

# FONDATION PERE FAVRON

## Evaluation externe du CEAP Les Mimosas

### Rapport final

Type d'établissement	Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (CEAP)
Coordonnées	Chemin Albert Barbot Bois d'Olives
Numéro FINESS	970454005

## Sommaire

<b>1. Eléments de cadrage .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Présentation de la Fondation Père Favron .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Présentation du Pôle Handicap et Dépendance (PHD) .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Description de l'établissement .....</b>	<b>6</b>
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
<b>2. La procédure d'évaluation externe .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Démarche .....</b>	<b>9</b>
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
<b>2.2. Sources .....</b>	<b>11</b>
2.2.1. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables .....	11
2.2.2. La réglementation applicable à la structure évaluée .....	11
<b>3. Résultats de l'analyse détaillée .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1. La stratégie du service .....</b>	<b>12</b>
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
<b>3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue .....</b>	<b>18</b>
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
<b>3.3. Le parcours de l'utilisateur .....</b>	<b>23</b>
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
<b>3.4. La qualité de l'accompagnement proposé .....</b>	<b>26</b>
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
<b>3.5. L'effectivité des droits des usagers .....</b>	<b>35</b>
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux .....	35
3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits .....	35
<b>3.6. La prévention et la gestion des risques .....</b>	<b>37</b>

3.6.1.	La sécurité des lieux et des personnes .....	37
3.6.2.	La prévention des risques professionnels et la santé au travail .....	41
3.6.3.	La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance .....	42
<b>3.7.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.....</b>	<b>43</b>
3.7.1.	L'inscription du service dans le territoire .....	43
3.7.2.	La perception de l'établissement par son environnement .....	44
<b>3.8.</b>	<b>Organisation, gestion des ressources humaines et management .....</b>	<b>44</b>
3.8.1.	La politique de gestion des ressources humaines.....	44
3.8.2.	Organisation et management .....	47
<b>4.</b>	<b>Synthèse de l'évaluation externe .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>48</b>
4.1.1.	La démarche d'évaluation interne .....	48
4.1.2.	Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Anesm .....	49
<b>4.2.</b>	<b>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.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....</b>	<b>51</b>
<b>4.4.</b>	<b>Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers</b>	<b>51</b>
<b>4.5.</b>	<b>La garantie des droits et la politique de prévention des risques .....</b>	<b>52</b>
<b>5.</b>	<b>Abrégé du rapport d'évaluation externe .....</b>	<b>53</b>
<b>5.1.</b>	<b>La démarche d'évaluation interne.....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.</b>	<b>La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm .....</b>	<b>55</b>
<b>5.3.</b>	<b>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 .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....</b>	<b>60</b>
<b>5.5.</b>	<b>Personnalisation de l'accompagnement .....</b>	<b>60</b>
<b>5.6.</b>	<b>L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers .....</b>	<b>62</b>
<b>5.7.</b>	<b>La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques .....</b>	<b>62</b>
<b>5.8.</b>	<b>L'appréciation globale de l'évaluateur externe .....</b>	<b>66</b>
<b>5.9.</b>	<b>Méthodologie de l'évaluation externe .....</b>	<b>67</b>
<b>5.10.</b>	<b>Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe .....</b>	<b>68</b>
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>69</b>
<b>6.1.</b>	<b>Contrat .....</b>	<b>69</b>
<b>6.2.</b>	<b>Composition des équipes .....</b>	<b>73</b>
<b>6.3.</b>	<b>Calendrier de réalisation .....</b>	<b>76</b>
<b>6.4.</b>	<b>Attestation sur l'honneur .....</b>	<b>77</b>

# 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 jeunes** (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 centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CEAP) « Les Mimosas »** s'intègre au Pôle Handicap et Dépendance créé en juin 2010 composé également d'un SESSAD, du SAMSAH, de la Maison d'accueil spécialisée (MAS) les Pléiades et du Foyer d'accueil médicalisé (FAM) les Cytises.

Situé sur le village de Bois d'Olive, à proximité de Saint Pierre et sur le site du Foyer Albert Barbot ; il a été initialement créé en 1964. Transformé au fil des années en IMP puis en centre de convalescence, l'établissement se transforme progressivement en centre d'accueil des enfants et adolescents polyhandicapés. Il prend officiellement son appellation de CEAP en 1996. L'offre de services évolue, proposant un accueil en semi internat et, en 1999, en construisant un bâtiment dédié à l'accueil des enfants polyhandicapés internes.

Le CEAP Les mimosas est d'abord autorisé pour l'accueil d'enfants et adolescents handicapés pour une capacité de 0 à 20 ans par l'arrêté N° 3143 D.R.A.S.S./PSMS du 26 septembre 2007 pour une capacité totale de 80 places dont :

- 50 places en internat
- 30 places en semi-internat.

En 2013, la capacité d'accueil a diminué de 80 à 60 places qui se répartissent ainsi :

- 20 places en internat ;
- 35 places en accueil de jour ;
- 5 places en hébergement temporaire.

### 1.2.1. Missions

**Les articles D312-83 à D312-85 du Code de l'action sociale et des familles** relatifs aux établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés leur donnent les missions suivantes :

- L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent, notamment dans la révélation des déficiences et des incapacités, la découverte de leurs conséquences et l'apprentissage des moyens de relation et de communication ;
- L'éveil et le développement des potentialités de l'enfant, selon des stratégies éducatives individualisées ;
- L'amélioration et la préservation des potentialités motrices, notamment par l'utilisation de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et par l'utilisation d'aides techniques ;
- La surveillance et le traitement médical ;
- La surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthétiques ;
- L'établissement pour chaque enfant ou adolescent d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :
  - o Un enseignement adapté pour l'acquisition de connaissances conformément au contenu du projet personnalisé de scolarisation ;
  - o Des actions tendant à développer la personnalité et faciliter la communication et l'insertion sociale, notamment l'enseignement des différents actes de la vie quotidienne en vue de l'acquisition du maximum d'autonomie ; l'éducation nécessaire en vue du développement optimal de la communication et de la découverte du monde extérieur.

