locaux sont vétustes et inadaptés** : exigüité des salles, gêne et absence de portes entre différentes salles pour permettre la circulation, nombreuses chambres doubles (28 personnes concernées), absence de salle de bain individuelle, salles de bain inadaptées et en nombre restreint, absence d'espace extérieur ombragé sur le service Montagne, fuites et infiltrations sur le service Hibiscus.

La mission d'évaluation tient à souligner les efforts réalisés par l'établissement pour accueillir au mieux les personnes dans ce cadre de vie (mise en place de paravent, réorganisation des services, clôtures, construction de 8 Algeco...), **toutefois le bâti ne respecte pas pleinement l'intimité et la dignité des personnes accueillies.**

■ L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est assuré par les agents de service logistique répartis sur les différents services et par le personnel de proximité. L'entretien des chambres, WC et sols est assuré sur une fréquence quotidienne.

Des plans et protocoles de nettoyages sont en place.

Par ailleurs, l'établissement fait appel à un prestataire extérieur pour décaper certains locaux, toutefois la prestation n'est pas demandée pour tous les services.

Les agents de service logistique ont été formés aux règles d'hygiène des locaux. Les fiches techniques des produits sont connues et mises à disposition du personnel dans les locaux de stockage des produits et au secrétariat. Toutefois, leur accessibilité sur chaque service pourrait être renforcée. Des lavettes de différentes couleurs sont utilisées.

Le matériel à disposition des agents est hétérogène en fonction des services, il ne permet pas de mettre en œuvre les formations dont ont bénéficié les agents. Par ailleurs, peu de matériel mécanique est à disposition, ce qui pourrait prévenir les risques professionnels.

La personne en charge de la lingerie s'occupe des commandes et stock de produits. Les produits sont stockés principalement au niveau de la lingerie, mais également en faible quantité dans les locaux fermés à clefs.

Lors de la visite la mission d'évaluation a pu constater la qualité de l'entretien des locaux, toutefois elle pointe plusieurs enjeux d'amélioration, la mission d'évaluation pointe plusieurs enjeux d'amélioration :

- **L'absence de traçabilité des ménages réalisés ;**
- **L'absence de formation aux règles d'hygiène et des pratiques hétérogènes de l'ensemble du personnel chargé d'effectuer des tâches d'entretien (ASL et personnel de proximité) ;**
- **L'absence de réunion régulière du personnel logistique avec leur supérieur hiérarchique et le manque d'intégration des ASL au sein des équipes** (participation ponctuelle d'un ASL aux réunions de fonctionnement).

■ L'entretien du linge

L'établissement entretient peu de linge sur le site, une grande majorité (linge plat et linge du résident) est sous-traité à un prestataire :

- Les sangles et MOP ;
- Les combinaisons des résidents ;
- Les tabliers et torchons de cuisine ;
- Occasionnellement, le linge fragile des résidents.

Une lingerie est en place sur le service Hibiscus et un local buanderie sur le service MPM. Deux personnes sont dédiées à l'entretien du linge.

La prestation d'entretien du linge des résidents n'est pas satisfaisante. Le linge retourné par le prestataire est fréquemment abîmé, et des pertes sont enregistrées.

La mission d'évaluation relève des enjeux d'amélioration concernant l'entretien du linge sur site :

- Le matériel (machine) utilisé pour laver les MOP/torchons est le même que pour le linge des résidents ;
- Formaliser les pratiques (protocole de marche en avant) et former le personnel aux méthodes RABC ;
- Revoir le matériel utilisé pour permettre le respect des règles et normes d'hygiène.

■ La restauration

La restauration est réalisée sur le site du Foyer Albert Barbot par la cuisine centrale de la Fondation. Les repas sont livrés en liaison chaude au sein de conteneurs.

La cuisine centrale a fait l'objet récemment d'un audit, principalement pour les EHPAD mais dont les conclusions sont plus générales et utiles pour l'ensemble des établissements. Un plan d'action est en cours de mise en œuvre. Un certain nombre de règles sont respectées (relevés de température, conservation de plats témoins) en cuisine centrale tandis que d'autres nécessitent une reconfiguration des locaux (marche en avant). Un nouveau logiciel (Salamandre) est en cours d'installation pour améliorer les commandes et les remontées d'informations entre les différents établissements et la cuisine centrale.

Les régimes spécifiques des usagers sont respectés. Un travail a été réalisé avec un nutritionniste, qui a formé les équipes de la cuisine centrale et travailler sur les textures. La cuisine centrale produit plus de 600 repas au textures adaptées/modifiées (27 déclinaisons) pour les établissements de la Fondation. Les habitudes alimentaires liées aux interdits culturels sont respectées. La responsable infirmier MPM est en charge de prévenir la cuisine sur les changements de régime, et la secrétaire au niveau du service Hibiscus. Toutefois, l'équilibre alimentaire n'est pas pleinement respecté, en dépit d'une amélioration récente évoquée. **L'audit réalisé pointe l'absence de diététicien sur site.**

La réception et distribution des plats sur les cuisines satellites (centre de jour et internat) par le personnel de proximité (AS-AMP) du FAM ne respectent pas les normes d'hygiène et de sécurité :

- L'absence de relevés de température sont réalisés à la livraison, au début et à la fin du service ;
- L'absence de conservation de plats témoins ;
- L'absence de protocole et de respect de la marche en avant ;

Les temps de repas sur le FAM sont organisés comme suit :

- Un petit déjeuner autour de 8h ;
- Un déjeuner à 12h, excepté pour certain service ou deux services sont organisés (un à 11h30 et un à 12h), et à 11h30 sur le service Hibiscus ;
- Une collation à 16h ;
- Un dîner à 18h.

Les projets personnalisés servent de base pour décider de la nature de l'accompagnement au repas (stimulation, accompagnement complet ou absence d'accompagnement) puis reporté dans le plan de soin. Sur le service Hibiscus, notamment l'unité corail, certains résidents sont alimentés par GPE.

Les couverts sont adaptés selon les propositions émises par l'ergothérapeute.

La mission d'évaluation pointe les enjeux suivants :

- Former les professionnels du FAM et mettre en œuvre les règles HACCP sur les cuisines satellites ;
- L'absence de plats de substitution ;
- Mettre en place des commissions restauration – commission menu.

Si l'heure du repas correspond aux habitudes de vie des résidents (la nuit tombe à 18H30), le temps de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner ne respecte pas le délai de jeûne maximum recommandé par la Haute Autorité de Santé.

Observation d'un temps de repas au service Plaine du FAM

L'observation d'un temps de repas au FAM au niveau du service Plaine a montré la qualité de ce moment.

Le repas est organisé en un seul service. 15 résidents occupent le réfectoire, répartis sur 5 tables. Le repas se déroule dans le calme. Le repas est encadré par 3 ou 4 personnels de proximité (2AS et 1 AMP au moment de l'évaluation).

Les résidents présents sont autonomes, aucune n'a besoin d'accompagnement à la prise du repas. Le déjeuner commence à 12h et se termine généralement vers 12h30-45. Un café est servi à la fin aux résidents qui le désirent.

Plusieurs résidents participent aux tâches de la vie quotidienne (débarrasser les couverts, passer le balai...).

L'ambiance est globalement calme. La posture des professionnels observée lors de l'évaluation était de qualité.

3.4.2.L'accompagnement proposé

▪ L'accompagnement somatique

Le pôle thérapeutique du FAM est composé de :

- Deux médecins généralistes sur les services Plaine, Mer, Montagne (0,45 ETP) et un médecin sur le service Hibiscus (0,40 ETP)
- Un médecin psychiatre (0,4 ETP sur le CEAP, la MAS et le FAM) ;
- Une équipe infirmière ;
- Une équipe AMP-AS ;
- Une équipe de rééducateur : une psychomotricienne, un psychomotricien, une ergothérapeute, et une orthophoniste (salariée très récemment du PHD) ;
- Un psychologue.

Le projet d'établissement positionne le médecin généraliste en tant que chef de service (« médecin généraliste et chef de service), ce qui ne reflète pas le positionnement actuel des médecins au sein de l'institution.

Les médecins assurent au sein de l'établissement une mission de médecin traitant pour l'ensemble des résidents. Il n'y a pas de libre choix du médecin par les résidents et familles.

Les soins

Une visite médicale est systématiquement assurée par les médecins généralistes la semaine précédant la réunion de projet personnalisé. Il reçoit également les familles à l'occasion de cette visite dans l'objectif de les faire adhérer au projet thérapeutique et de les impliquer dans le travail mis en place.

La psychiatre intervient de façon régulière sur le service MPM auprès des résidents atteints de troubles, schizophrénie etc. Elle intervient ponctuellement sur le service Hibiscus pour soutenir les personnes atteints de troubles psychiatriques et autour des situations complexes de certains résidents.

Le projet de soins et la coordination

Le médecin généraliste du FAM Hibiscus participe aux réunions de projets personnalisés, au niveau des services MPM, la médecin psychiatre participe aux réunions de projet personnalisé mais pas la médecin généraliste. Aucun médecin ne participe aux réunions de projet personnalisé sur le service Arc-en-ciel.

Les médecins généralistes ont mis en place depuis 6 mois des **réunions d'informations médicales** sur différents thèmes : la nutrition, l'utilisation des antibiotiques, la vaccination antigrippale (et

prochainement sur la douleur). Ces réunions sont ouvertes à tous les professionnels du PHD et se tiennent tous les deux mois.

Par ailleurs, **une instance éthique a été mise en place au niveau du PHD depuis mars 2013**, animée par le médecin généraliste (*cf partie droits des usagers*).

Des temps de réunions sont mis en place et permettent d'assurer une coordination des soins et l'articulation avec les autres dimensions de l'accompagnement : les infirmières participent aux réunions de fonctionnement des services, aux réunions de pré-projet personnalisé, aux réunions paramédicales une fois par mois. Le service MPM dispose d'un temps de réunion entre IDE une fois par semaine.

L'organisation des soins

Chaque résident dispose d'un plan de soin individualisé, formalisé au sein du logiciel PSI.

Plusieurs protocoles sont formalisés, dont certains ont fait l'objet d'une actualisation en octobre 2014 : fièvre, épilepsie, douleur, conduite à tenir décès... Ces protocoles sont mis à disposition des professionnels au sein d'un classeur dans les bureaux médicaux et sur la borne documentaire. Ils sont consultés par l'équipe infirmière mais peu par l'équipe soignante.

L'organisation de l'équipe infirmière est répartie comme suit :

- Sur le service MPM : six infirmières interviennent en semaine : 2 le matin, 1 l'après-midi et de temps en temps 1 en horaire intermédiaire ; le week-end, il y a une infirmière le matin et une l'après-midi
- Sur le service Hibiscus : sept infirmières interviennent dont deux en charge de la surveillance des établissements du PHD : la présence d'une infirmière est assurée le matin, et l'après-midi avec une infirmière intervenant en horaire intermédiaire

Récemment, une responsable infirmier a été identifié sur le service MPM. Sa mission est d'assurer la réorganisation du travail infirmier, renforcer la participation de l'équipe infirmière à la vie des services et renforcer la sécurité du circuit du médicament.

Des temps de transmissions entre les infirmières sont mis en place :

- Un temps formel de transmission le midi seulement et ou informels le matin et le soir sur les services MPM ;
- Sur le service Hibiscus, les infirmières participent aux trois temps de transmission organisés avec l'équipe soignante.

Les soins ne sont pas systématiquement tracés sur le logiciel PSI par les infirmières.

Le circuit du médicament est structuré. Les prescriptions sont enregistrées sur PSI. Toutefois, un support papier demeure : les prescriptions sont imprimées et rangées dans un classeur par l'équipe infirmière. Les médicaments sont livrés par la Pharmacie à usager intérieur et préparés par l'équipe infirmière. La distribution est assurée par l'équipe infirmière sur le service MPM, sauf en cas de troubles du comportement. Sur le service Hibiscus, la distribution des médicaments est déléguée au personnel de proximité (AS-AMP). La traçabilité des médicaments est assurée sur PSI.

La prise en compte des thématiques de soins spécifiques

Un protocole sur l'évaluation de la douleur est en place (échelles DOLOPLUS et EVA, grilles enregistrées dans PSI). Des alternatives à la prise en charge médicamenteuse de la douleur sont mises en place : temps d'écoute, massages...

Des feuilles de suivi hydratation et alimentation peuvent être mises en place en cas d'alerte du personnel de proximité. Une surveillance particulière peut être mise en place avec quantification des quantités bues sur PSI. Une surveillance générale est organisée en prévention avec une pesée mensuelle des résidents est réalisée, plus fréquente en cas de suivi nécessaire.

La mission d'évaluation pointe plusieurs enjeux d'amélioration de l'accompagnement thérapeutique :

- Préciser le positionnement institutionnel des médecins et le formaliser (actualisation du PE) ;
- Assurer la traçabilité des soins par l'équipe infirmière sur le logiciel PSI ;
- Renforcer la sécurité du circuit du médicament (projet en cours de préparation des médicaments sous opercule sur MPM) ;

- Formaliser un protocole d'accompagnement des fins de vie.

■ L'accompagnement psychologique

L'établissement dispose d'un psychologue clinicienne à 0,8 ETP depuis 2009. Elle intervient exclusivement au niveau du FAM et concentre ses missions autour des usagers, des familles et des professionnels.

Partie intégrante de l'équipe d'encadrement, elle intervient beaucoup auprès des équipes afin de leur apporter son regard et son expertise sur les situations rencontrées :

- **Participation aux réunions de coordination** hebdomadaires en présence des cadres de proximité des services MPM et Hibiscus, de l'assistante sociale et des médecins ;
- **Participation aux réunions de service** hebdomadaires sur les services MPM.
- **Elle réalise des temps d'analyse des pratiques** autour de situations problématiques définie ou non à l'avance :
 - o Sur MPM, ces temps sont planifiés tous les quinze jours sur chacun des services ;
 - o Sur Hibiscus, ces temps ne sont pas institués et peuvent être réalisés sur demande des équipes.
- **Animation de « réunions deuil »** à l'issue des décès pour les équipes d'une part et pour les résidents d'autre part, à titre collectif ou individuel selon les souhaits de chacun.
- Elle se tient également à la disposition des professionnels **qu'elle peut rencontrer de façon individuelle**, à leur demande.

Ses missions, principalement dédiées à l'accompagnement psychologique des usagers, se concentrent à différentes phases de son parcours :

- **Au moment des admissions** : elle participe à la commission d'admission et rencontre le postulant, sa famille et/ou son tuteur pour l'interroger sur ses motivations. Elle évolue son profil avant de se concerter avec les autres membres de la commission pour se prononcer sur sa compatibilité avec les services proposés par l'établissement. Cette compatibilité se précise ensuite tout au long de la période d'essai.
- **Au moment des PAI** : elle rencontre les résidents, notamment ceux qui ont accès à la parole, sur demande de l'équipe ou du médecin. Elle établit un bilan psychologique sur lequel elle se base au moment de la réunion de projet.
- **Réalisation de suivis individuels des usagers**, sur leur demande sinon sur la demande de l'équipe. Selon les souhaits des résidents, les informations émanant de ces entretiens sont partagées ou non via le logiciel de soins. Des bilans psychologiques sur la base d'échelles d'intelligence peuvent être réalisés à titre évaluatif.
- **Animation d'un groupe de parole** au niveau du service Hibiscus : deux groupes homogènes avec des objectifs différents ont été constitués et se rencontrent mensuellement :
 - o Le premier groupe est à destination des usagers capables de s'exprimer sur différentes thématiques évoquées (sexualité, vie en institution, familles ...). Le groupe est ouvert et réunit en moyenne 6 à 8 personnes ;
 - o Le second groupe est à destination des usagers qui n'ont pas accès à la parole mais en mesure de s'exprimer via des modes de communication adaptés (images, musique, vidéos ...). Le groupe est constitué de 3 à 5 personnes maximum.

Elle se tient également à disposition auprès des familles et est en mesure de les rencontrer sur demande pour évoquer les difficultés qu'elles peuvent rencontrer avec leur proche. Selon les difficultés repérées, elle peut les orienter vers des professionnels extérieurs.

La mission tient à souligner la diversité des supports utilisés pour offrir aux résidents l'accompagnement psychologique dont ils ont besoin. Cette dynamique est satisfaisante et nécessitera d'être poursuivie.