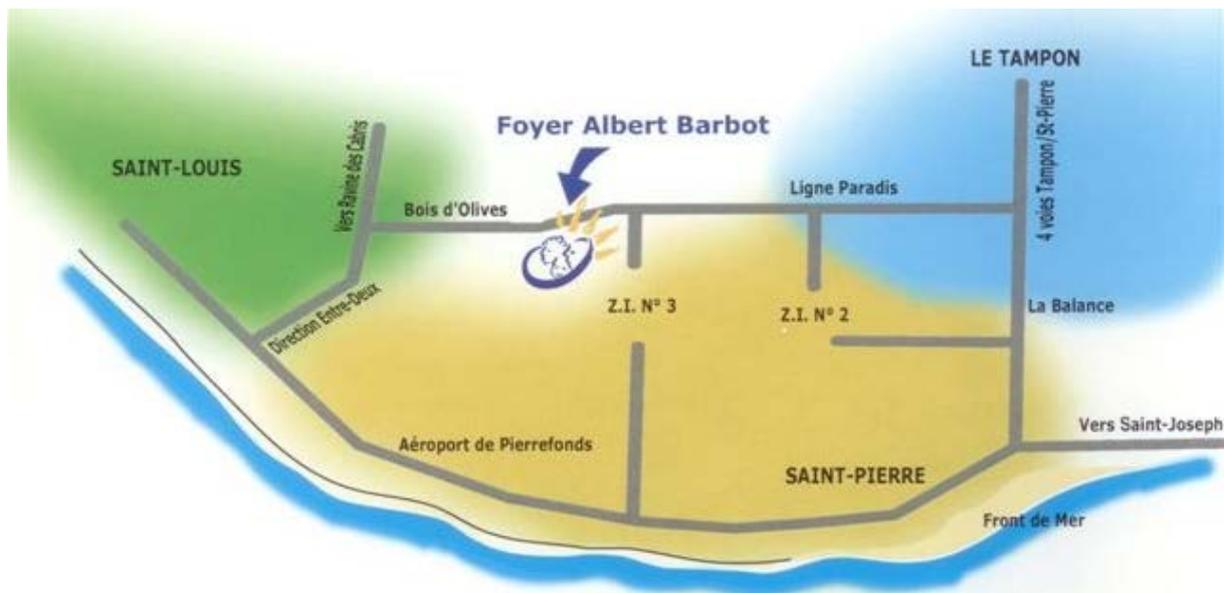
### 1.2.2.L'environnement : situation géographique

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 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

L'établissement accueille des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

En 2013, la population accompagnée au CEAP présentait les spécificités suivantes :

- La moyenne d'âge s'établissait à 17,1, en diminution par rapport à 2011 et 2012 ;
- Le CEAP accueillait majoritairement des garçons, celles-ci constituant 54,5% des effectifs ;
- La durée moyenne de séjour était de 11,5 ans, en nette diminution par rapport à 2011 et 2012.

	2011	2012	2013
<b>Moyenne d'âge des usagers accueillis</b>	18.2	19.4	17.1
<b>Nombre de de filles</b>	32	30	25
<b>Nombre de garçons</b>	41	39	30
<b>Durée moyenne de séjour</b>	13.3ans	15.9 ans	11.5ans

### 1.2.4.L'activité

En 2013, l'établissement affichait un taux d'occupation de 70,87%, en diminution par rapport à 2011 et 2012.

	2011	2012	2013
Nombre de journées budgétées	22350	22350	16683
<b>Nombre de journées réalisées</b>	21696	19410	13731
<b>Taux d'occupation</b>	87.31 %	78.11 %	70.87 %

## 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 CEAP Les Mimosas s'est déroulée autour de plusieurs temps :

- Une visite complète de l'établissement ;
- Des entretiens avec :
  - o Le Directeur du PHD ;
  - o Les 2 cadres de proximité ;
  - o Le médecin généraliste ;
  - o Les membres du comité de suivi spécifiques au CEAP ;
  - o L'assistante sociale ;
  - o Le personnel éducatif du CDJ (4 ME et 3 ES) ;
  - o Le personnel de proximité de l'Internat (5 AS, 4 AMP, 1 Aux. Puériculture) ;
  - o Les agents des services logistiques (2 ouvriers et 3 agents) ;
  - o Les agents polyvalents (2)
  - o Les IDE (2) ;
  - o Les professionnels paramédicaux (2 psychomotriciens, 2 ergothérapeutes, 1 kinésithérapeute) ;
  - o La psychologue ;
- Une consultation des usagers : un entretien de groupe a été mené des usagers pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS) ; un autre entretien a été réalisé avec leurs familles.
- Des temps d'observation des pratiques :
  - o Déjeunes avec les usagers du CEAP au niveau du centre de jour ;
  - o Un temps de transmission au niveau du centre de jour ;
  - o Un temps d'activité pédagogique au niveau de l'internat ;
- 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 4 partenaires :
  - o EMAP (École des Métiers d'Accompagnement de la Personne) ;
  - o Formatrice PSI (Logiciel de soin) ;
  - o Handiplage (Association menant des actions visant à développer et favoriser l'intégration des personnes à mobilité réduite à travers les loisirs et la plage) ;
  - o GIHP (Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques).

### 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 9 décembre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 24 décembre 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 :

- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Décembre 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre » (Juillet 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Mise en œuvre 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 (Avril 2008)

#### Les recommandations spécifiques à la structure évaluée :

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Juillet 2013)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Mars 2012)
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (Juillet 2008)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (Janvier 2010)

### 2.2.2. La réglementation applicable à la structure évaluée

- Convention internationale des droits de l'enfant
- Code de l'action sociale et des familles et en particulier les Articles D312-83 à D312-85 relatifs aux établissements accueillant des enfants ou adolescents polyhandicapés ;
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses textes d'application
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et ses textes d'application
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et ses textes d'application
- Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés dans les établissements spécialisés

### 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 CEAP Les Mimosas 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 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. 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 de tous les services du CEAP** (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 (notamment la société de transport).
- 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.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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 CEAP ;
- La dimension médicale et thérapeutique n'est pas suffisamment développée au regard des missions d'un CEAP ;
- 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 125 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 du CEAP (37 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 :**

- **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** (fin 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 que quelques professionnels.

**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 rapport<sup>2</sup>.

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 ;

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.* »<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Cf. partie 1.1.1. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

<sup>3</sup> 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... ».*

**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 contenu du projet ainsi que ses orientations sont en cohérence avec les missions de l'établissement telles que définies par la réglementation.**

Plus spécifiquement, **le projet est conforme, mais le lien avec les orientations des politiques publiques mériterait d'être davantage mis en exergue avec les missions poursuivies par l'établissement.**

**Le CEAP assure auprès des enfants polyhandicapés :**

- **Les soins de base** pour pallier leur absence d'autonomie (alimentation, toilette, habillage, élimination, changement de position) ;
- **Les soins techniques** (appareillage et rééducation pour pallier les déficits sensitivomoteurs, maintenir une bonne posture, acquérir une certaine autonomie), le suivi et le traitement des épilepsies fréquentes et des problèmes digestifs, ainsi que les soins rééducatifs adéquats ;
- **Les soins éducatifs et relationnels** pour éviter l'isolement des enfants présentant une déficience intellectuelle sévère, souvent aggravée par des troubles sensoriels en particulier visuels. La prévention de la survenue de troubles de la relation de type autistique, voire d'automutilation ;

**Il inscrit ses accompagnements autour de trois objectifs principaux :**

- **La réduction des souffrances** (psychiques et physiques) ;
- **L'enrichissement de la vie** (apprentissage, plaisir, qualité de vie ...) ;
- **L'ancrage dans la communauté humaine** à travers le maintien de la vie familiale et des démarches de scolarisation adaptées.

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

**Le dispositif du CEAP est, dans son ensemble, pertinent et propose une bonne réponse aux besoins du territoire.** Il est le seul établissement pour enfants polyhandicapés du bassin géographique de Saint-Pierre et complété du CEAP « Raphaël Babet » situé à Saint-Joseph 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 d'enfants et d'adolescents polyhandicapés**, quelle que soit la lourdeur de leur handicap, en observant une souplesse dans les agréments.

**La localisation du CEAP, 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 de rééducation, espaces multi-sensoriels ...). Le site est desservi par les transports en commun, même si ce mode d'accès ne concerne pas les jeunes du CEAP. 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 projets<sup>4</sup> dans ce sens et d'autres en cours sont conduits pour lutter contre cette image et développer son ouverture à et sur son environnement.

---

<sup>4</sup> Cf. Partie 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.** Face au constat d'une population hétérogène sur le CEAP et de la présence de nombreux bénéficiaires relevant de l'amendement Creton, un travail mené avec l'ARS à partir de novembre 2010 a conduit à un diagnostic partagé sur la nécessité de faire évoluer l'offre de services et de **doter le CEAP de ressources identiques à celles allouées à d'autres structures du même type à la Réunion.**

**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. De cette réorganisation ont découlé de nombreux projets avec, notamment, **la restructuration du CEAP et du SESSAD et la mise en synergie avec la MAS du même site.**

Cette évolution de l'offre de service s'est traduite par **une modification de l'autorisation** (arrêté de février 2014) **portant la capacité de 80 places à 60** avec la répartition suivante : diminution de capacité compensée par des créations de places d'IME et de SESSAD sur l'IMS Charles Isautier et l'IMS Raphaël Babet : 50 à 20 places au niveau de l'internat, de 30 à 35 places pour le Centre de jour et la création (en cours) d'un service d'Accueil Temporaire (5 places) pour répondre à des situations nécessitant un répit. Le différentiel des 20 places qui concerne les jeunes adultes relevant du dispositif Creton sera transféré respectivement sur le FAM et la MAS du site. Cette étape, en cours de réalisation, permettra un recentrage des activités sur l'accompagnement des enfants et adolescents polyhandicapés.

**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. Cette nouvelle organisation n'est pas sans conséquence et amène la structure à engager des réflexions sur de nombreux sujets :

- **Une nouvelle organisation spatiale avec un projet immobilier pour le CEAP** visant à offrir aux jeunes un environnement rassurant et sécurisé :
  - o La réhabilitation de l'internat avec pour objectifs principaux d'offrir aux jeunes une structure plus accessible (de plain-pied) et des chambres individuelles ;
  - o La construction d'un nouveau bâtiment sur lequel seront implantés : le service d'Accueil Temporaire, le Centre de jour et le SESSAD pour renforcer la logique de transversalité et de parcours des jeunes entre ces structures.
- **L'organisation du transfert administratif et physique progressif des jeunes adultes de plus de 20 ans** vers les établissements pour adultes handicapés : il est prévu que 6 jeunes adultes intègrent le service « Arc-en-Ciel » du FAM et 20 autres la MAS « Les Pléiades ».
- **Le transfert des effectifs salariés associés** : il est notamment prévu le transfert de 2 AS/AMP vers le service « Arc-en-Ciel » du FAM et de 9 AS/AMP vers la MAS « Les Pléiades ». L'évolution du temps travail d'autres professionnels sont à l'étude au moment de l'évaluation.
- **La mise en place d'une nouvelle organisation de travail** à travers, notamment, la mise en place de directions adjointes pour assurer le déploiement de la stratégie tout en veillant à l'homogénéisation des pratiques entre les entités et la redéfinition des missions opérationnelles des cadres de proximité.
- Ajouté à cela le positionnement de l'ARS sur le fait qu'un établissement accueillant des enfants handicapés doit fonctionner sur la base d'un système scolaire classique : **le passage de 365 jours d'ouverture pour le CEAP (Internat et Centre de jour) à 210 jours** qui nécessitera une nouvelle répartition du temps de travail des équipes et une communication importante pour faire face aux bouleversements des modalités d'accompagnement des jeunes. Cela implique également la nécessaire prise de relais des familles sur les 155 jours restants pour accompagner leur enfant. L'établissement travaille en lien avec le Conseil Général afin de trouver des solutions pour les enfants dont le retour en famille serait problématique ou impossible (combinaison de différentes formules d'accueil, famille d'accueil de l'ASE ...).

**Les ressources humaines sont satisfaisantes, tant en termes de compétences que de qualification.** Les ressources attribuées sont en cohérence avec 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 : volet médical, volet éducatif, volet rééducatif, volet social, volet pédagogique.

**Le CEAP dispose d'une équipe dédiée<sup>5</sup> composée :**

- **Sur l'internat** : de 8,27 ETP d'agents de services logistiques, de 11 ETP d'aides médico-psychologiques, de 14 ETP d'aides-soignants diplômés, d'un animateur socio-éducatif, d'un éducateur de jeunes enfants, d'un éducateur spécialisé, d'un employé administratif, d'un ergothérapeute, de 4 ETP d'infirmiers, de 1,01 ETP de médecins non spécialisés, de 0,15 ETP de médecin spécialisé, de 4 ETP de moniteurs éducateurs, d'un ouvrier qualifié, de 0,59 ETP de psychologue et d'un cadre de proximité. Soit un total de 50,02 ETP.
- **Sur le Centre de jour** : de 0,17 ETP de médecin spécialisé, de 3 ETP d'agents logistiques, de 5 ETP d'aides médico-psychologiques, de 6 ETP d'aides-soignants diplômés, d'un animateur socio-éducatif, d'une assistante sociale, d'une auxiliaire de puériculture, d'un éducateur de jeunes enfants, d'un éducateur spécialisé, de 0,90 ETP d'employé administratif, de 0,70 ETP d'ergothérapeute, d'un cadre de proximité à 0,90 ETP, d'un IDE, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un ouvrier d'entretien et de 0,5 ETP de psychomotricien pour un total de 25,07 ETP.

De plus, **la structure bénéficie des ressources administratives et logistiques de l'établissement** : la direction, le secrétariat, l'équipe d'ouvriers et de chauffeurs, la cuisine centrale.

**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 locaux<sup>6</sup> du CEAP, ils sont vétustes et inadaptés** sur l'accueil de jour (cuisines, salles ...) et surtout inadaptés au niveau de l'internat (faible nombre de chambres individuelles, peu ou pas de salles d'activité, structuré sur 2 niveaux ...). **Un projet de restructuration est en cours** (en attente du début des travaux) avec l'idée de mutualiser les espaces, les moyens humains et les moyens matériels dans le nouveau bâti. En parallèle, des réflexions sont engagées pour une logique d'accompagnement individuel dans un espace collectif.