Quelques enjeux d'amélioration sont identifiés :

- Formaliser le sens de l'accompagnement dans un projet psychologique ;

- Développer l'idée de la mise en place de temps de supervision avec l'appui d'un intervenant extérieurs à destination des équipes ;
- Permettre aux familles de participer aux réunions deuil pour leur permettre d'échanger avec les professionnels qui le souhaitent lorsqu'elles sont confrontées au décès de leur proche.

■ **L'accompagnement rééducatif**

L'accompagnement rééducatif est assuré par une équipe constituée :

- **d'une ergothérapeute** (0,5 ETP sur Hibiscus et 0,5 ETP sur la MAS) ;
- **d'une psychomotricienne** à temps plein sur les services MPM ;
- **d'un psychomotricien** (0,5 ETP sur Hibiscus et 0,5 ETP sur la MAS) ;
- **d'une orthophoniste** (Hibiscus et centre de jour du CEAP) ;
- **d'un kinésithérapeute** (1 ETP sur Hibiscus avec des interventions ponctuelle sur le service MPM).

La coordination des interventions des rééducateurs est globalement structurée ; ils interviennent sur prescription médicale. Différents temps de réunions permettent cette coordination avec, entre autres :

- Réunions mensuelles sur MPM et Hibiscus avec les cadres, les médecins et les IDE ;
- Réunions mensuelles avec tous les professionnels paramédicaux du PHD et les médecins pour échanger sur leurs pratiques, sujets de recherche, situations ... ;
- Participent aux réunions mensuelles de chaque service avec toute l'équipe ;

Des temps informels permettent de compléter ces réunions, notamment lors d'un temps de déjeuner chaque lundi où l'ensemble des rééducateurs du PHD peuvent échanger conseils, méthodes et connaissances sur des situations qu'ils sont amenés à rencontrer.

Les supports utilisés dépendent essentiellement des envies et des attentes individuelles des usagers. L'individualisation de l'accompagnement et le lien avec l'accompagnement de la quotidienneté sont constamment recherchés. **Les séances réalisées sont retracées dans le PSI** au sein duquel peuvent également être intégrées les informations liées au déroulement de ces temps. **Des bilans sont réalisés annuellement** et permettent de retracer l'évolution des usagers.

La richesse des intervenants et leur coopération sont de véritables points forts pour inscrire l'accompagnement rééducatif dans une dynamique d'amélioration continue. Les supports variés ont permis le développement de l'éveil des résidents dans la quotidienneté.

Les moyens matériels sont cohérents avec les missions portées par l'équipe de rééducation.

La mission identifie quelques enjeux d'amélioration :

- Formaliser le sens de l'accompagnement proposé dans un projet de rééducation ;
- Développer l'accompagnement rééducatif sur certaines unités (notamment MPM) à travers un renforcement de l'équipe ;
- Des difficultés liées aux espaces :
 - o l'existence de chambres doubles en grand nombre ne permettent pas de garantir la confidentialité des ateliers individuels ;
 - o l'absence de salle dédiée pour les rééducateurs (notamment à Hibiscus impose la réalisation de certaines séances en extérieurs, ce qui peut être un frein à la concentration des usagers ;

■ **L'accompagnement à la vie quotidienne**

L'accompagnement à la vie quotidienne est réalisé par une équipe de proximité composée d'AMP et d'AS. Il n'y a pas de distinction dans les fiches de poste entre AS et AMP.

Le personnel est réparti comme suit entre les différents services :

Service Mer	Service Montagne	Service Plaine	Service Hibiscus	Service Arc-en-ciel
-------------	------------------	----------------	------------------	---------------------

9 AMP 1 ME et 1 ES	7 AS 4 AMP 1 ME	15 AMP 4 AS 2 ES et 1 ME	27 AS 6 AMP 1 ME	4 AMP 1 ES
Postes transversaux : 2 AS et 1 AMP				

La répartition du personnel soignant et éducatif est réalisée en fonction des profils des publics. Par exemple, le service Hibiscus a une dominante « soins » dans l'équipe plus importante, car il accueille des personnes plus dépendantes (handicap moteur important) avec des besoins en soins importants. En revanche, le service Mer dispose d'une dominante éducative, les résidents du service étant plus autonomes. Le service arc-en-ciel accueille un public d'adultes atteints de troubles autistiques.

Les habitudes de vie et les rythmes sont respectés : certaines toilettes sont effectuées plus tard en fonction du lever de la personne, idem les couchers sont échelonnés et certains couchers sont réalisés par l'équipe de nuit.

L'état de santé et psychique est également pris en compte lors de la réalisation des toilettes. Les habitudes de vie sont recueillies et tracées dans PSI. Les toilettes sont généralement réalisées de 6h à 8h et de 16h à 17h30 (avec des bains de confort l'après-midi par exemple).

Un maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne est recherché : certains résidents les réalisent eux-mêmes ou sont accompagnés pour le ménage de leur chambre (service Mer).

Une traçabilité des actes des soignants est réalisée quotidiennement sur PSI, bien investi par le personnel de proximité.

Des transmissions entre les équipes sont réalisées, le matin de 5h45 à 6h, le midi de 13h à 13h15 et le soir de 20h à 20h15.

Le service Arc-en-ciel fonctionne en accueil de jour de 7h à 17h avec des temps de transferts entre 7h et 9h, et entre 15h et 17h.

L'accompagnement de nuit est assuré par :

- 3 personnels sur les services MPM : 1 AS, 1 AMP et 1 ASL ;
- 3 personnels sur le service Hibiscus : 1 AS, 1AMP ou AS et une infirmière (mutualisée sur l'ensemble du PHD).

■ L'accompagnement socio-éducatif

Les effectifs éducatifs sont répartis en fonction des profils des publics accueillis (cf. tableau ci-dessus). Chaque service dispose de personnel éducatif, un moniteur éducateur a très récemment été positionné sur le service Hibiscus, en plus de l'AMP dédié aux activités et à l'animation.

Plusieurs outils structurent l'accompagnement éducatif : un planning des activités et des fiches d'activité avec la liste des résidents participants. Des comptes rendus des activités sont réalisés après chaque séance sur PSI et un bilan annuel des activités est réalisé.

Une modularité et une transversalité a été instaurée entre les activités des différents services :

- En fonction des projets personnalisés des résidents : par exemple un résident du service Mer se rend à l'activité pêche organisée par le service Plaine ;
- Des activités transverses sont organisées (ex : café inter-service/unité) ;
- Des activités communes avec des intervenants extérieurs sont mises en place notamment entre Mer et Plaine ;
- Des temps festifs institutionnels : au moins quatre par an dont la fête de Grand-mère Kal avec l'ensemble des établissements du PHD et le FAO à laquelle l'équipe d'évaluation a pu assister.

Les activités proposées sont variées :

- Activités individuelles (notamment avec le public du service Arc-en-ciel mais pas seulement) ;
- Activités collectives en interne (ex : défilé de mode) ;
- Activités collectives à l'extérieur de l'établissement : parcours de santé-marche à la Ravine des Cabris, sport adapté, pique-nique, visites de musées ;
- Accompagnement à des sorties individuelles en fonction du projet personnalisé : accompagnement à un mariage par exemple, visite à domicile, tour en ville, défilé de moto.

Des supports variés sont utilisés, notamment des supports de communication non verbale : tableau journalier avec des photos au service arc-en-ciel, classeur de photos/images et objets de la vie quotidienne sur le service Mer...

Une attention est portée sur les personnes moins mobiles et plus dépendantes : une sortie avec 12 résidents sur service Hibiscus a été récemment organisée pour un pique-nique sur la plage de grande anse. L'ensemble des corps de métier ont été impliqué : infirmiers, psychomotricien et les familles invitées.

Le personnel éducatif (ES sur Plaine et Mer et ME sur Hibiscus et Montagne) a en charge la coordination des projets personnalisés.

Des temps de réunions de fonctionnement/réunion de service sont institués (notamment une réunion hebdomadaire avec les cadres de proximité et les éducateurs sur Plaine et Mer). Toutefois la mission d'évaluation relève **l'absence de réunion du personnel éducatif avec le cadre de proximité sur les autres services du FAM.**

▪ L'accompagnement social

L'accompagnement social est assuré par une assistante de service social (0,75 ETP). Elle a pour mission principale le maintien du lien familial. Elle joue un rôle central dans l'admission et la réorientation ainsi que dans l'accompagnement et la relation avec les familles.

Ses modalités d'intervention sont variées, toutefois essentiellement individuelles :

- Visite à domicile pour recueillir des informations concernant l'environnement de la personne et les attentes de la famille ;
- Participation aux réunions de pré-projet ;
- Maintien du lien familial par un travail avec les fratries ;
- Accompagnement des tuteurs familiaux (obligations, relais des demandes des résidents...);
- Accompagnement des demandes de tutelle ;
- Un travail d'écoute et une disponibilité sur RDV pour recevoir les familles.

Des projets sont en cours pour développer le travail avec les familles : action collective d'information des familles, organiser des rassemblements et échanges entre familles, en lien éventuellement avec des associations familiales.

3.4.3. La coordination de l'accompagnement

▪ Les temps de coordination d'équipe et la circulation des informations

Les réunions

Plusieurs temps de réunion concourent à une coordination effective des professionnels autour de l'accompagnement des résidents :

- **Au niveau des services MPM :**
 - o Une réunion hebdomadaire par service d'une heure sur différents jours de la semaine pour que les professionnels transversaux (psychologue, infirmiers et rééducateurs) y participent : le fonctionnement du service est évoqué puis un point sur chaque résident est réalisé ;
 - o Une réunion de coordination hebdomadaire des trois cadres de proximité de MPM et du responsable infirmier ;
 - o Une réunion d'encadrement de MPM avec les cadres de proximité, les médecins, l'assistante de service social, la responsable IDE, et la psychologue ;
 - o Une réunion de pré-projet personnalisé hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle selon les services ;
 - o Un point entre le cadre de proximité et le personnel éducatif hebdomadaire sur Plaine et Mer ;
 - o Un point entre l'ouvrier MPM et les trois cadres de proximité.
- **Une réunion de service hebdomadaire est également réalisée pour Arc-en-ciel ;**
- **Au niveau du service Hibiscus :**

- Une réunion de zone (unités) 1 fois par semaine + la lingère/ouvrier. Soit 3 car une par zone. 1 heure
- Les réunions de projets personnalisés
- **Une réunion transversale aux différents services des médecins et paramédicaux** : une fois par mois, IDE, paramédicaux et CP Montagne (gestion de l'équipe infirmière).

Des réunions d'analyses des pratiques sont mises en place sur chaque service :

- Une réunion d'analyse de pratique tous les 15 jours sur chaque service animée par la psychologue autour de l'examen d'une ou deux situations sur les services MPM ;
- De façon plus ponctuelle, l'analyse des pratiques est organisée par zone sur hibiscus, animée par une consultante ;
- Une analyse des pratiques animée par la psychologue Arc-en-ciel.

En outre, des réunions de groupes d'expression de résidents sont organisées sur plusieurs services (cf 3.5 sur l'effectivité des droits des usagers). Des réunions d'encadrement existent également au niveau du PHD (cf partie 3.8.2 organisation et management).

Les transmissions

La majorité des transmissions est réalisée sur le logiciel informatique PSI. Le logiciel est installé depuis 2011 et globalement bien approprié par les équipes. Les droits d'accès sont différenciés et respectent la confidentialité de certaines informations.

Des temps de transmissions de 15min sont institués sur l'ensemble des services matin, midi et soir pour les équipes soignantes. Sur Hibiscus, les infirmières participent à ces temps de transmission. Sur MPM, l'équipe infirmière dispose d'un temps de transmission identifié seulement le midi.

Au niveau des services Arc-en-ciel et Montagne, **un cahier de liaison pour chaque résident** permet de réaliser des transmissions avec les familles (quotidiennes pour le service Arc-en-Ciel).

De façon globale, la transmission des informations est satisfaisante.

▪ Le dossier de l'utilisateur

La majorité du dossier est informatisé via le logiciel PSI. Une version papier du dossier de l'utilisateur est stockée dans des lieux sécurisés dans le respect de la confidentialité. L'accès au dossier médical est réservé aux médecins, psychiatre, infirmiers, psychologue et aux rééducateurs à leur demande.

Toutefois, le principe du dossier unique n'est pas pleinement respecté :

- La partie administrative est stockée au bureau des entrées/sorties du Pôle PHD ;
- La partie projets personnalisés est stockée au secrétariat sur chaque service ;
- La partie médicale est stockée à l'infirmierie.

Une procédure d'accès de l'utilisateur à son dossier est formalisée mais l'établissement n'a pas eu de demande à ce jour.

Au global, la mission d'évaluation estime que la structuration des dossiers est satisfaisante.

La Fondation Père Favron est partie prenante d'une démarche régionale de recherche d'un logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur. Dans son CPOM 2014-2018, elle s'est engagée à équiper l'ensemble de ses établissements avec les solutions qui auront été retenues. La mission d'évaluation encourage la structure à **l'informatisation complète du dossier** afin de respecter pleinement le principe d'unicité du dossier.

3.5. L'effectivité des droits des usagers

3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

▪ L'existence et la mise en œuvre des outils de la loi 2002-02

Les outils de la loi 2002-2 existent et sont effectifs :

- Le livret d'accueil existe et remis aux familles ; un livret pour chacun des services a été formalisé excepté pour le service Arc-en-ciel ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée ;
- Le contrat de séjour existe et son contenu est tramé. Il est systématiquement signé par tous les représentants légaux des usagers accueillis ;
- Le règlement de fonctionnement existe et est systématiquement remis à l'admission ;
- La personne qualifiée est évoquée dans le règlement de fonctionnement.

L'examen du contenu de ces outils montre que ces derniers ont été réalisés dans le respect des obligations légales et réglementaires ainsi que des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. Ces éléments sont donc satisfaisants. Toutefois, la mission d'évaluation note que leur effectivité pourrait être accrue :

- La Charte des Droits et des Libertés est affichée dans des endroits peu visibles. Si l'affichage de la charte n'est pas une obligation légale en soi, l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionné à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que diverses dispositions relatives aux droits des usagers soient affichées dans les établissements ou les services sociaux et médico-sociaux¹² ;
- Le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance n°3977 n'est pas affiché ;
- Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux ;
- Les outils de la loi 2002-2 contiennent quelques illustrations (photos des lieux de vie) mais ils n'ont pas fait l'objet d'une réelle adaptation à la compréhension des usagers.

3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

▪ Le droit d'expression et de participation

Le CVS, établi pour l'ensemble du FAM, fonctionne en conformité avec son cadre légal.

- Le CVS se réunit 3 fois par an ;
- Il est composé de 5 représentants des familles et de trois résidents parmi les treize membres ;
- L'ordre du jour est réalisé lors d'une rencontre entre le Directeur et les représentants des familles en amont du CVS ;
- Les comptes rendus sont rédigés et signés par le vice-président du CVS et envoyés à toutes les familles.

Le fonctionnement du CVS est donc pleinement effectif.

La consultation des comptes rendus de CVS par la mission d'évaluation et la rencontre des représentants des familles indique **une bonne dynamique de l'instance** : le CVS est un espace d'information et d'échanges, la Direction s'attache à répondre aux demandes des familles. **Toutefois, sa fonction reste plutôt informative que consultative. Par ailleurs, le CVS ne semble pas connu par l'ensemble des familles d'après celles interrogées par la mission d'évaluation.** Certaines mesures ont été prises pour dynamiser l'instance et les retours des familles : la communication des coordonnées des membres du CVS dans chaque compte rendu par exemple.

D'autres modalités de participation et d'expression des usagers ont été mises en place :

- Un groupe de parole ouvert des résidents en présence d'un personnel de proximité et animé par la psychologue est mis en place deux fois par mois sur le service Hibiscus ;
- Une réunion consacrée aux résidents : temps de parole est mise en place sur le service Mer, c'est notamment l'occasion d'exprimer des souhaits de sorties pour les résidents. La réunion est animée par un membre de l'équipe de proximité ;

¹² Dispositions des articles L116-1, L116-2, L311-3 et L313-24 du Code de l'action sociale et des familles

- Une réunion des résidents est organisée deux fois par mois sur le service Plaine animé par le cadre de proximité ;
- Sur les services Arc-en-ciel et Montagne, il n'y a pas de temps d'expression collectif organisé, jugés non pertinents étant donné le public accueilli.