**Les ressources matérielles sont satisfaisantes et de qualité.** 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 :**

- Poursuivre les actions visant à **favoriser l'inclusion sociale des jeunes** ;
- Mettre en œuvre davantage d'actions visant à « **désinstitutionnaliser** » les jeunes dont les **capacités leur permettent**, notamment pour les plus âgées (amendements Creton) en axant davantage l'accompagnement proposé sur l'autonomie ;
- **Renforcer la dynamique partenariale du CEAP** et, plus globalement, du PHD.

<sup>5</sup> Données issues du tableau des effectifs au 1/9/2013 fourni par l'établissement

<sup>6</sup> 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 interne<sup>7</sup>

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. 42 professionnels du CEAP (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 (en tant que famille et représentants légaux) ont été associées aux réflexions menées. 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 (notamment la société de transport).

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.

<sup>7</sup> 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 (1 seul concerne spécifiquement le CEAP).

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 ;*

L'axe spécifique au CEAP :

- *Réussir la restructuration du CEAP et du SESSAD et la mise en synergie avec la MAS ;*

**Une restitution générale des résultats** a été réalisée le 27 mars 2014 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** :
  - **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 ;

- **La priorisation des axes, objectifs ou actions poursuivies** n'est pas appréhendable en l'état, du fait d'une planification généralement indicative ;
- **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 ;
- **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.
- **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 CEAP, le comité est composé des membres suivants :

- Au niveau de l'internat : le cadre de proximité, l'ergothérapeute, l'éducatrice spécialisée, une AMP ;
- Au niveau du Centre de jour : le cadre de proximité, le psychomotricien, une aide-soignante et l'éducatrice spécialisée.

Ses différents membres sont chargés d'être **l'interface entre les décisions du comité et les équipes des différents services du CEAP**. 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 jeunes, 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 CEAP, de par le détachement géographique de l'internat et du centre de jour 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 jeunes au niveau de l'accueil de jour et de l'internat.** 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.** Il est disponible au niveau du bureau des secrétaires pour l'internat, et au niveau de l'accueil du centre de jour (partagé avec le SESSAD). 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 jeunes, missions du référent, situations de maltraitance, fugue ou sortie sans autorisation, sortie des jeunes, hygiène du jeune, 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.

**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.

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 ou de 9h à 16h. 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. Des heures de visite pour les familles sont précisées pour le Centre de jour et l'Internat dans le Règlement de fonctionnement.

**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 est formalisée.** Elle décrit précisément les différentes étapes de l'admission depuis la demande avec ou sans notification de la MDPH jusqu'à l'accueil du nouveau résident.

**La démarche d'admission est pluridisciplinaire et implique plusieurs professionnels à des moments différents :**

- L'assistante de service social, occupe un rôle central dans l'admission : elle fournit les premiers renseignements, organise les visites de l'établissement, appui à la constitution du dossier d'admission et assure la gestion de la liste d'attente.
- Les temps de réunion de coordination hebdomadaires avec l'ensemble de l'équipe sont l'occasion de présenter les différentes demandes d'admission ;
- Deux temps de rencontres sont prévus avec le médecin et le cadre de proximité pour vérifier l'adéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé par l'établissement ;
- Une commission d'admission réunissant le Directeur, les médecins, le cadre de proximité, l'assistante de service social, le psychologue, l'infirmier et le représentant de l'unité de vie concernée réalise l'examen des dossiers et émet un avis ;
- L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement.

**Le consentement de l'utilisateur et/ou de son représentant légal est systématiquement recherché**, notamment au cours d'une réunion de pré-admission où l'enfant et la famille sont reçus et se voient remettre les documents de la loi 2002-2 : règlement de fonctionnement, Charte des droits et des libertés et contrat de séjour. Toutefois, ces documents n'ont pas été adaptés à la compréhension des usagers (cf. partie 3.5. L'effectivité des droits).

**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

**L'arrivée d'un jeune est préparée :**

- L'équipe est informée par le cadre de proximité de l'entrée d'un jeune ;

- Une réunion d'accueil sur l'unité permet de présenter le jeune à l'équipe et d'effectuer un premier recueil des attentes et besoins du jeune et de 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'adaptation sur une demi-journée, puis journée complète afin de faciliter l'intégration pour le jeune comme pour la famille. La famille peut accompagner le jeune sur les premiers temps d'intégration.

### 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 de longue date sur le CEAP** et constitue un vrai 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 ; à l'exception de 15 jeunes de l'internat dont le projet personnalisé est suspendu en raison de leur prochain transfert sur la MAS.

Taux de PP élaborés avec l'utilisateur	Taux de PP signés	Taux de PP réactualisés depuis un an ou moins
83%*	100%*	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, 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.

**L'élaboration du projet est structurée.** Elle est portée par un coordonnateur des projets personnalisés et le référent du jeune. Un éducateur spécialisé est coordonnateur d'une vingtaine de projet et chaque AMP-AS est référent d'un ou deux jeunes. Les éducateurs s'assurent des retours des différents professionnels et rédigent la partie éducative. Le référent est l'interlocuteur privilégié du jeune et de sa famille pour recueillir les attentes et besoins.

Le projet personnalisé est formalisé dans le 6<sup>ème</sup> 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'utilisateur** 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 médical), 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'utilisateur 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'utilisateur.

**Une concertation pluridisciplinaire est organisée lors de 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 sont pleinement intégrées à la démarche. Elles ont mis en avant l'écoute, les échanges et la recherche de l'accord de la famille autour des objectifs du PP. Elles soulignent un projet centré autour de l'enfant et de ses besoins et apprécient de pouvoir observer les progrès de l'enfant d'une année sur l'autre.

#### ▪ Le contenu du projet individualisé

**L'examen de la trame de projet individualisé d'un échantillon de projets personnalisés sur le CEAP 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'un jeune le nécessite particulièrement.

Les objectifs du projet font l'objet d'une évaluation, formalisée dans le nouveau projet personnalisé. Par ailleurs, les objectifs du projet font l'objet d'une évaluation plus régulière à travers différents outils : les transmissions sur le PSI, les grilles d'évaluation individuelle des activités,.

**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.**

**Les familles sont associées au suivi du projet personnalisé à travers les cahiers de liaison, ce qui permet d'instaurer une continuité entre l'accompagnement dans l'institution et la vie au sein de la famille :**

- Les cahiers de liaison sont des extractions de PSI transmis chaque jour aux parents au niveau du centre de jour ;
- Les cahiers de liaison sont mis en place de façon plus ponctuelle sur l'internat lors de retour/séjours en famille.

**La mission d'évaluation juge ce suivi et cette évaluation pertinents.** Elle souligne le sérieux et la régularité avec lesquels sont suivis les projets. Ce dernier pourrait encore être affiné par la désignation, pour chaque objectif projet et action lui correspondant, d'indicateurs de suivi et/ou de résultat. Les outils mis en place au niveau du Centre de jour (fiche action, évaluation avec cotations) pourraient être partagés avec les équipes de l'internat.

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

- Préciser la fonction de coordonnateur qui n'est pas toujours claire pour l'ensemble des professionnels ;
- Inscrire la date de signature des projets personnalisés.

Le CEAP peut rencontrer des difficultés à contacter certaines familles (notamment au niveau de l'internat) dans le cadre de la contractualisation, ce qui obère la dynamique de co-construction des projets personnalisés.

### 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 CEAP (2 décès en 2013 au niveau de l'internat).** Les décès surviennent généralement suite à des hospitalisations en réanimation. Le médecin du CEAP participe aux réunions pluridisciplinaires avec les personnels hospitaliers et l'équipe de soins palliatifs.

Par ailleurs, **des mesures d'accompagnement des équipes sont mises en place** : à la demande des équipes du CEAP, un accompagnement est réalisé par le médecin et la psychologue de l'établissement pour faire le deuil de la personne.

**Une procédure de conduite à tenir face aux situations de décès a été formalisée** en 2011 pour l'ensemble du Pôle Handicap et Dépendance. Par ailleurs, le livret d'accueil mentionne la possibilité de mettre à disposition des familles qui le souhaitent une salle funéraire.

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

- **L'absence de formation des équipes à l'accompagnement de fin de vie ;**
- **L'absence de formalisation de procédure/protocole liés à l'accompagnement des fins de vie.**

#### ▪ Les réorientations

##### Préparation et organisation des réorientations

**L'assistante de service social accompagne les orientations des jeunes vers d'autres établissements à la demande des familles** ; un courrier informe la MDPH de la décision de la famille et du positionnement de l'établissement. Les orientations vers les établissements pour adultes sont préparées en amont des 20 ans du jeune, avec la famille. Idem, en cas de retour à domicile, la MDPH est informée.

Une communication et des échanges sont organisés avec l'établissement d'accueil : note retraçant le parcours du jeune formalisée. Le médecin communique les éléments médicaux nécessaires avec l'accord de la famille à ses homologues au sein de l'établissement d'accueil.

##### L'accompagnement post sortie

**Il n'y a pas de modalités d'accompagnement post-sortie organisées et formalisées au niveau du CEAP, ni au niveau de la Fondation.** Un suivi peut toutefois être assuré par l'assistante de service social.

La mission d'évaluation invite l'établissement à **organiser, formaliser et mettre en œuvre ces modalités d'accompagnement post-sortie** telles que prévue par les dispositions réglementaires.<sup>8</sup>

**La mission d'évaluation souligne l'importance de la réflexion sur l'orientation des personnes du CEAP** : vingt-deux jeunes vont prochainement avoir plus de 20 ans et l'accompagnement sera à adapter avec ces écarts d'âge. La réflexion peut être menée sur un mode inter-établissement au niveau du département ; le CEAP n'étant pas le seul concerné par le manque de place pour personnes handicapées adultes.

### 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

#### 3.4.1. Qualité du cadre de vie

##### ▪ Les locaux

**Le site du Foyer Albert Barbot, dans lequel est implanté le CEAP, est un site historique, qui a connu de nombreuses transformations.** De nombreux travaux sont à l'œuvre ou en projet dont les futurs locaux du CEAP, avec un début des travaux prévu à partir de 2015. Le site du Foyer Albert Barbot dispose d'espaces extérieurs agréables et verdoyants.

**Toutefois, les locaux tant sur l'accueil de jour que sur l'internat sont vétustes et inadaptés** : exigüité des salles, insuffisance des lieux de stockage, faible nombre de chambres individuelles, peu de salles d'activité, structuration sur deux niveaux, absence de salle de soin sur le centre de jour ; les salles de bains collectives sont inadaptées (hauteur des baignoires, manque d'intimité ; certaines chambres accueillent jusqu'à 4 jeunes nécessitant de nombreux soins).

**Le CEAP dispose cependant de quelques équipements de qualité** : une salle de psychomotricité spacieuse, une salle dédiée pour l'ergothérapeute et une salle multi-sensorielle financée par le Rotary Club.

<sup>8</sup> Annexe XXIV bis au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 – Article 7

Par ailleurs, les locaux de l'internat et de l'accueil de jour sont assez distants, ce qui ne facilite pas la cohérence de l'entité. Le projet de reconfiguration prévoit la réunion sur un même lieu des deux services (internat et accueil de jour).

#### ▪ L'entretien des locaux

L'entretien des locaux est assuré par deux agents de service logistique au niveau des bureaux, des salles communes (Centre de jour et Internat) et des WC. Un agent est dédié aux bureaux de la Direction et de l'accueil de jour, l'autre agent est dédié à l'internat.

L'entretien des chambres des résidents est assuré par les agents de proximité (AS/AMP) sur une fréquence quotidienne. Le personnel de proximité est également chargé du ménage du réfectoire et des couloirs sur les unités.

Par ailleurs, l'établissement fait appel à un prestataire extérieur une fois par mois pour décaper les couloirs, les préaux et réfectoires.

Le personnel a été formé aux règles d'hygiène des locaux. Les fiches techniques des produits sont connues et mises à disposition du personnel mais peu ou pas consultées.

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 :

- L'absence de plan de nettoyage et d'une traçabilité du ménage (seuls quelques protocoles sont formalisés dans certains locaux) ;
- Le contrôle de l'exécution des tâches par un cadre hiérarchique ;
- Les protocoles d'hygiène sont peu respectés et insuffisamment mis en œuvre ;
- Les lieux de stockage en nombre insuffisant ;
- L'absence de réunions régulières du personnel d'entretien (un agent participe à une réunion de fonctionnement hebdomadaire).

#### ▪ L'entretien du linge

L'établissement entretient peu de linge sur le site :

- Au niveau du Centre d'accueil de jour, deux machines permettent d'entretenir les draps, bavoirs et quelques vêtements des enfants. Un prestataire assure l'entretien du linge une fois par semaine.
- Au niveau de l'internat, les combinaisons, mops et blouses des professionnels. Le prestataire passe quotidiennement.

Les lingeries tant sur l'accueil de jour que sur l'internat fonctionnent sur un mode « familial » qui ne répond pas aux normes d'hygiène actuelles (RABC, circuit du linge- marche en avant). Un protocole existe sur chaque unité concernant le linge souillé, qui fait l'objet d'un traitement particulier : sacs hydrosolubles et de couleur spécifique remis au prestataire.

Des référents parmi les professionnels, pour les jeunes sous tutelle, s'occupent d'acheter des vêtements pour les jeunes.