La mission d'évaluation pointe l'absence d'enquête de satisfaction.

■ Le droit à l'information

Le droit à l'information est effectif au FAM. Les représentants légaux sont informés des décisions qui concernent l'accompagnement, notamment dans la mise en œuvre du projet personnalisé (recueil des souhaits des familles, contractualisation) et au moyen de contacts réguliers avec les professionnels (oraux, via le cahier de liaison, etc.). Les outils de la loi 2002-2 sont également transmis aux usagers et à leurs familles. Les comptes rendus de CVS sont envoyés à l'ensemble des familles.

■ Le droit à la protection

La gestion du paradoxe entre prise de risque et notion de sécurisation est inscrite dans le projet d'établissement. Le droit à la protection est assuré par plusieurs éléments : l'installation récente de clôtures entre les services MPM, pour créer un cadre plus contenant et sécurisant. L'échange oral d'informations sur les résidents hors réunions et espace dédié persiste.

■ Le droit à l'autonomie

Le droit à l'autonomie est effectif au FAM. Le maintien et la stimulation de l'autonomie constitue le fil rouge de l'accompagnement. Les résidents qui le peuvent participent aux tâches de la vie quotidienne (tâches ménagères dans leur chambre, aide au rangement après le repas...). Certains résidents autonomes disposent des clés de leur chambre, toutefois cela n'est possible que pour les chambres individuelles.

■ Le droit à l'intimité

Le personnel de l'établissement est soucieux du respect de l'intimité des personnes. Toutefois, la configuration des locaux ne permet pas de respecter pleinement le droit à l'intimité : chambres doubles, salles de bains collectives. Des paravents sont cependant installés pour favoriser l'intimité des résidents.

Le droit à la vie affective et sexuelle fait l'objet d'une réflexion au sein de l'instance éthique, récemment mis en place (2013), animée par le médecin généraliste autour de thèmes tels que : les difficultés relationnelles entre tuteurs et institution, la sexualité des PH. Certains intervenants sont invités (ex : juge des tutelles). Elle se réunit tous les 2 à trois mois et des groupes de travail sont organisés en parallèle. L'ensemble des métiers y est représenté.

La vie intime des personnes est favorisée avec, par exemple, la mise à disposition de lits doubles pour les couples. Certains dispositifs avec une plaque « ne pas déranger » ont été mis en place. Une vigilance est constante sur le consentement des personnes. La mission d'évaluation invite l'établissement à poursuivre sa réflexion et la formation des professionnels. Le sujet reste un questionnement permanent des équipes.

■ Le droit à la dignité

La dignité des usagers est préservée au FAM dans la limite des possibilités du bâti :

- Les propos et postures des professionnels, observés lors d'un temps de repas, sont respectueuses des usagers et de leur rythme ;
- L'attention portée aux temps de soins, à l'hygiène développée ci-dessus y concourt, de même que le salon bien-être/esthétique.
- De nombreuses évolutions ont été mises en place pour favoriser le respect de la dignité des personnes : éviter une distribution asilaire des médicaments, et éviter l'errance des résidents (division du service Tamarin en trois services Mer Plaine Montagne).

▪ Droit au respect des liens familiaux et amicaux

Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est effectif. Les familles et les proches peuvent se rendre sur l'établissement. Les familles sont associées à l'accompagnement de l'adulte par leur participation à l'élaboration du projet personnalisé. Un référent identifié est l'interlocuteur privilégié des familles.

Les familles sont conviées à différents moments festifs de l'établissement. Ils sont conviés ponctuellement à des sorties (pique-nique Grand Anse du service Hibiscus). Des cahiers de liaison entre l'institution et les familles sont en place sur deux services. Des visites des résidents au domicile des familles sont organisées par l'établissement (avec le concours de l'assistante de service social).

Les familles rencontrées par la mission d'évaluation soulignent l'évolution positive de l'établissement dans ses relations avec les familles. Toutefois, l'information sur la prise en charge et la communication avec les équipes de proximité pourraient être renforcées.

▪ Pratique religieuse et droits civiques

La pratique religieuse est respectée. L'accès y est facilité avec l'organisation de quatre messes dans l'année. Un accompagnement aux cérémonies (ex : temple tamoul) est réalisé pour les autres religions à la demande du résident ou des familles. Les différents régimes alimentaires sont respectés. En revanche, peu de choses sont mises en place concernant l'exercice des droits civiques des personnes.

3.6. La prévention et la gestion des risques

3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes

▪ La conformité des installations aux normes d'hygiène et de sécurité

Le FAM Les Cytises a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité en date du 19 avril 2011, et était en conformité avec la plupart des exigences légales en matières de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire. Une visite a été réalisée le 22 avril 2014 mais aucun procès-verbal n'a été transmis à l'établissement à date d'évaluation.

L'établissement dispose de deux registres de sécurité (un pour Hibiscus et un pour MPM). A titre d'information, le service Hibiscus est classé ERP de type J de quatrième catégorie et le service MPM est classé de type J de cinquième catégorie. Les prescriptions émises concernaient principalement la tenue et la mise à jour des registres de sécurité afférents et la nécessité de soumettre toute modification, extension ou aménagement à la Commission de Sécurité 3 mois avant tout début de travaux.

Les opérations de contrôle et de maintenance sont globalement réalisées sur la base des obligations légales et, pour la plupart, retracées dans le registre de sécurité : installations électriques, moyens de secours-extincteurs, systèmes d'alarme, SSI, désenfumage. Les bons d'interventions sont conservés comme éléments de preuve ;

La mission notera toutefois **une tenue hétérogène des registres de sécurité avec l'absence de certains contrôles réalisés** (ou tout du moins inscrits) dans chacun des registres. *Quelques exemples : absence de contrôle des systèmes de désenfumage pour Hibiscus entre 2003 et 2012 ; absence de vérification des moyens de secours (extincteurs, RIA) de MPM entre 2011 et 2014, etc.* Les contrôles des moyens de chauffage/climatisation sont réalisés tous les ans mais ne sont pas retracés dans les registres.

- **Les plans d'évacuation actualisés (hormis pour le service MPM) et consignes de sécurité sont affichés** à différents endroits de l'établissement ;
- **Tous les ans, le personnel est formé aux instructions et consignes d'évacuation en cas d'incendie** (contre deux fois par an selon la réglementation toutefois). A minima un exercice d'évacuation par an est organisé. ;
- **L'établissement dispose d'une convention d'enlèvement des DASRI** avec une société spécialisée ;
- **L'établissement dispose d'une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique.**
- **Une valise d'urgence** (dans le bloc bureau médical / salle de soins) a été mise à la disposition des intervenants ;

- **Un diagnostic amiante a été réalisé** et n'a révélé aucune trace d'amiante.

Quelques points d'amélioration sont identifiés :

- **La tenue des registres de chacun des services devra faire l'objet d'une plus grande rigueur et une meilleure gestion des contrôles de maintenance obligatoires devra être instaurée ;**
- **Mettre à jour les plans d'évaluation sur le service MPM ;**
- **L'établissement n'est pas conforme sur la prévention des légionnelles** : au moment de l'évaluation, les différentes mesures de prévention du risque d'apparition de la légionnelle dans les installations d'eau chaude ne sont pas réalisées. Il conviendra à l'établissement de se conformer aux obligations afférentes et de tracer les opérations réalisées dans un carnet sanitaire¹³ ;
- **Des formations « sauveteur-secouriste du travail » et des recyclages tous les 2 ans devront être réalisées** à destination des professionnels conformément aux dispositions légales ;
- **Réaliser un plan de continuité des activités pour les services du FAM précisant** « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »¹⁴ ;
- **Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie** (manipulation des extincteurs) deux fois par an ;
- **Réaliser un diagnostic d'accessibilité pour le FAM** conformément à la réglementation en vigueur.

■ La réalisation et le suivi de la maintenance

Les **activités de maintenance** sont coordonnées par un responsable travaux et sécurité au niveau du PHD.

Les **activités de maintenance sont assurées par deux agents** qui interviennent tous deux du lundi au vendredi.

Les **agents sont en charge de l'entretien courant et de la petite maintenance, les travaux plus importants étant sous-traités à des entreprises extérieures** (eau chaude sanitaire, téléphonie, plomberie, électricité ...). Dans ce dernier cas, ils sont en charge de coordonner les interventions, d'accompagner les techniciens dans la structure et de s'assurer de leur bonne traçabilité des opérations réalisées.

Les **demandes d'interventions aux agents sont réalisées principalement de façon orale, sinon dans un cahier de travaux prévu à cet effet permettant à tout professionnel d'y inscrire les demandes d'interventions**. Le circuit habituel est le suivant : les professionnels qui observent une anomalie la signalent au cadre de proximité qui la signale aux agents de maintenance. Le directeur est également informé.

Les **agents sont ainsi en charge des petites réparations qui sont nécessaires sur chacun des services du FAM** (entretien de la plomberie, réparation des portes ...) et qui sont ensuite tracées sur le cahier de travaux.

Il n'existe pas de temps formel dédié à la coordination des opérations de maintenance. Les échanges quotidiens semblent suffire.

Dans l'attente des travaux de restructuration engagés, la mission d'évaluation a pu observer des bâtiments relativement bien entretenus sur le plan technique, bien que soumis aux éléments qui accélèrent les dégradations (proximité immédiat de la mer, vent...). **Quelques remarques toutefois :**

- **Une coordination et un suivi des opérations de maintenance devront être instaurés** (par le cadre de proximité ou le futur directeur adjoint). Des réunions régulièrement permettront de prioriser les actions à réaliser et de responsabiliser davantage les agents sur certaines tâches (tenue des registres de sécurité et du carnet sanitaire aujourd'hui manquant).

¹³ Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude

¹⁴ Arrêté du 8 août 2005 modifiant l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 3113-12 du CASF

- **Des actions de formations axées sur les nouvelles normes de sécurité et les nouvelles techniques de maintenance pourront être assurées et mutualisées** avec d'autres agents polyvalents des structures du site.

- La continuité et la sécurité des interventions

La continuité et la sécurité des interventions sont assurées à travers :

- **Une présence téléphonique et physique et une permanence administrative en continu** : un accueil téléphonique assuré en journée de 8h à 15h du lundi au vendredi et le reste du temps par des professionnels qui sont en charge de la sécurité du site. Au niveau du FAM, une secrétaire assure le standard sur chaque établissement de 8h à 15h.
- Une astreinte de direction partagée et organisée entre les directeurs des structures du site ;
- **La tenue d'un cahier de liaison avec les familles**, qui permet une continuité entre les temps d'accueil au niveau de l'unité Arc-en-Ciel et le domicile des personnes accueillies ;
- **La présence de plusieurs IDE sur les services Hibiscus et MPM tous les jours de la semaine**. En cas d'urgence, les infirmières sont les premières à intervenir pour donner les premiers soins. Si nécessaire, elles s'en réfèrent aux médecins présents sur le PHD. En dehors de leurs horaires de présence, du fait de l'absence d'astreinte médicale, le SAMU est directement contacté ;
- Une gestion des remplacements structurée par une procédure de la fondation et adaptée au type d'établissement et aux catégories professionnelles concernées. Le principe est que les formations et délégations ne sont pas remplacées, sauf cas particulier, car il existe la possibilité de gérer en interne. Les absences non programmées sont remplacées ou non selon le poste, le groupe et la durée de l'absence.
- **La formalisation de procédures d'urgence est enclenchée** : décès, chute, crise convulsive, fausse route, épilepsie, alerte cyclonique...

Malgré ces différents dispositifs en place, un sentiment d'insécurité a été exprimé par quelques professionnels rencontrés pour gérer certaines situations d'urgence.

La mission pointe plusieurs axes d'amélioration :

- La formalisation de protocoles d'urgences est à poursuivre (risque infectieux, fugue ...). Certains documents existent mais nécessitent d'être actualisés (circuit du médicament notamment) ;
- La formation des salariés aux gestes de premiers secours (SST) est à mettre en place (formation initiale et recyclage en roulement) ;

- Le signalement, l'analyse et le traitement des risques à travers un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents

Il n'existe pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables. Lorsqu'un événement indésirable survient (chute, erreur de distribution de médicament, etc.), ils sont généralement inscrits sur le logiciel de soin PSI. S'ils ne sont pas formalisés, ils sont à minima signalés directement au responsable hiérarchique (cadre de proximité généralement), ou au directeur selon la gravité de l'événement.

La culture de l'oral est encore prédominante. Des registres de recueil des événements indésirables sont à disposition des professionnels au sein de chaque structure mais ne sont pas utilisés.

La mission relève ainsi plusieurs enjeux d'amélioration pour ce dispositif :

- **La culture du signalement est encore peu présente**, et la notion d'événement indésirable reste à préciser auprès des professionnels. Une formation est prévue à cet effet en décembre auprès de l'ensemble des professionnels. **Il conviendra d'insister sur l'importance de la formalisation et du signalement.**
- Une clarification devra être opérée afin que les événements indésirables et les situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) trouvent leur place dans les supports existants ou à créer (PSI, cahier de liaison, registre d'événement indésirable).
- **Le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents devra être organisé et formalisé** afin que chacun des acteurs puisse identifier les interlocuteurs et supports associés à chacun d'entre eux. Dans un second temps, il conviendra de mettre en place une analyse régulière de ces situations

(comité de suivi, CVS) et de traiter les données recueillies (actions à mettre en place au regard des causes responsables de l'apparition des incidents signalés).

3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Le PHD dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, en lien avec la médecine du travail. L'instance est commune aux structures suivantes : MAS, FAM, CEAP, SESSAD, SAMSAH.

La consultation de plusieurs PV de CHSCT montre que sont mis à l'ordre du jour des sujets prévus par les textes :

- Analyse des conditions de travail, et les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les professionnels de l'établissement ;
- Analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ;
- Contribution à la promotion et à la prévention des risques professionnels et formulation de propositions d'amélioration, notamment sur la base de fiches de constats remontées par les professionnels.

Le PHD a réalisé, en 2014, un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Il est établi par unité de travail (ASL, AS/AMP, cadre de proximité, Employés administratifs, infirmiers, ouvriers de services logistiques, rééducateurs) et liste pour chacune d'entre elles : les situations de travail, les dangers, les moyens de maîtrise ainsi que les risques et dommages associés. Sa révision est prévue annuellement au sein du CHSCT.

L'établissement a par ailleurs pris diverses mesures afin de prévenir l'usure professionnelle :

- **L'établissement est attentif sur le sujet des troubles musculo-squelettiques** et est doté d'équipements professionnels à cet égard. De même les professionnels ont bénéficié d'une formation autour des postures à adopter lors des transferts de personnes (manutention) ;
- **Des rappels ont été récemment réalisés autour de l'importance des équipements de protection individuelle (EPI) ;**
- **La fondation autorise la mobilité des salariés entre les structures.** Le principe est de ne pas imposer ces changements mais de les favoriser. Les salariés peuvent faire remonter leurs souhaits en la matière et proposer des changements entre professionnels volontaires ;
- **Les réflexions et travaux en cours au niveau de la fondation sur la thématique de la GPEC** qui devraient prochainement bénéficier à l'ensemble des structures ;
- **Un accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail a été conclu** entre le PHD et les Délégués syndicaux ;

Le développement de la culture du risque est amorcée et nécessitera d'être renforcée avec les professionnels.

- **Le dispositif d'analyse des pratiques professionnelles avec une intervenante extérieure devra être réactivé** afin de permettre aux équipes d'échanger librement avec une personne neutre sur des situations jugées complexes ;
- **La rotation entre les services d'une même structure n'est pas organisée.** Cette rotation pourrait être instituée, notamment au niveau du FAM, afin de lutter contre la sectorisation des pratiques, la pénibilité et le risque de perte de dynamique ;
- **La notion de risques psychosociaux devra être approfondie,** notamment lors de la prochaine mise à jour du DUERP ;
- **Le DUERP est identifié par les professionnels mais ils ne se sont pas saisis du document qu'ils jugent trop généraliste.** Il pourra être judicieux d'envisager un travail participatif avec les professionnels autour d'un DUERP par structure sur la base d'une trame commune à l'ensemble du PHD lors de sa prochaine révision ;
- **La réactivation des entretiens professionnels** sera nécessairement propice au recueil des souhaits de mobilité ou de rotation de chacun dans un cadre formalisé. **Les entretiens professionnels, qui étaient jusqu'à présent réalisés annuellement, ont été suspendus en 2014** dans le cadre d'une uniformisation des pratiques et de la négociation d'un accord d'entreprise au niveau de la Fondation Père Favron. La mission encourage la ré-institution d'entretiens comme une mesure utile pour faire un point annuel sur la situation et les objectifs de chaque salarié.

3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

■ La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

La culture de la bientraitance fait partie des valeurs fondatrices de la Fondation Père Favron et de nombreuses réflexions institutionnelles sont menées par l'établissement pour garantir son application. A date d'évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur l'établissement, notamment à travers notamment :

- La diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ;
- L'instauration d'une instance éthique propre au PHD qui se veut être un espace où la parole se libère. Actuellement, les réflexions portent sur la sexualité des personnes accueillies ;
- L'existence d'une procédure de signalement communiquée aux équipes. Les professionnels savent ce qu'ils ont à faire s'ils sont témoins d'une situation de malveillance ou de maltraitance.
- Des formations ponctuelles qui vont, soit directement concerner la bientraitance (Humanitude en 2013 et 2014) ou indirectement (soins esthétiques, améliorer son action éducative, gestion des violences ou TED ...);
- Les discussions et échanges en réunion, portant directement ou indirectement sur la bientraitance ;
- La mise en place de mesures concourant à la prévention de l'usure professionnelle (cf. ci-dessus) ;

Au-delà, **l'évaluation sur site a permis d'observer des discours, postures et attitudes des professionnels sont pleinement respectueux des usagers,** démontrant une dynamique de bientraitance ancrée dans les pratiques professionnelles.

De plus, certains aspects organisationnels et matériels sont favorables à la lutte contre la maltraitance : l'existence de nombreuses pièces vitrées, l'organisation des prises en charge sur des séquences courtes qui permettent le passage de relais, les nombreuses prises en charge en binôme professionnel, l'existence de nombreuses réunions qui permettent d'échanger sur les pratiques et éventuelles difficultés etc.

Si la dynamique de bientraitance est perceptible et réelle, **quelques points d'amélioration sont identifiés pour soutenir cette démarche :**

- **Poursuivre la réalisation des formations régulières sur le sujet de la bientraitance** (réactivation des formations sur l'Humanitude en 2015 comme prévu) et **évaluer les pratiques des professionnels ;**
- **Réaliser des rappels réguliers autour de l'obligation de signalement** auprès des équipes ;
- **Formaliser un document d'analyse des risques de maltraitance,** tant sur le volet des risques institutionnels (conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement, d'accompagnement) que sur le volet des risques liés aux personnes (vulnérabilités) ;

■ La mise en œuvre de l'obligation de signalement

Comme évoqué récemment, l'obligation de signalement est globalement connue par les professionnels mais sa mise en œuvre est perfectible. Les mêmes préconisations que celles concernant le signalement des événements indésirables peuvent être faites :

- **Une clarification des notions** de bientraitance/maltraitance/événement indésirable / information préoccupante est à opérer ;
- **La culture du signalement est à renforcer** et la procédure à rappeler (*obligation connue mais processus mal identifié ou non mis en œuvre de la part de certains professionnels rencontrés par la mission d'évaluation*) ;
- **Un rappel aux professionnels sur le régime de protection** entourant les signalements serait souhaitable ;
- De plus, **la procédure de signalement des actes de maltraitance pourrait être mentionnée dans les documents remis aux usagers** (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil).
- **Le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés (3977) devra être affiché** à différents endroits stratégiques des services de l'établissement ;

3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

3.7.1. L'inscription du service dans le territoire

■ Implantation territoriale et accessibilité

Le FAM est implanté en périphérie de St Pierre (ce qui lui garantit une bonne attractivité), dans la commune de Bois d'Olive et sur le site du Foyer Barbot. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat : CHU, Handiplage de St Pierre etc...

L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée (de nombreux panneaux indiquant le site du Foyer Barbot) semée dans le tissu urbain environnant.

Historiquement, le site du Foyer Albert Barbot est connu pour accueillir les personnes exclues de la société, et marqué par l'image d' « Hospice ». Un documentaire est en cours de production par la Société Remède, cofinancé par France Ô et KatoTV : il vise à retracer l'histoire du Père Favron, de la Réunion et des histoires singulières de résidents. Ce documentaire contribuera à la visibilité et notoriété de l'établissement.

■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'établissement est ouvert à et sur son environnement et facilite la venue, à l'intérieur de ses murs, de visiteurs extérieurs :

- La venue des familles est favorisée (cf. partie 3.5 L'effectivité des droits des usagers) ;
- L'accueil de nombreux stagiaires notamment via l'Ecole des Métiers d'Accompagnement de la Personne avec laquelle la Fondation a un partenariat depuis près de 10 ans. L'accueil des stagiaires est structuré avec la nomination d'un tuteur, le partenariat fait l'objet de réunions de bilan et l'EMAP participe au comité des fêtes du Pôle PHD ;
- La mise à disposition d'un bâtiment sur le site, pour une artiste peintre (résidence d'artiste) à proximité du service Hibiscus, et qui anime gracieusement certains temps d'activité ;
- L'organisation d'évènements professionnels: Journée de la Fondation, Journées orthopédiques organisées depuis 25 ans avec le service de chirurgie de l'Hôpital de Saint Pierre ;
- L'organisation d'évènements festifs (cf. ci-dessous).

D'autres partenariats sont en projet pour renforcer l'inclusion de l'établissement et du Pôle PHD :

- **Autour de la végétalisation** avec la Communauté de Communes des Villes du Sud, pour créer un sentier botanique au sein du site, ouvert 1 fois par semaine à l'extérieur ;
- **La création d'une esplanade festive** pour permettre à des artistes de se produire en ouvrant ces concerts aux personnes du site et aux habitants du Bois d'Olives.

L'établissement est également ouvert sur son environnement avec :

- L'organisation régulière de pique-nique, tradition fortement intégrée dans la culture réunionnaise ;
- Des partenariats et utilisation d'infrastructures de loisirs : Association Faim de conte, utilisation du Pass'Loisirs du Conseil Général ...L'atelier conte se déroule sur chaque service de MPM et est adapté aux capacités de personnes : le conte est présenté soit sous forme de spectacle, soit de devinettes pour faire travailler la mémoire d'une séance à l'autre ;
- Dans le domaine sanitaire avec une Charte signée récemment entre le CHU, la FEHAP et d'autres associations pour faciliter l'accès au soin des personnes handicapées (domaine dentaire et accueil aux urgences notamment).

Les partenariats sont majoritairement formalisés, à l'exception de ceux avec le secteur sanitaire.

La dynamique d'ouverture, dans laquelle s'inscrit l'établissement, est satisfaisante. Plusieurs projets sont en cours pour accroître cette ouverture. L'ensemble d'établissements sur le site du Foyer Albert Barbot permet de disposer de nombreuses ressources mutualisées (piscine, esplanade festive, etc...) mais peut paraître enclavé. Plusieurs projets pour développer l'ouverture du FAM sont en cours : travail sur l'ouverture des services MPM autour des repères dans l'espace et des saisons, projet de séjours vacances entre les résidents des différents FAM de l'île (avec l'APAJH notamment). **La mission d'évaluation invite l'établissement à poursuivre son travail d'ouverture à et sur l'environnement.**

Temps d'observation : Fête de grand-mère Kal

La mission d'évaluation a pu assister à un temps fort de la vie institutionnelle du Pôle Handicap et Dépendance : la fête de Grand-mère Kall pour Halloween.

Cette fête a réuni l'ensemble des établissements du Pôle Handicap et Dépendance (CEAP, MAS, FAM, SESSAD) ainsi que le Foyer Occupationnel qui a accueilli l'évènement sur son parking.

De nombreux stands de type Kermesse, permettaient aux usagers de se divertir avec des supports adaptés utilisant les 5 sens (notamment le toucher), de nombreux professionnels étaient déguisés, et les usagers vêtus de vêtements colorés.

Une installation musicale (enceintes etc..) avec l'animation d'un DJ (agent salarié du Pôle) étaient au rendez-vous.

Un repas spécifique avait été préparé pour le déjeuner et un camion de glace-crêpes était présent.

La fête a réuni près de 500 personnes.

Des tentes étaient montées pour protéger les usagers du soleil, et une partie était installée sous les arbres.

L'évènement s'est déroulé dans une ambiance festive et très conviviale. La mission d'évaluation salue l'organisation d'un tel évènement, créateur de lien entre les établissements et dont l'organisation logistique est importante.

3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement

▪ Les usagers

La mission d'évaluation a rencontré quatre usagers de l'établissement. **Les usagers sont globalement satisfaits de l'accompagnement au FAM.** Certains résident au FAM depuis de nombreuses années et y ont grandi, « ici, c'est ma maison ».

Plusieurs ont souligné l'importance d'avoir une chambre individuelle, notamment pour les soins. Le référent est une personne identifiée par les résidents. Les résidents sont en demande d'ouverture à et sur l'extérieur et de davantage de sorties. Un résident a pu avoir accès à un ordinateur et au réseau internet, son projet personnalisé prévoit l'ouverture d'un compte Facebook. Un résident auparavant accompagné au niveau du SAMSAH a souligné la possibilité de pouvoir participer encore aux activités du SAMSAH.

▪ Les familles

Les parents rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont exprimé leur satisfaction quant à l'accompagnement proposé. Ils mettent en avant l'ouverture de l'institution (libre circulation), la transparence, l'organisation, le professionnalisme et l'écoute du personnel. Les familles soulignent un manque de personnel de nuit. La connaissance de la démarche de projet personnalisé est variable selon les familles interrogées. Un parent a mentionné une erreur médicamenteuse qui a entraîné l'hospitalisation de son proche. Les sorties pourraient être davantage développées ainsi que l'information des familles.

▪ Les partenaires

Les trois partenaires contactés se disent tous satisfaits de leur collaboration avec le FAM Les Cytises. Ce sont des partenariats pérennes et en grande majorité conventionnés.

Les partenaires parlent d'une équipe accueillante et réactive. Ils indiquent tous bénéficier de nombreux échanges avec le FAM qui se rend disponible dès qu'il est nécessaire.

Ils évoquent également un grand professionnalisme des équipes qui acceptent volontiers de former des stagiaires, toutefois, certains partenaires indiquent :

- Qu'une amélioration peut être réalisée dans la formation au tutorat des professionnels référents des stagiaires.
- De plus, un partenaire indique qu'il est également nécessaire de faire des réunions de bilan avec les partenaires culturels dans une dynamique d'amélioration du partenariat.

3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

■ Le recrutement

La politique de recrutement des professionnels est structurée et définie par le siège de la Fondation Père Favron dans une procédure formalisée en 2012. Une Responsable des Ressources Humaines intervient sur la thématique et coordonne la politique du siège sur les sujets transversaux (recrutement, GPEC, mobilité, etc.).

La procédure prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : expression et définition des besoins au regard notamment de l'évolution des adultes accompagnés (vus par le directeurs et les chefs de service) et écriture d'un profil de poste, gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection), sélection et confirmation du candidat retenu. Les entretiens de recrutement peuvent avoir lieu soit individuellement, soit collectivement. Ce choix est tranché avec la RH en fonction des postes à pourvoir. Certains postes (postes encadrants) nécessitent un entretien avec la Direction et des membres du Sièges de la Fondation.

En ce qui concerne les CDD, le directeur de l'établissement est en charge de la signature du contrat. Le FAM dispose d'un vivier de remplaçants identifiés, qui peuvent se rendre disponibles le jour même en cas d'absence. La direction du pôle réfléchit actuellement à la mise en place d'un « personnel volant » sur le PHD afin d'assurer les remplacements à l'avenir.

A date d'évaluation, tous les postes du FAM étaient pourvus. **Le pôle rencontrait toutefois quelques problématiques de recrutement** pour :

- Les kinésithérapeutes ;
- Les orthophonistes.

■ L'accueil des nouveaux salariés

L'accueil des nouveaux salariés est en cours de structuration et se décline au travers de plusieurs modalités :

- Tout nouveau salarié bénéficie, à son arrivée, d'une **visite des locaux et d'une présentation des équipes** ;
- **Un livret d'accueil du nouveau salarié** vient d'être finalisé au sein de la Fondation et sera distribué à l'ensemble des professionnels afin de diffuser une culture commune au sein de ses établissements. Ce document dispose de deux parties, une sur la Fondation, une sur l'établissement. Au niveau Fondation, le livret présente par exemple l'histoire et les valeurs de la Fondation, les missions du siège social et des établissements, les documents applicables pour les salariés (convention collective 51, règlement intérieur, accords d'entreprise), les IRP, la politique sociale de la Fondation et des informations pratiques (précautions standards, congés, questionnaire de satisfaction...). Un questionnaire de satisfaction sur l'accueil du salarié fait également partie de ce livret d'accueil ;
- **Des procédures d'accueil ont été formalisées** et vont encadrer et unifier ces éléments sur l'ensemble de la Fondation ;
- **Un nouveau temps d'accueil des salariés va être mis en œuvre au niveau de la Fondation** : une matinée d'accueil de tous les nouveaux salariés sera organisée avec une présentation des valeurs et des missions ainsi que la distribution du livret d'accueil et des documents de la Fondation. La première matinée d'accueil de ce type s'est tenue en octobre 2014.
- **Chaque nouveau salarié** bénéficie de l'accompagnement d'un pair ou de son cadre de proximité.
- **Des points d'étape sont réalisés par la hiérarchie** : par le Directeur pour les cadres, par cadres de proximité pour les non-cadres.

La mission d'évaluation souligne l'effort réalisé pour structurer ce temps.

■ La formation et l'adaptation des compétences

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

Un plan de formation annuel est établi chaque année par la Direction, sur la base d'orientations posées par la Fondation et en lien avec la commission de formation du pôle.

Cette commission de formation de toutes les structures du pôle se réunit à partir du mois d'août pour la construction et l'élaboration du plan de formation. Elle étudie les demandes transmises par courrier par les salariés, et les met en relation avec les formations réglementaires (sécurité incendie, manutention, etc.). A partir du mois de février jusqu'au mois d'août, elle se réunit ensuite pour le suivi du plan de formation de l'année en cours.

Deux points d'attention toutefois :

- Le processus de recueil des besoins et souhaits de formation des professionnels n'est pas structuré par une procédure ;
- Si le pôle avait pour habitude de solliciter les professionnels sur leurs besoins lors des entretiens professionnels d'évaluation, ces derniers ont été gelés pour l'année 2013-2014.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

L'offre de formation est globalement en adéquation avec les besoins identifiés au niveau du pôle et plus spécifiquement au niveau du FAM.

L'examen du plan de formation réalisé 2013 montre une réelle volonté de professionnaliser les équipes et d'adapter continuellement leurs pratiques aux accompagnements nécessités par les adultes accueillis. Les formations les plus importantes dont ont bénéficié les professionnels du FAM ont concerné : *l'utilisation du PSI, les modalités d'accompagnement en institution, la conception des projets personnalisés, les techniques d'ergonomie et de maniement des personnes, les violences et les troubles du comportement, etc ...* Par ailleurs, **des formations mutualisées au niveau du PHD ont été réalisées**, en lien avec l'accompagnement des usagers autistes.

L'examen du plan de formation 2014 montre que **l'accent a été mis au niveau du pôle sur une palette de formations diversifiées** (liste non exhaustive) :

- L'usure professionnelle : perte de sens et de repères professionnels (MAS, CEAP, FAM);
- La formation des agents des services logistiques (MAS, CEAP, FAM) ;
- L'accompagnement des professionnels autour des situations de violence (FAM) ;
- Humanité (MAS, FAM) ;
- Prévention des situations difficiles (FAM) ;
- Stimulation basale (CEAP) ;
- Sensibilisation à l'accueil temporaire (CEAP) ;

Les orientations identifiées pour les trois prochaines années par la Fondation (orientations stratégiques du plan de formation de la Fondation) sont pertinentes. La Fondation identifie ainsi des orientations concernant l'encadrement (conduite des entretiens professionnels et d'évaluation, gestion des événements indésirables), pour les professionnels (emplois aidés, ouvriers référents du SPT ; formation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ; mise en œuvre du plan autisme ; travailler le rôle et la place des familles, etc.) ou pour l'efficacité des instances de participation (formation des représentants des usagers et des présidents des CVS).