Une personne est dédiée à la couture sur l'internat en réponse aux besoins des jeunes (port de combinaisons, adaptation des vêtements aux handicaps des jeunes, réparation...). Elle est également en charge des commandes de protections et des stocks.

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 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. 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.**

Au niveau du CEAP, une diététicienne d'un organisme extérieur intervient concernant les régimes diététiques et le matériel adapté au polyhandicap des jeunes, en lien avec le médecin.

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

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

**La mission d'évaluation pointe les enjeux suivants :**

- Former les professionnels du CEAP et mettre en œuvre les règles HACCP sur les cuisines satellites,
- Dans la nouvelle configuration des locaux, prévoir le respect de la marche en avant ;
- Mettre en place des commissions restauration – commission menu (prévues pour 2015) ;
- Améliorer la qualité gustative et nutritionnelle des repas ;
- Repenser les temps de repas en visant les objectifs du plan nutrition.

**Les temps de repas sur le CEAP sont organisés :**

- **Au niveau de l'internat : ils déroulent sur les salles de restauration des différentes unités ou sous le préau.** Le petit déjeuner est servi entre 7h et 8h30. Les repas durent en moyenne une heure de 11H30 à 12H30. Le dîner se déroule de 17H30 à 18H30.
- **Au niveau du centre de jour :** les enfants sont accueillis entre 8h et 9h25 par une collation. Le déjeuner se déroule de 11H30 à 12H30 en deux services : un premier service pour l'accompagnement avec une aide totale et un 2<sup>ème</sup> service pour un accompagnement avec une aide partielle.

Les temps de repas sont adaptés aux rythmes des jeunes, et de leurs différentes activités : il peut être décalé en cas de sorties par exemple : Handiplage, déjeuner à 12H30).

#### **Observation d'un temps de repas au CEAP**

L'observation d'un temps de repas au CEAP au niveau de l'accueil de jour sur l'unité Chrysalide a montré la qualité de ce moment.

**Il est bien encadré et sécurisé.** Une équipe de 6 professionnels accompagne 9 jeunes. Les jeunes de l'unité sont autonomes dans la prise du repas. Un jeune déjeune à l'écart du groupe en raison de troubles du comportement. Deux autres jeunes sont assis à une grande table et une deuxième table accueille 6 enfants.

**Le fonctionnement du temps de repas est en adéquation avec les besoins des usagers.** Certains jeunes disposent de couverts adaptés (assiettes à rebord). L'accompagnement est personnalisé : un support de communication non verbale (vignettes en relief) a été créé pour un jeune.

**L'ambiance est globalement calme. La posture des professionnels observée lors de l'évaluation était de grande qualité :** ces derniers se sont montrés doux, patients et bienveillants avec les jeunes. Ils n'ont jamais forcé l'utilisateur à manger quelque chose et ont eu à cœur de verbaliser chacun de leurs actes, d'accompagner les plus jeunes avec un souci de l'autonomie et de ne pas « faire à la place de ».

### 3.4.2. L'accompagnement proposé

#### ▪ L'accompagnement socio-éducatif

**L'accompagnement éducatif est assuré par trois personnels éducatifs sur le centre de jour** (1 EJE + 1 animateur socio-éducatif et 1 ES en CDD) **et par sept personnels éducatifs sur l'internat** (1 Animateur socio-éducatif, 1 EJE, 1ES et 4 ME). Les équipes sont composées également d'AMP et d'AS. **Le personnel éducatif est réparti selon les besoins et profils des publics sur les différentes unités** : par exemple, les EJE sont positionnés sur les publics plus jeunes – Unité Capucine et unité Chrysalide – et le personnel éducatif est renforcé sur l'unité Guétali (troubles du spectre autistique et troubles du comportement).

**L'accompagnement socio-éducatif est structuré par deux cadres de proximité (un sur le centre de jour et le SESSAD, un sur l'internat) ; et des éducateurs en charge de la coordination** : deux sur l'internat et un sur le centre de jour, chargés de la supervision des projets personnalisés, de l'organisation des activités.

Sur le centre de jour, les activités sont programmées sur l'année et évaluées au mois de novembre en lien avec les projets personnalisés. Des fiches action individuelles ont été mises en place sur les différents ateliers (définition d'objectifs de travail, observations) et ainsi que des grilles d'évaluations trimestrielles (questions sur la compréhension, l'attention, la communication non verbale et cotations).

**L'accompagnement socio-éducatif a pour objectifs de développer l'autonomie et la socialisation en fonction des capacités de chaque jeune.**

**L'offre éducative est plurielle. Les professionnels du CEAP interviennent en interne sur des ateliers, et en externe, lors de sorties ; en collectif et en individuel. Les supports utilisés sont très variés : piscine, équitation, supports visuels/sensoriels.**

**Des ateliers sont proposés chaque matin à partir de 9H30 sur le centre de jour jusqu'au repas. Au niveau de l'internat, des activités sont proposées à partir de 8H30, et l'après-midi les activités sont plus « occupationnelles » en dehors des sorties organisées.** En fonction des unités, la programmation des sorties est variable et adaptée aux publics accueillis : un mercredi sur deux en collectif ou bien des sorties individuelles chaque jour (unité Guétali).

L'accompagnement alterne des temps collectifs et des accompagnements individuels sont également réalisés en fonction des projets personnalisés des jeunes (ex : bains de confort).

**Une transversalité est mise en œuvre au niveau de l'accompagnement éducatif sur les deux services** : au centre de jour, les jeunes sont répartis sur leurs unités pour les temps d'accueil et du déjeuner et répartis sur les différents ateliers en fonction de leur PP ; sur l'internat, des sorties inter-unités sont organisées (notamment entre les unités 1, 3 et 4).

#### L'accompagnement est particulièrement personnalisé

**L'accompagnement éducatif suit les objectifs inscrits dans le projet personnalisé notamment via l'outil PSI (mis en place en 2011), investi par les équipes et via les différents outils mis en place (fiche action avec objectifs individualisés etc..).**

**Des outils adaptés de communication non verbale sont mis en place pour cerner les centres d'intérêt des jeunes** : photogramme, association d'objet à certaines activités, travail sur les 5 sens etc...

**L'équipe a ritualisé la journée pour accompagner au mieux les jeunes** : travail sur la quotidienneté et des repères sur l'internat, temps d'accueil le matin sur le centre de jour.

#### ▪ L'accompagnement thérapeutique et psychologique

**Le pôle thérapeutique regroupe l'accompagnement médical et infirmier, rééducatif et psychologique.** Un médecin généraliste et deux médecins spécialistes interviennent au niveau du CEAP avec une répartition par service :

- Au niveau du CEAP, le médecin généraliste intervient à 0,5 ETP complété d'un temps de médecin spécialisé à hauteur de 0,15 ETP ;
- Au niveau du centre de jour, le second médecin spécialisé (rééducation fonctionnelle) intervient à hauteur de 0,17 ETP (4 demi-journées par mois).