En définitive, les formations proposées et à venir paraissent répondre aux besoins et aux axes stratégiques de la Fondation et du service. La mission d'évaluation attire toutefois l'attention du FAM sur plusieurs éléments :

- Certains professionnels ont dit souhaiter bénéficier de formations propres à leur cœur de métier, et non groupées sur des thématiques globales ;
- La localisation du PHD sur une île complexifie le recours à des formateurs, compte tenu en particulier des populations spécifiques (polyhandicapés, etc.) accueillies sur site.

■ **La promotion de la mobilité**

Une réflexion sur la mobilité des agents est en cours dans le cadre des travaux autour de la GPEC. Celle-ci n'est pas formellement instituée, mais possible notamment du fait des ouvertures de groupes éducatifs en lien avec l'évolution du projet (groupe classes externalisée, villa etc.). **Pour autant, tous les postes proposés en CDI sont diffusés en interne**, et la DG veille à ce que toutes les candidatures internes soient examinées. Par ailleurs, les

salariés qui souhaitent une mobilité sont régulièrement invités à se manifester auprès de la DRH. Cependant, certaines fonctions ne sont dès lors pas concernées (postes administratifs, IDE, chauffeurs...) et plutôt accompagnées dans des évolutions de responsabilités.

La mission d'évaluation encourage à poursuivre la réflexion autour de la mobilité comme un moyen de lutter contre l'usure professionnelle.

▪ **La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)**

Une politique de GPEC est initiée depuis 2014 par le service Ressources Humaines de la Fondation. A la date de l'évaluation, plusieurs éléments de GPEC sont en place :

- Un travail de réactualisation des fiches de postes vient d'être finalisé au niveau du siège et ces dernières seront prochainement diffusées dans les établissements ;
- Le service RH de la Fondation élabore chaque année un bilan social qui reprend les différentes thématiques RH (formations, pyramide des âges, absentéisme...), sur la base des informations des établissements ;
- Un accord senior vient d'être signé. Sa mise en œuvre est en cours de définition au niveau de la Fondation ;
- La Fondation procède au recensement des départs en retraite et procède à des simulations à 5 ans.

3.8.2. Organisation et management

L'organisation du pôle handicap et dépendance est structurée. Plusieurs éléments y concourent : un organigramme a été réalisé ; les documents uniques de délégation (DUD) du directeur aux cadres de proximité sont en place et les fiches de poste réalisées par la Fondation sont adaptées à la structure.

Les temps managériaux sont suffisamment nombreux et efficaces pour permettre la coordination des professionnels, au sein du pôle, et entre le pôle et la Fondation. Au sein du pôle, la coordination se fait ainsi notamment à travers (*liste non exhaustive*) :

- Lors des réunions de direction, (directeur et cadres de proximité), une fois par semaine (une réunion de coordination avec les cadres de proximité le mardi matin et une fois par mois les médecins y participent). Des questions transversales y sont évoquées, soit sur le PHD, soit sur la Fondation.
- Tous les lundis matins une réunion structure par structure des cadres de proximité en individuel avec le directeur est organisée, sur des sujets opérationnels (astreintes, événements du week-end, etc.) ;
- Lors des réunions trimestrielles réalisées avec les médecins ;
- Les réunions administratives, dont notamment une réunion le lundi matin tous les 15 jours d'un cadre des ressources humaines et du cadre responsable administratif et financier.

Au niveau de la Fondation :

- Une réunion de Direction a lieu une fois par mois avec l'ensemble des directeurs, directeurs-adjoints et cadres du siège ;
- Une revue, *Messages*, est diffusée tous les deux mois. Elle permet aux salariés d'être informés des événements et projets de la Fondation.

Au global, la mission note donc que l'organisation et le management sont satisfaisants. Toutefois, quelques éléments peuvent être signalés :

- Toutes les réunions de Direction ne font pas systématiquement l'objet de comptes rendus permettant une diffusion large et l'appropriation, par tous, de ces éléments ;
- La pratique des entretiens professionnels et d'évaluation n'est plus effective. Ces derniers ont été gelés pour permettre leur réorganisation et redéfinition par la Fondation, dans le cadre d'un accord GPEC. La très grande majorité des professionnels et de l'encadrement ont regretté cela, évoquant les bénéfices de ces entretiens : valorisation des compétences, définition d'objectifs d'amélioration pour les professionnels, etc.

4. Synthèse de l'évaluation externe

4.1. Introduction

4.1.1. La démarche d'évaluation interne

Les structures du PHD ont réalisé leur évaluation interne au cours du premier trimestre de l'année 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur (EFFICIO). L'occasion alors d'établir un bilan précis de la situation de chacune des structures vis-à-vis des points attendus de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il a été fait le choix, au niveau de la Fondation Père Favron, d'utiliser le même référentiel PERICLES (logiciel de l'ANCREAI), qui couvre bien l'ensemble des champs réglementaires et ceux recommandés par l'ANESM. Toutefois, certains aménagements ont été faits par le cabinet conseil dans ce référentiel, afin d'approfondir davantage l'analyse des causes des problèmes posés. Les sous-thèmes du référentiel EFFICIO ont été reclassés selon les 13 plans du référentiel PERICLES.

Le souhait de la direction était que cette démarche soit la plus participative possible en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles de chaque structure. **Des associations judiciaires et organismes de tutelle représentants des usagers** ont, en revanche, été interviewés. Des entretiens individuels ont également été menés avec quelques partenaires logistiques (notamment la société de transport). **Les usagers n'ont, quant à eux, pas directement été associés à la démarche.**

La démarche d'évaluation a donc été conduite dans un bon respect du cadre réglementaire et les recommandations de bonnes pratiques ANESM ont été très bien suivies.

Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation externe ont mis en avant plusieurs atouts qui ont été à l'origine d'une nouvelle dynamique : l'objectivité de la démarche favorisée par l'intervention d'un prestataire et la prise de conscience de l'hétérogénéité des pratiques au sein des structures du PHD.

L'évaluation interne a rempli l'essentiel de ses objectifs. Une nuance a été toutefois évoquée : L'utilisation de phrases-témoins associées aux catégories professionnelles dans la restitution du diagnostic de l'évaluation interne a été perçue comme stigmatisante de la part de certains professionnels qui auraient souhaité un anonymat plus renforcé ; l'implication des usagers sera à rechercher davantage autour de formes de participations adaptées à leurs capacités ; l'implication des familles et des partenaires pourra être davantage recherchée lors de la prochaine évaluation interne.

Le rapport d'évaluation interne met en évidence la démarche, la méthode (thématiques du référentiel, calendrier, acteurs mobilisés...), les résultats (sous la forme d'une répartition des phrases-témoins en atouts ou faiblesses classées selon les thématiques du référentiel). En annexe figure le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) qui, pour chaque écart ou faiblesse constaté, précise les modalités d'amélioration à mettre en œuvre par structure. **Ce PPP se présente comme un outil de pilotage.**

Les outils déployés se veulent opérationnels et au service d'un questionnement évaluatif pérenne mais certains nécessiteront d'être repensés pour garantir leur utilisation et leur appropriation par les professionnels. Toutefois, des enjeux ont été repérés tels que la mise en place d'indicateurs de suivi pour l'évaluation interne comme recommandés par l'ANESM, optimiser la visibilité du PPP.

La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne (et du projet d'établissement) **est réalisée par un comité de suivi.** Ce comité de suivi, regroupant une trentaine de personnes représentatives des différentes structures et catégories professionnelles du PHD, a pour mission principale de réaliser des points d'étapes semestriels pour garantir le suivi des objectifs et actions définis dans chacune des démarches précédemment citées.

Le pilotage de la démarche qualité est réalisé par le comité de suivi. L'action du comité de suivi de l'évaluation interne est centrée autour du suivi du PPP. Il sera également missionné sur le suivi de l'évaluation externe.

La satisfaction des usagers est au cœur des préoccupations du PHD et passe par plusieurs canaux tels que l'implication des familles et des usagers dans la démarche projet individualisé, mise en œuvre d'un CVS, etc...

Le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations sont structurés. L'établissement reçoit très peu de plaintes et est attentif à recherche de solutions adaptées aux demandes et besoins exprimés par les usagers et des familles. Le FAM, de par le détachement géographique du service Hibiscus et du service Tamarin, dispose de deux registres, disponibles au niveau des secrétariats de chacun des services. **Pour autant, la culture de l'oral est inscrite historiquement dans les habitudes de chacun et ce support n'est pas ou peu utilisé.**

Chaque structure dispose d'un guide des procédures. Les documents qualité qui le composent sont, pour la grande majorité, transversaux à l'ensemble des structures du PHD et sont complétés au besoin par des notes de services.

4.1.2. Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Anesm

Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique et au format papier sur chaque service.

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet individualisé etc.) et des rappels annuels sont réalisés par les cadres de proximité auprès de l'ensemble de l'équipe. Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

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

Le FAM Les Cytises dispose d'un projet d'établissement élaboré pour la période 2012-2016. Ce projet vient s'inscrire dans la continuité du projet précédent (2007-2011), motivé par la nécessité de repenser et de réexpliquer les nouvelles orientations en lien avec les évolutions stratégiques qui se dessinent.

Pour garantir l'homogénéité avec les autres structures du PHD et la neutralité de la démarche, le choix a été opéré de faire appel à un prestataire externe (EFFICIO).

L'élaboration du projet s'est étalée de début 2012 à mars 2013. La représentativité de toutes les structures et catégories socio-professionnelles concernées a ainsi été recherchée tout au long de la démarche pour garantir la participation de l'ensemble des acteurs à cette réflexion de fond.

A ce titre, la démarche a été conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Quelques enjeux sont toutefois repérés : impliquer davantage les partenaires ainsi que les usagers et leurs familles.

Le projet est en conformité avec les obligations légales découlant de la loi du 2 janvier 2002. Il intègre en effet un descriptif des activités, les modalités de coopération/partenariat (conventions), les modalités d'évaluation des activités.

Le plan est pertinent et logique et permet une bonne progressivité dans la lecture, les éléments se déclinant du plus général (valeurs et projet de l'organisme gestionnaire) vers le plus spécifique.

Le projet d'établissement est en cohérence avec les missions des FAM , qu'il décline en modalités concrètes d'accompagnement, notamment en matière d'accueil par petits groupes au sein d'unités de vie, d'actions socio-éducatives favorisant l'expression et le développement des potentialités par une stimulation adaptée, ou d'accompagnement médical.

La composition de l'équipe répond en grande partie aux exigences réglementaires relatives aux FAM-MAS-SAMSAH¹⁵ : il s'agit bien d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, socio-éducatif, de rééducation et de réadaptation.

Le projet du FAM Les Cytises rappelle les textes de référence qui régissent le cadre d'intervention.

L'établissement s'inscrit dans dynamique d'adaptation et d'anticipation constante aux besoins.

¹⁵ Cf. CASF, art. D. 344-5-13.

Les ressources humaines sont globalement satisfaisantes, tant en termes de compétences que de qualification. Toutefois, l'établissement déplore une insuffisance d'effectifs sur le volet éducatif.

Toutefois, des enjeux ont été identifiés : une réflexion doit être menée sur l'amélioration de l'offre de services pour une logique plus contributive de l'accompagnement ; la synergie à mettre en place entre les services MPM ; la poursuite des actions visant à favoriser l'inclusion sociale des usagers ; le renforcement de la dynamique partenariale du FAM et, plus globalement, du PHD.

Un plan de formation annuel est établi chaque année par la Direction, sur la base d'orientations posées par la Fondation et en lien avec la commission de formation du pôle. Cette commission de formation de toutes les structures du pôle se réunit à partir du mois d'août pour la construction et l'élaboration du plan de formation. L'offre de formation est globalement en adéquation avec les besoins identifiés au niveau du pôle et plus spécifiquement au niveau du FAM. L'examen du plan de formation réalisé 2013 montre une réelle volonté de professionnaliser les équipes et d'adapter continuellement leurs pratiques aux accompagnements nécessités par les jeunes accueillis.

L'accueil des nouveaux salariés est en cours de structuration et se décline au travers de plusieurs modalités (visite des locaux et présentation des équipes, livret d'accueil du nouveau salarié, formalisation de procédure d'accueil, un temps d'accueil à la Fondation, un accompagnement par les pairs organisé et des points d'étape réalisés par la hiérarchie.)

Le PHD dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, en lien avec la médecine du travail. L'instance est commune aux structures suivantes : MAS, FAM, CEAP, SESSAD, SAMSAH. La consultation de plusieurs PV de CHSCT montre que sont mis à l'ordre du jour des sujets prévus par les textes. Le PHD a réalisé, en 2014, un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Il est établi par unité de travail. L'établissement a par ailleurs pris diverses mesures afin de prévenir l'usure professionnelle (matériels adaptés pour prévenir les risques d'usures professionnelles, promotion de la mobilité...).

L'accompagnement proposé par le FAM Les Cytises est globalement structuré, coordonné et adapté aux besoins du public.

Sur l'accompagnement somatique, le pôle thérapeutique du FAM dispose d'une large équipe pluri-professionnelle. Les médecins assurent au sein de l'établissement une mission de médecin traitant pour l'ensemble des résidents. Il n'y a pas de libre choix du médecin par les résidents et familles. Une visite médicale est systématiquement assurée par les médecins généralistes la semaine précédant la réunion de projet personnalisé. **Chaque résident dispose d'un plan de soin individualisé, formalisé au sein du logiciel PSI. Plusieurs protocoles sont formalisés.** Un protocole sur l'évaluation de la douleur est en place (échelles DOLOPLUS et EVA, grilles enregistrées dans PSI). Des alternatives à la prise en charge médicamenteuse de la douleur sont mises en place : temps d'écoute, massages...

Sur l'accompagnement psychologique, **l'établissement dispose d'un psychologue clinicienne à 0,8 ETP** depuis 2009. Elle intervient exclusivement au niveau du FAM et concentre ses missions autour des usagers, des familles et des professionnels. Partie intégrante de l'équipe d'encadrement, elle intervient beaucoup auprès des équipes afin de leur apporter son regard et son expertise sur les situations rencontrées. Elle se tient également à disposition auprès des familles et est en mesure de les rencontrer sur demande pour évoquer les difficultés qu'elles peuvent rencontrer avec leur proche.

Sur l'accompagnement rééducatif, l'accompagnement rééducatif est assuré par une équipe constituée d'un kinésithérapeute, d'une ergothérapeute, d'un ergothérapeute, de deux psychomotriciens et d'une orthophoniste. **La coordination des interventions des rééducateurs est globalement structurée ;**

Sur l'accompagnement à la vie quotidienne, il est réalisé par une équipe de proximité composée d'AMP et d'AS. Les habitudes de vie et les rythmes sont respectés et un maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne est recherché.

Sur l'accompagnement socio-éducatif, les effectifs éducatifs sont répartis en fonction des profils des publics accueillis. Chaque service dispose de personnel éducatif, un moniteur éducateur a très récemment été positionné sur le service Hibiscus, en plus de l'AMP dédié aux activités et à l'animation.

Sur l'accompagnement social, l'accompagnement social est assuré par une assistante de service social (0,75 ETP). Elle a pour mission principale le maintien du lien familial. Elle joue un rôle central dans l'admission et la réorientation ainsi que dans l'accompagnement et la relation avec les familles.

Des outils ont été instaurés pour permettre la transmission des informations : réunions de groupes; temps de transmission ; dossier de l'utilisateur.

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

Le FAM est implanté en périphérie de St Pierre (ce qui lui garantit une bonne attractivité), dans la commune de Bois d'Olive et sur le site du Foyer Barbot. L'établissement s'inscrit bien dans son environnement immédiat : CHU, Handiplage de St Pierre etc... L'établissement est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée (de nombreux panneaux indiquant le site du Foyer Barbot) semée dans le tissu urbain environnant.

L'établissement est ouvert à et sur son environnement et facilite la venue, à l'intérieur de ses murs, de visiteurs extérieurs : la venue des familles est favorisée ; l'accueil de nombreux stagiaires ; la mise à disposition d'un bâtiment sur le site ; l'organisation d'événements professionnels, l'organisation d'événements festifs.

D'autres partenariats sont en projet pour renforcer l'inclusion de l'établissement et du Pôle PHD : autour de la végétalisation avec la Communauté de Communes des Villes du Sud ainsi sur la création d'une esplanade festive pour permettre à des artistes de se produire en ouvrant ces concerts aux personnes du site et aux habitants du Bois d'Olives.

L'établissement est également ouvert sur son environnement avec : l'organisation régulière de pique-nique ; Divers partenariats sont effectifs avec les entités suivantes : association Faim de conte, utilisation du Pass'Loisirs du Conseil Général ...L'atelier conte se déroule sur chaque service de MPM et est adapté aux capacités de personnes : le conte est présenté soit sous forme de spectacle, soit de devinettes pour faire travailler la mémoire d'une séance à l'autre ;

Dans le domaine sanitaire avec une Charte signée récemment entre le CHU, la FEHAP et d'autres associations pour faciliter l'accès au soin des personnes handicapées (domaine dentaire et accueil aux urgences notamment).

Les partenariats sont majoritairement formalisés, à l'exception de ceux avec le secteur sanitaire. La dynamique d'ouverture, dans laquelle s'inscrit l'établissement, est satisfaisante tout en étant perfectible.

4.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

La démarche de projets individualisés est effective et constitue un point fort de l'institution. Chaque usager dispose d'un projet individualisé élaboré et formalisé sur un format type, commun à tous les établissements et services du Pôle Handicap et Dépendance.

La démarche a été structurée et répond aux attendus légaux, règlementaires ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. La procédure d'élaboration est formalisée au sein d'un schéma intégré à la trame de projet personnalisé. Le projet est annexé sur le logiciel PSI depuis 2014. L'élaboration du projet est structurée.

Une association des familles et de l'utilisateur tout au long du processus d'élaboration est réalisée dans une logique de co-construction du projet.

Une concertation pluridisciplinaire est organisée lors de différents temps de réunion dont la réunion de pré-projet, animée par le cadre de proximité où l'équipe fait le point sur les différents comptes rendus et proposition d'objectifs.

La mission d'évaluation note que le contenu du projet personnalisé est particulièrement pertinent et souligne la définition d'objectifs communs et pluridisciplinaires.

Une planification annuelle des projets a été mise en place récemment. Le suivi est organisé grâce à un planning tenu par le cadre de proximité. Un projet peut également être révisé infra-annuellement lorsque la situation d'un jeune le nécessite particulièrement. Le logiciel PSI a été spécifiquement adapté au secteur du handicap, c'est un outil investi par les équipes qui permet de suivre les objectifs du projet personnalisé de chaque jeune.

Le CVS, établi pour l'ensemble du FAM, fonctionne en conformité avec son cadre légal. Le fonctionnement du CVS est donc pleinement effectif.

D'autres modalités de participation et d'expression des usagers ont été mises en place : un groupe de parole ou encore une réunion consacrée aux résidents.

4.5. La garantie des droits et la politique de prévention des risques

Les outils de la loi 2002-2 existent et sont effectifs : un livret d'accueil est formalisé en fonction du service, la charte des droits et libertés est affichée, les contrats de séjour sont signés, le règlement de fonctionnement existe et est remis, la personne qualifiée est évoquée dans le règlement de fonctionnement.

Le personnel de l'établissement est soucieux du respect de l'intimité des personnes. Toutefois, la configuration des locaux ne permet pas de respecter pleinement le droit à l'intimité : chambres doubles, salles de bains collectives.

Le droit à la vie affective et sexuelle fait l'objet d'une réflexion au sein de l'instance éthique, récemment mise en place (2013), animée par le médecin généraliste autour de thèmes tels que : les difficultés relationnelles entre tuteurs et institution, la sexualité des PH.

Le droit à l'autonomie est effectif au FAM. Le maintien et la stimulation de l'autonomie constitue le fil rouge de l'accompagnement. Les résidents qui le peuvent participent aux tâches de la vie quotidienne.

Le FAM Les Cytises a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité en date du 19 avril 2011, et était en conformité avec la plupart des exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

Les activités de maintenance sont coordonnées par un responsable travaux et sécurité au niveau du PHD. Les activités de maintenance sont assurées par deux agents qui interviennent tous deux du lundi au vendredi. Les agents sont en charge de l'entretien courant et de la petite maintenance, les travaux plus importants étant sous-traités à des entreprises extérieures. La continuité et la sécurité des interventions sont assurées.

L'obligation de signalement est globalement connue par les professionnels mais sa mise en œuvre est perfectible.

La culture de la bientraitance fait partie des valeurs fondatrices de la Fondation Père Favron et de nombreuses réflexions institutionnelles sont menées par l'établissement pour garantir son application. A date d'évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur l'établissement.

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une évaluation menée début 2012 avec l'appui d'un organisme extérieur pour garantir la neutralité de la démarche ▪ L'utilisation et l'adaptation d'un référentiel qui répond aux obligations réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques actuelles ▪ Une dimension participative importante marquée tout au long de la démarche ▪ L'association de quelques familles d'utilisateurs ▪ Des entretiens menés avec quelques partenaires locaux ▪ Une restitution générale des résultats à l'ensemble des acteurs institutionnels ▪ Un rapport qui met en évidence les atouts et points de progrès de la structure au regard des thématiques à évaluer ▪ La mise en place d'un plan pluriannuel de progrès (PPP) qui se présente comme un outil de pilotage complet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'indicateur de suivi pour faciliter le pilotage du suivi. ▪ Des outils de suivi complexes à utiliser et à appréhender pour les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articuler de façon plus intuitive les objectifs et orientations du projet d'établissement avec les actions d'amélioration issues de l'évaluation interne ▪ Rendre plus lisible la priorisation des axes, objectifs ou actions poursuivies ▪ Rédiger des fiches actions détaillant les modalités de mise en œuvre des objectifs opérationnels ▪ Mettre en place des indicateurs de suivi ▪ Réaliser un PPP par structure pour rendre plus lisible le niveau d'avancement de chacun et faciliter sa lecture et son appropriation par les équipes
Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise en place d'un comité de suivi avec des représentants de toutes les structures et catégories professionnelles qui se réunissent semestriellement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les travaux du comité de suivi sont mal identifiés par les équipes ▪ Des missions trop vastes qui ne facilitent pas la mise en œuvre des actions prévues 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser une communication régulière sur les actions menées par le comité de suivi ▪ Associer les professionnels à des réflexions plus pratico-pratiques autour, par exemple, de

			<p>l'élaboration de fiches-actions opérationnelles pour chaque structure</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire évoluer l'instance que représente l'actuel comité de suivi vers un rôle de coordination ; ▪ Etendre les missions du comité de suivi au-delà des suites de l'évaluation interne
<p>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche qualité émergente, qui se structure progressivement et de façon participative. ▪ Des documents qualité accessibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une coordination dispersée de la démarche qualité ▪ Il n'existe pas d'enquête de satisfaction familles ou usagers ▪ Une culture de l'oral très ancrée qui ne favorise pas l'utilisation des moyens de recueil des plaintes et réclamations en place. ▪ Des documents qualité peu consultés et peu appropriés par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une instance intermédiaire pour relayer, par structure, les orientations définies par le comité de suivi ▪ Mettre en place une enquête de satisfaction à destination des familles et des moyens adaptés de recueil de satisfaction à l'égard des usagers. ▪ Formaliser une procédure de gestion des plaintes et réclamations et sensibiliser régulièrement les personnes à l'utilisation des supports existants et prévoir l'analyse et le traitement de ces données ▪ Repenser la gestion documentaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre plus spécifiques certains documents qualifiés trop généraux ○ Définir le circuit documentaire ○ Redéfinir la terminologie des documents qualité ○ Associer les professionnels à l'élaboration des documents ▪ Evaluer la connaissance et l'application des procédures

5.2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Les modalités d'appropriation des RBPP	<ul style="list-style-type: none"> Des RBPP identifiées par les équipes et rappelées régulièrement en réunions L'accessibilité des synthèses des RBPP sur la borne numérique 		<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail d'appropriation des RBPP par les professionnels et leur utilisation dans les réflexions structurantes de l'établissement.
La mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation des RBPP dans les récentes démarches réalisées (PE, EI, PAI ...) 		

5.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Un projet d'établissement valable pour la période 2012-2016 Une rédaction participative, accompagné par un cabinet spécialisé L'approbation du projet par le CVS, son adoption par le CA de la Fondation en mars 2013 Un projet globalement conforme à la réglementation et aux RBPP de l'Anesm en termes de contenu, dont le plan est pertinent Sa présentation aux professionnels et aux membres du CVS, son évocation lors des embauches L'organisation du suivi par le comité de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Une participation limitée des partenaires Une implication indirecte des familles et des usagers Certaines parties peu développées : le lien avec les politiques locales Un projet très descriptif d'une taille conséquente (145 pages hors annexes) qui ne facilite pas son appropriation par les lecteurs. Une appropriation variable du PE par les professionnels rencontrés en entretiens 	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la prochaine réévaluation du projet, réfléchir à des modes de participation plus importants des partenaires, familles et usagers Renforcer la dimension « outil de communication » du projet via la rédaction de projets de services et d'une synthèse de quelques pages Articuler les actions réalisées avec les objectifs et orientations du PE et les faire apparaître dans le PPP élaboré Elaborer une synthèse pour faciliter l'appropriation et la communication du PE aux différents acteurs Simplifier la lecture à travers l'intégration de davantage de schémas, tableaux ...

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des projets de services auxquels le projet institutionnel pourrait faire référence
<p>Cohérence et pertinence du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet cohérent avec les orientations et valeurs de la Fondation, auxquelles il fait référence, validé par le CA ▪ Un projet cohérent avec les missions posées par le CASF et les orientations des politiques publiques ▪ Un dispositif PHD complet permettant une bonne réponse aux besoins des usagers sur le territoire ▪ Un dispositif FAM pertinent, bien repéré avec un taux d'occupation supérieur à 98% et l'existence d'une liste d'attente importante ▪ Une localisation pertinente et de nombreux atouts (taille du site, desserte, potentiel partenarial, ressources du territoire ...) et des mutualisations importantes avec les autres structures du pôle (piscine, future esplanade festive, ressources ...). ▪ Une dynamique d'adaptation constante aux besoins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un CPOM signé en 2008 ○ La réorganisation du site en 3 pôles ○ La réorganisation du service MPM (ex-Tamarin) ○ La réorganisation du PHD en 2 entités ○ L'ouverture prochaine de 18 places complémentaire pour le service Arc-en-Ciel et le déménagement ▪ Des ressources matérielles satisfaisantes et de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux vétustes et inadaptés pour l'ensemble des services du FAM et la problématique des nombreuses chambres doubles et salles de bain collectives ▪ Une très grande diversité de profils qui fait que des personnes accueillies au FAM relèveraient d'autres structures plus adaptées ▪ Une inclusion sociale des usagers qui mériterait d'être davantage développée ▪ Une faible dynamique partenariale ▪ L'absence de locaux en nombre suffisant dédiés à l'accompagnement rééducatif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer les projets visant à favoriser l'inclusion des usagers ▪ Mettre en place une synergie entre les différents services du FAM ▪ Développer davantage les partenariats sur l'environnement ▪ Un taux d'encadrement qui apparaît insuffisant pour assurer la cohérence du projet au regard de la diversification des services du FAM

Qualité d'accompagnement	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un site agréable et verdoyant ▪ Des équipements de qualité mutualisés sur le site Albert Barbot : piscine, salle multi-sensorielle, salles polyvalentes, cuisine thérapeutique... ▪ Des espaces globalement bien entretenus ▪ Une restauration réalisée par la cuisine centrale qui dessert l'ensemble des structures du site ▪ L'entretien du linge confié majoritairement à un prestataire 	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux vétustes et inadaptés (chambres doubles, salles de bain collectives...) ▪ Une insuffisance des salles de bain (1 pour 8 sur certaines villas) ▪ L'absence de projet de travaux concernant le bâti ▪ L'absence de plat de substitution ▪ Des heures de repas qui ne respectent pas les recommandations de la HAS ▪ L'absence de traçabilité des ménages ▪ Absence de mise en œuvre des normes HACCP dans la cuisine satellite, et RABC en lingerie ▪ Une prestation lingerie sous-traitée non satisfaisante (perte de linge, linge abîmé...) 	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisager la réfection des locaux (adaptation des salles de bain etc...) ▪ Mettre en place une traçabilité des ménages/tâches réalisés ▪ Mettre en œuvre les règles d'hygiène en lingerie ▪ Former les professionnels du FAM et mettre en œuvre les règles HACCP sur les cuisines satellites (plats témoins, marche en avant...) ▪ Adapter le matériel aux normes d'hygiène et aux formations reçues par les agents ▪ Mettre en place une commission restauration
	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La présence de personnel éducatif sur l'ensemble des services ▪ La présence récente d'un moniteur éducateur sur le service Hibiscus ▪ Des outils de programmation des activités ▪ Des bilans annuels réalisés ▪ Des activités et supports variés : collectif/individuel, visuels et sensoriels ▪ Des sorties organisées ▪ Une personnalisation de l'accompagnement ▪ Une transversalité entre les services et entre les unités 	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des temps de réunion du personnel éducatif avec les cadres de proximité hétérogène selon les services 	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à la mise en place de réunion du personnel éducatif avec les cadres de proximité sur l'ensemble des services ▪ Poursuivre la mise en place d'activités et de sortie (ouverture à et sur l'environnement)

	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux médecins généralistes – médecin traitant- en charge du suivi médical des résidents ▪ La présence d'un médecin psychiatre ▪ L'identification récente d'un responsable infirmier sur MPM ▪ Une visite médicale assurée chaque année pour les résidents ▪ L'association des familles à l'accompagnement et aux soins ▪ Des temps de coordinations des équipes médicales, paramédicales et soignantes effectifs ▪ L'existence de plan de soin individualisé ▪ Une traçabilité des soins par l'équipe soignante ▪ Des protocoles de soins formalisés pour encadrer les pratiques professionnelles ▪ Des réunions d'information médicales ouvertes à tous le personnel sur le PHD ▪ Un circuit du médicament structuré ▪ Une prise en compte des thématiques de soins spécifiques ▪ Un accompagnement à la vie quotidienne de qualité avec une participation des résidents autant que possible ▪ Des temps de transmissions de l'équipe soignante institués <p>La présence d'une infirmière la nuit</p>	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet d'établissement pas tout à fait en phase avec les missions actuelles des médecins ▪ Un manque de traçabilité des soins par l'équipe infirmière 	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer le libre choix du médecin traitant aux familles et résidents ▪ Préciser le positionnement institutionnel des médecins et le formaliser (actualisation du projet d'établissement) ▪ Renforcer la sécurité du circuit du médicament (projet en cours sur MPM) ▪ Formaliser un protocole d'accompagnement des fins de vie
	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une équipe de diversifiée dont la composition est conforme aux besoins des usagers ▪ La prescription des rééducations par le médecin 	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de formalisation du sens des actions menées par l'équipe de rééducation ▪ Des problématiques liées aux espaces : 	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser un projet de rééducation

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un accompagnement reposant sur des bilans, selon des modalités variées (séances individuelles, de groupe, co-animation en binôme professionnel, supports variés) ▪ Une bonne intégration de la dimension rééducative dans le projet individuel ▪ Un équipement matériel cohérent avec les missions 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Chambres collectives qui ne permettent pas de garantir la confidentialité des ateliers ; ○ Absence de salle dédiée pour les rééducateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer l'accompagnement rééducatif sur certaines unités à travers un renforcement de l'équipe. ▪ Engager des réflexions autour de la problématique des espaces inadaptés (pour les ateliers individuels) et l'absence d'espace dédié pour la réalisation des ateliers collectifs
	<p><u>L'accompagnement psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une psychologue dédiée au service ▪ Un soutien de aux équipes de professionnels, permettant d'analyser et d'éclairer la pratique ▪ De nombreux supports en place pour permettre l'accompagnement psychologique des usagers 	<p><u>L'accompagnement psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de projet psychologique 	<p><u>L'accompagnement psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un projet psychologique pour formaliser le sens donné à l'accompagnement proposé.
	<p><u>L'accompagnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La présence d'une assistante de service social (0,75 ETP) qui intervient sur les services du FAM ▪ Un accompagnement social en lien avec le handicap des usagers effectif ▪ Un travail intéressant amorcé sur le maintien du lien familial ▪ Un rôle central dans l'admission et l'orientation des usagers 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un enjeu à poursuivre les projets visant à renforcer les relations avec les familles