**Le suivi médical des enfants du CEAP est assuré par un médecin généraliste** (0,6ETP sur l'Internat, Centre de Jour et SESSAD, 0,3ETP sur le FAM et 0,1ETP sur le SAMSAH) **et un médecin de rééducation fonctionnelle** (4 demi-journées par mois).

Un médecin psychiatre intervient sur l'ensemble du Pôle PHD, il intervient à 0,05 ETP sur l'internat, et 0,15 ETP sur le centre de jour ; il est présent sur le CEAP une fois par semaine pour assurer des consultations et participe à la réunion de coordination. **L'équipe médicale est également formée d'une IDE (1 ETP) sur le Centre de Jour et de 4 IDE (4ETP) sur l'Internat.**

**L'équipe médicale est fortement impliquée au sein de l'établissement** : elle assure le suivi médical des jeunes et l'information/formation des équipes.

Le médecin généraliste est le médecin traitant des 40 jeunes de l'internat. Il assure une fonction de coordination pour les enfants du Centre de jour et du SESSAD : lien avec les soignants extérieurs (médecins traitants, rééducateurs et paramédicaux. Il n'a pas de prérogative en termes de prescriptions pour les jeunes du Centre de Jour et du SESSAD.

**Une visite médicale est systématiquement assurée par le médecin généraliste la semaine précédant la réunion de projet personnalisé (Internat, Centre de Jour, SESSAD).** 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. L'infirmière du CEAP assiste aux visites médicales.

**Une coordination est assurée** avec le personnel infirmier et rééducatif lors d'une réunion une fois par mois. Le médecin participe également aux réunions mensuelles de l'ensemble des personnels rééducatifs du PHD. Le médecin généraliste dispose d'une réunion hebdomadaire avec le Directeur du PHD.

Les deux médecins généralistes du PHD 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*).

**Le circuit du médicament est sécurisé** : les prescriptions du médecin sont réalisées sur le logiciel PSI auquel a accès la Pharmacie d'Usage Intérieur. Certaines prescriptions papiers demeurent si le médicament ne concerne pas la pathologie d'admission : ces derniers ne sont pas pris en charge par l'établissement, idem pour les antibiotiques. Les infirmières ont en charge la transmission des ordonnances à la PUI. Les stocks de médicaments sont livrés par la PUI et la préparation des médicaments (piluliers) sont assurées par les infirmières. Au centre de jours, les médicaments sont principalement pris avec les parents et non au CEAP, toutefois l'infirmière distribue certains médicaments (ex : nécessitant d'être pris pendant le repas du déjeuner). Sur l'Internat, les infirmières assurent la distribution du matin, excepté sur l'unité TED où c'est le personnel de proximité. Ce choix fait suite à une discussion en équipe avec le médecin. La distribution par les AS-AMP est notifiée sur PSI à travers l'item « soins délégués ». **Toutefois la traçabilité systématique de la dispensation du médicament reste à améliorer.**

**L'accompagnement infirmier est organisé comme suit :**

- Une IDE présente de 7h30 à 15h sur le centre de jour
- Deux IDE le matin (6h-13h) et une l'après-midi (13h-20h) sur l'internat
- Une présence infirmière le week-end sur l'internat

**La mission relève plusieurs points forts de l'accompagnement infirmier :**

- L'encadrement des pratiques par de nombreux protocoles formalisés : procédure d'urgence, fausse route, chute, crise convulsive... ;
- Une coordination satisfaisante à travers la participation des infirmières aux différentes réunions (transmission générale, réunion d'unité etc..).

**La mission d'évaluation souligne l'inadaptation des locaux actuels à un accompagnement infirmier de qualité:**

- L'absence de salle de soins, et la réalisation de prise de sang sur les unités ;

- L'absence de salle de préparation des médicaments (salle commune à la salle de soins avec le matériel des soignants).

#### La prise en charge rééducative

**L'équipe rééducative du CEAP** est composée de deux psychomotriciens (un qui partage son temps plein entre l'accueil de jour et le SESSAD et un autre sur l'internat), de deux ergothérapeutes (0,7 ETP sur l'accueil de jour et 0,3 ETP sur le SESSAD et 1 ETP sur l'internat), d'un kinésithérapeute pour l'accueil de jour, d'une orthophoniste (à 0,25 ETP sur l'accueil de jour et à 0,25 ETP sur le FAM).

**Il n'existe pas de projet de rééducation en tant que tel**, mais les rééducateurs ont été associés à des groupes de travail lors de la mise à jour du projet d'établissement du CEAP et du SESSAD.

**Les rééducations sont prescrites par le médecin généraliste ou le médecin de rééducation fonctionnelle** (ou à minima notées dans les comptes rendus de consultation signés par le médecin). Elles peuvent être discutées dans le cadre de la réunion de projet individualisé et/ou dans le cadre de la réunion de rééducation du vendredi après-midi, en présence du médecin, des cadres de proximité, des IDE et des rééducateurs pour des échanges et prises de décisions relatives aux appareillages et rééducations.

#### **L'accompagnement rééducatif repose sur la réalisation de bilans et de séances, et sur des modalités variées :**

- Les séances sont réalisées en individuel ou en groupe ;
- Les prises en charges sont fréquemment co-animées en binôme professionnel : avec les éducateurs ou un autre professionnel rééducatif (ex : activité piscine avec l'ergothérapeute et la psychomotricienne) ;
- Des supports variés sont utilisés, en prenant appui sur les ressources de la structure : espace de balnéothérapie, une salle de psychomotricité spacieuse, une salle dédiée pour l'ergothérapeute et une salle multi-sensorielle.

**Le nombre de séances par semaine est ajusté en fonction de la spécialité et des besoins de chaque jeune** (notamment identifiés dans son projet), qui dispose d'un planning individualisé de prise en charge.

**Les ateliers font, pour la plupart, l'objet de projets écrits**, et les séances fixes sont généralement tracées dans le PSI ; des transmissions narratives sont également insérées dans le logiciel, notamment au niveau du centre de jour afin que les familles puissent disposer d'un imprimé récapitulatif des actions menées quotidiennement auprès de chaque jeune. Un bilan de ces séances est réalisé lors de l'élaboration ou la mise à jour du projet personnalisé.