5.4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
-------	--------	------------	--

Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une implantation territoriale pertinente, qui répond à une demande ▪ Un ancrage historique fort de l'établissement (ancien hospice) ▪ Un établissement ouvert à son environnement, qui favorise la venue de personnes extérieures au sein de ses murs ▪ Un établissement ouvert sur son environnement : sorties organisées etc... ▪ De forte synergies et relations entre établissements sur le site du foyer Albert Barbot : évènements festifs de grande ampleur inter-établissement (Fête de Grand-mère Kal) ▪ Des partenariats majoritairement formalisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des usagers interrogés qui soulignent l'insuffisance de l'ouverture à et sur l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre le travail d'ouverture à et sur l'environnement ▪ Communiquer sur les changements pour changer l'image ancienne d'hospice persistante pour la population (projet de documentaire en cours) ▪ Mener à bien les projets d'ouverture : végétalisation- sentier botanique, esplanade festive, projet de séjours-vacances inter-FAM...
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une prise en charge de qualité (professionnalisme, écoute) relatée par les familles ▪ Une évolution positive vers davantage d'écoute et attention aux familles observée par les familles elles-mêmes ▪ Des partenaires satisfaits de leur collaboration avec le FAM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une connaissance variable de la démarche de projet personnalisé ▪ Une erreur dans la distribution des médicaments évoquée par un parent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre l'implication des familles dans la démarche de PP ▪ Veiller à renforcer la sécurisation du circuit du médicament

5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Processus d'admission et fin d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une procédure d'admission formalisée ▪ La tenue d'une liste d'attente ▪ Des temps d'admission pluridisciplinaire, qui impliquent plusieurs métiers dans le processus d'admission (assistant de service social, cadre, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de protocole formalisé sur l'accompagnement en fin de vie ▪ L'absence de formation des professionnels sur l'accompagnement à la fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser un protocole d'accompagnement des fin de vie ▪ Développer les formations sur l'accompagnement à la fin de vie (notamment sur le service Hibiscus)

	<p>médecin, psychologue, infirmier et personnel de proximité)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'admission, la recherche systématique du consentement de la famille de l'utilisateur et/ou son responsable légal (participation à la commission de pré-admission, signature du contrat de séjour) ▪ Un temps d'accueil correctement préparé, les professionnels étant informés de la venue d'un nouvel usager, un référent étant nommé, une visite et un temps d'inclusion progressifs étant réalisés ▪ Des réorientations préparées en amont avec l'assistant de service social ▪ Des échanges et relations avec la future structure pour une transition organisée et adaptée ▪ Un protocole – conduite à tenir en cas de décès formalisé ▪ La mise à disposition d'une salle funéraire, et d'une chapelle ▪ Un soutien des équipes par les médecins et de la psychologue en cas de situation de fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mobilisation rare des partenariats (HAD, EMSP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activer autant que nécessaire les partenariats pour améliorer l'accompagnement des résidents et soutenir les équipes
<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche de projets personnalisés effective et formalisée ▪ Chaque résident dispose d'un PP ▪ Tous les projets sont réactualisés annuellement ▪ Une démarche structurée, se faisant en co-construction et en pluridisciplinarité, constituant un point fort de l'établissement ▪ Une prise en compte des besoins et souhaits de l'utilisateur et des attentes de sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de date au niveau de la signature des projets personnalisés ▪ Un suivi irrégulier des objectifs et actions du PP ▪ L'absence d'indicateurs de suivi/ de résultats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repréciser les fonctions de référent et de coordonnateur auprès de l'ensemble des professionnels ▪ Dater les projets personnalisés ▪ Impliquer davantage le résident dans la démarche ▪ Impliquer davantage les familles et les institutions tutélaires ▪ Impliquer les ASL dans la démarche (heure de ménage, participation des résidents aux tâches quotidiennes...)

	<ul style="list-style-type: none"> Un contenu de qualité avec des objectifs pluridisciplinaires opérationnels et un mode opératoire (actions/échéance/responsable) Un projet personnalisé signé des familles/représentants légaux et si possible de l'utilisateur Une évaluation du projet n-1 prévue par la trame 		<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le suivi et l'état d'avancement des objectifs du PP Affiner le projet par la définition d'indicateurs de suivi/résultats pour chaque objectif Evaluer l'appropriation du logiciel PSI et renouveler les formations si nécessaire
Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation	<ul style="list-style-type: none"> Une démarche projet personnalisée très effective, qui permet de recueillir et de respecter des choix des usagers Des outils et méthodes de communication non verbale utilisés pour respecter la volonté et les souhaits des publics accueillis 		

5.6. L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> L'existence d'un CVS fonctionnant en conformité avec son cadre légal et réglementaire Une bonne dynamique de l'instance Des comptes rendus rédigés et signés du vice-président et envoyés à toutes les familles Des groupes d'expression des résidents sur la majorité des services 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence d'enquête de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une enquête de satisfaction Communiquer davantage auprès des familles sur l'instance CVS

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
-------	--------	------------	--

<p>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des outils de la loi 2002-2 effectifs (existence du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour/DIPC, affichage de la charte et évocation de la personne qualifiée dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ▪ Les droits sont effectifs et mis en œuvre : protection des données et information, autonomie favorisée etc... ▪ Une réflexion sur la vie affective et sexuelle des usagers à travers l'instance éthique mise en place au niveau du pôle PHD ▪ Des propos et postures professionnels respectueux des usagers ▪ Un respect des pratiques religieuses ▪ Une communication et des relations effectives avec les familles : cahier de liaison, invitation aux événements, démarche de projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une charte des droits et des libertés de la personne accueillie peu visible ▪ L'absence de livret d'accueil pour le service arc-en-ciel ▪ L'absence d'affichage et d'information sur le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance (N°3977) ▪ L'absence d'affichage du règlement de fonctionnement ▪ Un manque d'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la compréhension des usagers ▪ Des locaux qui ne garantissent pas l'intimité des personnes malgré les efforts et aménagements réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afficher la charte des droits et libertés de manière plus visible ▪ Afficher le règlement de fonctionnement et communiquer sur le N° national d'appel de lutte contre la maltraitance ▪ Réfléchir à l'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la compréhension des usagers (photos, pictogramme etc...). ▪ Poursuivre la démarche de relation avec les familles ▪ Envisager une réfection des locaux pour garantir l'intimité et la dignité des personnes accueillies
<p>Sécurité des lieux et de personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La conformité du PHD aux normes d'hygiène et de sécurité ▪ L'affichage des plans d'évacuations et consignes incendie ▪ La réalisation d'un diagnostic amiante ne révélant pas de trace d'amiante ▪ Une convention d'enlèvement des DASRI avec une société spécialisée ▪ Une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique ▪ Un bâtiment bien entretenu sur le plan technique malgré sa vétusté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une tenue hétérogène des registres de sécurité et des contrôles qui ne sont pas tracés. ▪ L'absence de réalisation d'un diagnostic accessibilité ▪ L'absence de plan de continuité des activités ▪ L'absence de rigueur dans la traçabilité des contrôles obligatoires ▪ L'absence de carnet sanitaire et de réalisation des contrôles associés à la prévention du risque de légionnelles. ▪ L'absence de temps formel dédié à la coordination des opérations de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser plan de continuité des activités précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature » ▪ Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an ▪ Améliorer la tenue des registres de sécurité et instaurer une plus grande rigueur dans la gestion des contrôles de maintenance obligatoires ▪ Se mettre en conformité sur la prévention du risque de légionnelles ▪ Coordonner et suivre la bonne réalisation des opérations de maintenance

<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une continuité et sécurité des interventions via : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une présence physique et téléphonique, une permanence administrative en continu. ○ Une astreinte de direction continue partagée entre les directeurs du site ○ La tenue d'un cahier de liaison avec les familles au niveau de l'unité Arc-en-Ciel ○ La présence de plusieurs IDE sur les services du FAM tous les jours de la semaine ○ Une gestion des remplacements structurée et formalisée ○ La formalisation de procédures d'urgence enclenchée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des protocoles d'urgences sont manquants ▪ Des professionnels non formés aux gestes et premiers secours ▪ L'absence de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser des protocoles d'urgence manquantes (risque infectieux, fugue ...) et actualiser les procédures existantes qui le nécessitent (circuit des médicaments) ▪ Former les salariés aux gestes de premiers secours (SST) ▪ Poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à la nécessité de formaliser les signalements ▪ Clarifier les définitions d'événements indésirables, situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) afin qu'ils trouvent leur place dans les supports existants ▪ Organiser et formaliser le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un CHSCT se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, travaillant avec la médecine du travail ▪ Une Document Unique réalisé en 2014 par unité de travail pour l'ensemble des structures du pôle ▪ Les différentes mesures mise en place pour prévenir l'usure professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation manutention récente ; ○ Rappels récents sur l'importance des EPI ; ○ La politique de la fondation autour de la mobilité des professionnels ; ○ Les réflexions en cours au niveau de la Fondation sur la GPEC ▪ L'accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'organisation de rotation des professionnels entre les services du FAM ▪ Une notion de risques professionnels pas encore complètement appréhendée par les équipes ; ▪ Un DUERP trop généraliste et non approprié par les professionnels ▪ L'arrêt d'analyse des pratiques par une intervenante extérieure ▪ L'arrêt des entretiens annuels dans le cadre d'une réflexion au niveau de la Fondation ▪ La notion de risques psychosociaux peu approfondie dans le DUERP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'outil DUERP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Approfondir les risques psychosociaux ; ○ Décliner le DUERP pour chaque structure tenant compte des éventuels risques spécifiques ; ○ Communiquer sur l'existence du DUERP dès l'embauche des nouveaux salariés ; ▪ Conformément aux RBPP Anesm, mettre en place une analyse des pratiques professionnels (sous réserve de trouver un intervenant qui réponde aux besoins) ▪ Structurer les principes de rotation du personnel au niveau des services du FAM ▪ Réactiver les entretiens professionnels (à minima tous les 2 ans).

<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne dynamique de promotion de la bientraitance (diffusion des RBPP Anesm, réalisation de formation sur la bientraitance, instauration d'un comité d'éthique, discussion et échanges en réunions, groupes de parole...) ▪ L'observation lors de la visite sur site de propos et postures bientraitants ▪ L'existence d'une procédure de signalement communiquée aux équipes ▪ La mise en place de mesures concourant à la prévention de l'usure professionnelles (cf ci-dessus). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de mention de la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents loi 2002-2 ▪ Une obligation de signalement connue mais un processus mal identifié de la part de certains professionnels rencontrés ▪ L'absence d'affichage du n° 119 dans les locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier les notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable/information préoccupante ▪ Mettre en place des formations régulières sur le sujet de la bientraitance ▪ Renforcer la culture de signalement auprès des équipes : rappeler la procédure de signalement (obligation, régime de protection...) ▪ Mentionner la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents remis aux usagers (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil) ▪ Afficher le n° 3977 de façon visible dans les locaux ▪ Formaliser un document d'analyse des risques de maltraitance
--	--	---	---

5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission tient à souligner la qualité des échanges lors des entretiens et la forte implication des professionnels du FAM pour la bonne marche de l'évaluation externe. Les consultants évaluateurs ont pu accéder aux éléments permettant de réaliser l'évaluation externe dans des conditions satisfaisantes, en conformité avec les exigences réglementaires en la matière.

Le bilan de l'évaluation est satisfaisant : le FAM propose un accompagnement de qualité et conforme aux missions de structures accueillant des adultes handicapés. Il propose un haut niveau de personnalisation de la prise en charge, formalisée dans les projets individualisés et mise en œuvre au quotidien. Pour ce faire, il dispose d'une équipe pluridisciplinaire aux postures et pratiques adaptées, et de l'appui du pôle d'expertise et de ressources que constitue le PHD au sein duquel il est implanté. Les professionnels sont très engagés, respectueux des usagers, et soucieux de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli. L'extension du service Arc-en-Ciel et sa reconstruction, permettra une réponse encore plus proche des besoins identifiés par les personnes accueillies.

Le FAM a identifié la nécessité de s'ouvrir à et sur son environnement. Les liens partenariaux sont nombreux et de qualité. Les efforts déployés par l'équipe pour soutenir l'inclusion sociale sont à souligner malgré la nécessité de les poursuivre davantage.

Cette dynamique positive est soutenue par un encadrement disponible et impliqué et par une **démarche qualité** qui s'ancre progressivement dans les pratiques au quotidien.

Quelques points de questionnement sont identifiés :

- Un dimensionnement des effectifs qui nécessite d'être revalorisé au regard de la diversité des services proposés par le FAM pour répondre aux besoins des personnes accompagnées ;
- Des personnes aujourd'hui accueillies au FAM auraient tout intérêt à bénéficier d'un autre mode d'accueil. Il existe pour la PHD, un enjeu autour de l'amélioration de l'offre de services pour une logique plus contributive de l'accompagnement. Toute la complexité de cette réflexion, bien identifiée par le PHD, repose sur la grande diversité des profils accueillis et des formes d'accompagnement qu'ils nécessitent pour leur fournir des services adaptés et de qualité ;
- La synergie à mettre en place entre les services MPM (ex-Tamarin), Hibiscus et Arc-en-Ciel ;
- Poursuivre les actions visant à favoriser l'inclusion sociale des usagers ;
- Renforcer la dynamique partenariale du FAM et, plus globalement, du PHD.

5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite de l'établissement ▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de réunion, séance d'ergothérapie-psychomotricité
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 14 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels (dont un par téléphone) ▪ Entretiens individuels avec les familles et représentants légaux ▪ 3 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : 3 mois ▪ 22 octobre : validation du projet évaluatif ▪ 30 et 31 octobre 2014 : évaluation sur site ▪ 15 décembre 2014 : remise du pré-rapport ▪ 24 décembre 2014 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	9,5 jours
Date de début et de fin de mission	10 octobre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 24 décembre 2014 (envoi du rapport final)

5.10. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<ul style="list-style-type: none"> - Timing très serré au regard de la taille de l'établissement qui les ont amenés à passer très peu de temps sur certains services - Bonne adaptation aux contraintes organisationnelles - Un temps d'observation en décalé par rapport au rythme des résidents et de la journée - Ont pris le temps d'écouter une grande partie des professionnels - Contact agréable et respectueux vis-à-vis des personnes accueillies et des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne mettent pas suffisamment en évidence le travail de réorganisation et de restructuration, d'optimisation des moyens entamés depuis plusieurs années - Ne mettent pas assez en évidence l'impact sur la qualité des accompagnements, les conditions de travail de l'insuffisance des moyens (humains et matériels). Il nous semble difficile de répondre aux missions d'un établissement comme le FAM, à la commande publique avec des ressources inférieures de 30 à 50% avec celles allouées à d'autres établissements similaires à la Réunion et/ou en Métropole. - Beaucoup de copier/coller - Ce qui est très intéressant c'est que les préconisations sont claires et précises et elles nous aideront à construire notre plan d'amélioration de la qualité - La préconisation incitant à étoffer notre dispositif de réunion peut induire des effets pervers : éloignement par rapport à notre mission principale, celle d'accompagner dans leur quotidienneté des personnes vulnérables

6. Annexes

6.1. Contrat



FONDATION PERE FAVRON

DIRECTION GENERALE
Service achats

Le candidat remplit un imprimé pour chaque lot et variante

MARCHE DE FOURNITURE

ACTE D'ENGAGEMENT

A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.

■ Objet du marché :

Le présent marché a pour objet : **Prestations de conseil relatives à l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux**

Pour l'ensemble des établissements de la FONDATION PERE FAVRON

■ Cet acte d'engagement correspond : (Cocher les cases correspondantes.)

1.
 - à l'ensemble du marché (en cas de non allotissement).
 - au lot n°1 de la procédure de passation du marché (en cas d'allotissement) : Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)
2.
 - à l'offre de base.
 - à la variante suivante :

B - Engagement du candidat.

B1 - Identification et engagement du candidat :

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

- Le Règlement de Consultation (R.C.)
- Le Cadre de la Réponse Technique
- Le Cahier des Charges (C.C.)
- Les Conditions Générales d'Achats (C.G.A.)

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire WILLIAM BOTTARO CO GERANT

S'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

Engage la société EQR CONSEIL sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

SAS EQR CONSEIL
68 RUE DE LA CHAUSSÉE D'ANTIN – 75009 PARIS
Téléphone : 01-40-13-03-43 Fax : 01-40-13-03-33
Courriel : eqr@eqrconseil.com
www.eqr-management.com

SIRET 510 818 065 00029

L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.]

à livrer les fournitures demandées :
 (Cocher les cases correspondantes.)

Aux prix indiqués dans le bordereau prix joint au présent document.

B2 - Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) :

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

B3 - Compte (s) à créditer :

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

• Nom de l'établissement bancaire : BANQUE POPULAIRE VAL DE FRANCE

• Numéro de compte :

Domiciliation du titulaire		BPVF CHASSENEUIL DU POITOU	
Titulaire du compte		SAS EQR CONSEIL	
Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18707	00711	30121973090	72

B4 - Durée d'exécution du marché :

Le présent marché est conclu pour une durée de : **09 mois** et entrera en vigueur le **1^{er} mars 2014**.

B5 - Délai de validité de l'offre :

Le présent engagement me lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

B6 - Délai de livraison :

Le délai de livraison pour le présent marché est de : ■■■ Jour(s) à partir de la réception du bon de commande.

B7 – Domiciliation :

Tout courrier adressé dans le cadre du présent contrat ainsi que tout acte de procédure ne seront valablement opposables à la partie destinataire, qu'adressés au Service achats.

C - Signature de l'offre par le candidat.

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
WILLIAM BOTTARO CO GERANT	PARIS LE 20 JANVIER 2014	 EQR CONSEIL 68 rue de la Charissée d'Antin 75009 PARIS

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

D - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

■ Désignation du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice) :

FONDATION PERE FAVRON
DIRECTION GENERALE
80, Bd Hubert Delisle
BP 380
97456 SAINT PIERRE CEDEX

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché:

M. Christian **BONNEAU** Directeur Général

■ Service habilité à donner les renseignements :

Service Achats

Fondation Père Favron
Foyer Albert Barbot
Bois d'Olives
97432 Ravine des Cabris

Téléphone : 0262 49 93 58

Courriel : service-achats@favron.org

E - Décision du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

La présente offre est acceptée.

A: Saint-Pierre, le 13 mars 2014

Signature

1/0



FONDATION PERE FAVRON
Le Directeur Général Adjoint
Philippe BOYER

6.2. Composition des équipes



Fabrice THILLIEZ | Consultant senior

Présentation

Fabrice THILLIEZ dispose de plus de 5 années d'expérience dans le secteur social et médico-social. Il a pu, au cours de ses différentes expériences, travailler successivement en tant qu'**auditeur pour l'ARS, adjoint de direction d'un EHPAD associatif** avant de devenir **consultant spécialisé dans le milieu médico-social** (démarche qualité, audits organisationnels, gestion des risques, projets institutionnels ...) et **formateur** (compte d'emploi et budget prévisionnel, projets personnalisés, mise en place d'une démarche qualité, bientraitance ...). Ses expériences diversifiées de terrain viennent compléter l'expertise du cabinet EQR.

Il accompagne régulièrement les établissements et services dans leurs démarches d'évaluation externe, d'évaluation interne et d'amélioration continue de la qualité. Il a développé une expertise plus particulière auprès des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées du champ médico-social.

Carrière

- Depuis 2014 : Consultant senior pour EQR Conseil
- 2010-2014 : Responsable du pôle « conseil médico-social » au sein d'un cabinet d'étude et de conseil national.
- 2008-2010 : Adjoint de direction d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) associatif.
- 2007 : Missionné d'audits de bonnes pratiques pour l'ARS Pas-de-Calais

Formation

- Master Management des établissements de santé à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS)
- Licence Qualité à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS)
- Colloque sur les approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer (6^{ème} édition)

Clients

- Agences nationales : Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP), Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), ...
- Agences régionales de santé (ARS) : Franche-Comté, Haute Normandie
- Collectivités territoriales : Conseils généraux, Communes, Intercommunalités, Pays...
- Fédérations, Fondations : Mutualité Française, Apprentis d'Auteuil, Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, FNAT, FEGAPEI
- Associations : Association Monsieur Vincent, Espérance et Accueil, Partage Accueil Solidarité, ADAPEI 22, ADAPEI 77, ASEI, ...
- Établissements et services sociaux et médico-sociaux : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, structures handicap adulte et enfance, structures ambulatoires, etc.

© EQR Conseil

Fabrice THILLIEZ | Consultant senior

Références

Evaluations externes

- Fondation Père Favron (La Réunion)
 - CEAP Les Mimosas
 - FAM Les Cytises
 - IME Charles Isautier
 - SESSAD IME Charles Isautier
- APAJH 44
 - ESAT de Levallois-Perret (92)
 - ESAT d'Anthony (92)
- ADAPEI 56
 - SAAD de l'Envol et l'Hermine (56)
 - ESAT Les Ateliers Airéens (56)
- Fondation Leopold Bellan
 - IMPro de Vayre-sur-Essonne (91)
- Fondation Caisse d'Épargne et Solidarité (FCES)
 - Résidence Sainte-Marthe (24)
 - Résidence La Nougeraie (86)
- ADMR 70
 - 7 SSIAD certifiés ISO NFX-056
 - EHPAD de Cirey / Rioc (70)
- Association Monsieur Vincent - 9 EHPAD et 2 EHPA dont :
 - Résidences du Val de Bièvres (Cachan, Gentilly, Hay-les-Roses)
 - Résidence Saint Aldric (72)
 - Résidence J.B. De Bonnière (72)
 - Résidence les Cèdres (94)
- Groupe DomusVi (59-62-93)
 - 8 EHPAD certifiés NFX 58-058
- UGECAM NPDC (59-62-80)
 - Les Maisons Bleues (Roubaix, Marcq-en-Barœul, Haubourdin)
 - La Résidence Les Pays de Somme (Woincourt)
- Mutualité Française Ardèche-Drôme (07) : 6 EHPAD et 3 EHPA
- Groupe Kerdonis (56) : 7 EHPAD dont 4 certifiés
- Réseau Les Familiales (31) - 7 EHPAD
- Association Résidence Saint Benoît (14-77-92) - 3 EHPAD
- Loire-Atlantique (44) : 11 EHPAD dont :
 - Résidence La Roche Maillard à Vigneux de Bretagne (44360)
 - Résidence du Soleil à La Bernerie en Retz (44760)
 - Résidence Mon Repos à Aigrefeuille sur Maine (44140)
- ADMR Jura (39) - 21 SAD
- SAD SIMPA – APRODEF (54)
- OMEGA 56 (56) - Réalisation de l'évaluation externe de 18 établissements dont :
 - Résidence Chez Nous du CCAS de Groix (56590)
 - Résidence Saint Antoine du CIAS de Ploërmel (56800)
 - Résidence Beauanoir du CCAS de Sérént (56460)
 - Résidence Porh Ker du CCAS de Pluvigner (56330)
 - Résidence du Tremer du CCAS de Penestin (56760)
 - Foyer Logement La Peupleraie du CCAS de Plumelec (56490)

© EQR Conseil

Fabrice THILLIEZ | Consultant senior

Références

Evaluations internes

- APJMO Association de Protection Juridique des Majeurs de l'Oise (60)
- EHPAD du CCAS de Bourmont (52)
- EHPAD de Domrémy à Maison-en-Champagne (51)
- EHPAD Notre Dame de Boulogne à Boulogne (62) – Groupe Houzel

Stratégie et pilotage :

- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), mission Normes et Moyens – Années 2014/2015
- Génération Mutualiste, Assistance pour la mise en place des indicateurs de performance ANAP au niveau des établissements du réseau – Année 2014

Formations

- Résidence du Parc à Puiseaux (45) : formation qualité
- Ehpads Bourmont (52) : formation qualité
- Patrick Faraut (95) : réalisation d'une formation de reconversion professionnelle « Entrée en fonction de Directeur d'EHPAD »
- EHPAD du CCAS de Bourmont (52) : formation et accompagnement du personnel à la réalisation du projet d'établissement 2012 – 2017
- Résidence les Cèdres à Pont l'Evêque (14) : formation à la réalisation de son compte administratif 2010 et de son BP 2011.

Dossiers de demandes d'autorisations (anciens CROSMS), études de besoins, dossiers de pré-appel à projet

- Groupe Opievoy : Étude de besoin pour l'implantation d'un Foyer Logement à Saint Prix (95) – Année 2011
- CHI Lorrain Basse terre (Martinique) : dossier de Pré-Appel à projet en vue d'une extension de l'EHPAD de Lorrain – Année 2011
- Groupe ACI : dossier de Pré-Appel à projet en vue de la création d'un EHPAD à Pressigny les Pins (45) – Année 2010
- Association Floralys (59-62) : dossier de demande de création d'un EHPAD à Auberchicourt, d'un EHPAD à Evin-Malmaison (62), d'un EHPAD à Homaing, d'un EHPAD à Cuincy, d'un EHPAD spécifique Alzheimer à Moncheaux – Année 2010



Laurie FRADIN | Consultante

Présentation

Laurie Fradin est consultante au sein du cabinet EQR depuis février 2012. Diplômée de Sciences Po Lille et de l'université de Lille 1, elle a été formée au fonctionnement des collectivités et administrations publiques : élaboration et évaluation des politiques publiques, droit administratif et montages contractuels complexes. Ses expériences professionnelles lui ont donné une bonne connaissance des champs de l'action sociale, de l'insertion par l'activité économique. Depuis son arrivée chez EQR, elle a acquis des compétences spécifiques sur le médico – social : techniques d'évaluation, aide au montage de projet, démarche qualité.

Elle participe aujourd'hui à plusieurs missions d'accompagnement des établissements et services sociaux et médico – sociaux, d'observation sociale ainsi qu'à des missions d'évaluation des politiques publiques auprès des collectivités et administrations centrales.

Carrière

- Consultante au sein du cabinet EQR Conseil depuis février 2012
- 2011 : cabinet d'études et de conseil GESTE, spécialisé en évaluation des politiques publiques
- 2011 : Responsable administrative et financière, et Chef de projet de la Junior – Entreprise de Sciences Po Lille, cabinet de conseil étudiant.
- 2010 : Chargée de mission à Hauts – de – Seine Initiative –DLA 92

Formation

- Master 2 Développement économique de l'interface Public – Privé – IEP de Lille/ Master 2 en économie appliquée – Université Lille 1
- Master 1 Administrations Publiques, Institut d'Etudes Politiques de Lille
- Premier cycle à l'Institut d'Etudes Politiques de Lille

Clients

- | | | |
|--|---|---|
| ➤ Institut National de Prévention et d'Education pour la santé | ➤ Fondation Léopold Bellan | ➤ CCAS de Guyancourt |
| ➤ Agence Nationale d'Appui à la Performance | ➤ Conseil Général de Loire – Atlantique | ➤ CCAS de Chelles |
| ➤ Agence Nationale des Services à la Personne | ➤ ADAPT | ➤ Communauté de communes du Pays Bigouden Sud |
| ➤ UNAPEI | ➤ AGAPEI | ➤ ADSEA 77 |
| ➤ FEGAPEI | ➤ ADAPEI 22 | |
| ➤ Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité | ➤ Association Monsieur Vincent | |
| | ➤ CCAS de la Ville d'Angers | |

Laurie FRADIN | Consultante

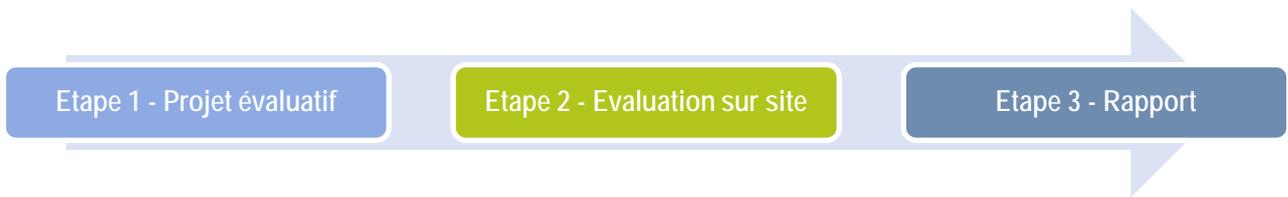
Références

Accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux :

- Evaluations externes d'établissements dans le champ du handicap :
 - ADAPEI 22 : IME-SESSAD Loudéac – 2013
 - ADAPEI 22 : M.A.S Roc Bihan Saint-Brieuc – 2013
 - ADAPEI 22 : M.A.S des Sorbiers Saint-Brieuc – 2013
 - AGAPEI : Foyer d'Hébergement Unité de Gestion Flourens -2013
 - AGAPEI : ESAT et Section temps libéré Unité de gestion Flourens -2013
 - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
 - AGAPEI : Foyer de Vie – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
 - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion de Cagnac - 2014
 - Fondation Léopold Bellan – IME de Chateaudun – 2014
 - Fondation Léopold Bellan – Centre de Phonétique Appliquée : CMPP- SEES-SEHA- SAFEP-SSEFIS – 2014
- Appui à la réalisation de l'évaluation interne – ADAPT Haute-Normandie – 2013
- Evaluation externe d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :
 - Fédération Caisse d'Epargne – EHPAD de Pléchélat – 2013
 - Association Espérance : EHPAD de Pessac Fontaudin – 2013
 - Association Monsieur Vincent : EHPA Sainte Claire et EHPA Saint Joseph (59) - 2014
- Préparation et sensibilisation à l'évaluation externe – EHPAD Les Vertes Années – 2012
- Missions dans le champ de la protection de l'enfance :
 - Dossier de réponse à un appel à projet de la PJJ pour le secteur associatif habilité – ADSEA 77 – 2012
 - Etude sur les internats éducatifs – Conseil Général Loire Atlantique – 2014
- Formations au tableau de bord partagé des ESMS- Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) - 2014

6.3. Calendrier de réalisation

La démarche d'évaluation externe est structurée en trois étapes :



La démarche s'est déroulée du mois d'octobre au mois de décembre 2014. L'évaluation sur site a été réalisée les 30 et 31 octobre 2014. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final courant janvier 2015. Vous trouverez ci-après un calendrier d'intervention :



6.4. Attestation sur l'honneur

EQR CONSEIL, organisme habilité par l'ANESM à procéder à des évaluations externes (n° habilitation H2009-07-039) s'engage sur l'honneur à :

- Respecter et faire respecter les dispositions des articles D.312-197 à D.312-206 du CASF ainsi que les dispositions du cahier des charges prévu à l'annexe 3-10 du CASF.
- Respecter les règles de conduite applicables aux prestataires inscrits, et à les faire respecter à ses équipes intervenant à l'occasion de missions d'évaluation externe :

1. Intégrité

- 1.1. Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2. Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- 1.3. Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts.
- 1.4. Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5. Déclarer sans délai au commanditaire et à l'Agence toute modification affectant la situation, le statut, les capacités de l'organisme habilité ou des personnes chargées de réaliser les évaluations.
- 1.6. Ne pas avoir de conflit d'intérêt avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec un établissement ou service qu'il évalue.

2. Objectivité

- 2.1. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2. S'interdire, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, d'avoir, au moment de l'évaluation externe, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné.
- 2.3. S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie, ou avec l'organisme gestionnaire.
- 2.4. Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.5. Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.6. A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, du service ou de l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui le contrôle, ou qui est contrôlé par lui au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce.
- 2.7. Lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un

- organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.
- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec [une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.
 - 2.9. Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné qui précède l'évaluation.
3. **Confidentialité**
 - 3.1. Se tenir à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.
 - 3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.
 - 3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.
 4. **Compétence**
 - 4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.
 - 4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.
 - 4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'Anesm conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.
 - 4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'Anesm, un détail des procédures suivies.
 - 4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'Anesm renseignant la mise en oeuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation.

A Paris,
Le 31 juillet 2013,

William BOTTARO, co-gérant

Signature



EQR CONSEIL
FONDATION PÈRE FAVRON
PARIS PARIS



SAS EQR Conseil

68 rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
www.eqrconseil.com

Tél. : 01 40 13 03 43
Fax : 01 40 13 03 33
Mail : eqr@eqrconseil.com