**La coordination avec les autres professionnels est effective**, à travers différents moments auxquels les rééducateurs sont associés :

- Une réunion mensuelle le dernier vendredi de chaque mois regroupe le médecin, les cadres de proximité, les rééducateurs et l'IDE partagée entre le CEAP et le SESSAD ;
- Une réunion mensuelle le deuxième mercredi de chaque mois permet de réunir les rééducateurs du PHD (MAS, FAM, SESSAD, CEAP) et les médecins du PHD. Les sujets abordés sont variés : formations, mouvements du personnel, échanges de pratiques entre les paramédicaux et les médicaux ;
- Une réunion hebdomadaire des rééducateurs du CEAP avec le médecin coordonnateur le mercredi.
- Les réunions hebdomadaires de pré-projet des jeunes ;
- Les réunions d'équipes de chaque service du CEAP ;
- La participation aux commissions d'éthique

En sus de ces temps, les paramédicaux du pôle se réunissent tous ensemble le lundi midi au cours du déjeuner pour échanger sur les pratiques, se conseiller mutuellement et harmoniser leurs pratiques.

#### **Temps d'observation – séance d'ergothérapie-psychomotricité**

La mission d'évaluation a pu observer une séance individuelle d'ergothérapie où l'ergothérapeute travaillait en binôme avec la psychomotricienne. L'objectif de la séance est de changer le fauteuil du jeune pour qu'il soit plus adapté : réduire la coque car le résident est en capacité de se maintenir droit et ainsi favoriser le maintien de son autonomie. Cette séance intervient en remplacement de l'activité piscine annulée pour cause de mauvais temps.

L'équipement permet de positionner le résident : lève personne et table à hauteur variable.

Les deux professionnelles réalisent des tests d'équilibre avec la participation de l'utilisateur. **Elles sont en permanence en recherche de l'attention et de réponse de la part du jeune qui oralise un peu.**

Les professionnelles utilisent des objets pour le stimuler et des processus d'imitation.

A travers de nombreux échantillons colorés de mousse et par un processus éliminatoire de choix entre deux couleurs, elles parviennent à faire choisir la couleur du nouveau fauteuil par le jeune lui-même.

Cette séance illustre l'attention portée au bien-être de la personne, au maintien de ses capacités et au respect de l'individu exprimant des choix et préférences.

#### **La mission d'évaluation note plusieurs points forts de l'accompagnement rééducatif :**

- Un plateau technique diversifié et adapté aux besoins des jeunes, des moyens humains satisfaisants ;
- Un équipement matériel intéressant : salle multi-sensorielle, salle de psychomotricité, etc.
- Des partenariats efficaces avec les médecins en interne ainsi qu'avec les intervenants extérieurs (avec les fournisseurs en ce qui concerne les appareillages, médecins de MPR, radiologues, chirurgiens, orthoprothésistes qui viennent sur site pour réaliser des moulages et ajustements techniques nécessaires aux fauteuils des jeunes, etc.) ;
- La diversité des supports et modalités d'accompagnement (individuel, petit groupe, atelier...) ;
- Le travail réalisé en équipe (co-animation, binôme avec éducateurs, entre rééducateurs...) ;
- Une bonne structuration et coordination des interventions via des réunions pluridisciplinaires entre professionnels médicaux, rééducatifs et éducatifs ;
- Des professionnels bénéficiant de formations collectives adaptées (manutention, stimulation basale, déglutition, techniques de décontraction musculaire...).

#### **Quelques réserves sont relevées par la mission :**

- Un temps de prise en charge des jeunes au niveau de l'accueil de jour insuffisant du fait des amplitudes horaires des équipes qui se retrouvent écourtées par la réalisation des transports domicile-CEAP.
- L'absence de postes informatiques en nombre suffisant pour signer les séances fixes réalisées et l'absence de possibilité offerte par le logiciel de soin de signer les actes à posteriori ;
- Le manque de formations individuelles axées sur certains domaines d'expertise ;
- Des locaux de stockage limités qui conduisent à conserver du matériel (élévateurs...) dans le jardin.

#### L'accompagnement psychologique

**L'accompagnement des jeunes du CEAP est réalisé par une psychologue qui partage son temps plein entre plusieurs structures du PHD (CEAP, SESSAD, SAMSAH, MAS), soit environ 160 situations à suivre. Disposant d'un master en clinique sociale, elle intervient depuis 11 années au PHD.**

**La psychologue est amenée à travailler principalement avec les familles et avec les professionnels.**

**Sa mission principale repose sur la mise en place de l'éducation structurée** pour intégrer la culture de l'autisme, la recherche de ce qui peut être mis en place pour répondre aux spécificités des enfants et faire reconnaître les troubles envahissants du développement (TED) dans le polyhandicap.

**Elle n'assure que peu de suivi individuel auprès des jeunes du CEAP, ces derniers n'ayant peu ou pas accès à la parole. Elle n'assure pas d'accompagnement collectif mais réalise des temps de supervision sur des temps de prise en charge. Les profils psycho-éducatifs des jeunes sont réalisés sur la base du PEP pour faciliter le repérage des centres d'intérêts de chacun.**

**Elle intervient auprès des familles à travers plusieurs supports :**

- Un entretien annuel au moment des synthèses des PAI : moment important de relais entre les familles et l'institution ;

- Des groupes d'expression animés par la psychologue avec le médecin permettent aux familles de s'exprimer auprès d'autres familles sur des situations le nécessitant (opérations lourdes par exemple) ;
- Des visites à domicile sont également réalisées pour recueillir les habitudes de vie et appréhender davantage le niveau de communication de chaque jeune dans son environnement naturel.

**Son intervention est principalement concentrée sur les professionnels** avec, par exemple :

- La réalisation de temps d'analyses de pratiques pour permettre d'avoir une réflexion partagée sur des événements (une semaine sur 2 pour les unités TED, une fois par mois et par groupe à l'accueil de jour et à la demande pour les autres unités de l'internat) ;
- Préparation des synthèses des projets pour permettre aux professionnels d'avoir un regard de clinicien (basée sur la clinique du sujet sur une journée plutôt qu'une interrogation sur des actes de la vie quotidienne pris de façon individuelle) ;
- Participe aux réunions de synthèse ;
- Participe aux réunions coordination (vendredi AM) auxquelles sont présents : le médecin, le psychiatre, les cadres de proximité, les éducateurs. Ces réunions sont l'occasion de traiter des sujets organisationnels et des situations préoccupantes. Un point souligné est l'évolution de la culture du PHD en faveur d'une concertation pluridisciplinaire.

**S'ajoutent à cela des temps informels** qui permettent un repérage des éventuels conflits, l'identification des clés pour recentrer les professionnels sur le travail et l'écoute et le soutien des professionnels qui en expriment le besoin.

Au-delà des temps de réunions évoqués précédemment et des nombreux temps informels, la coordination de ses activités passe par des échanges réguliers avec le médecin et le psychiatre.

**La traçabilité des actions menées par la psychologue est réalisée au niveau du logiciel PSI.** Des notes personnelles sont également conservées dans son bureau, dans un endroit sécurisé.

#### ▪ L'accompagnement social

**Une assistante de service social (1 ETP) intervient sur le CEAP (Internat, Centre de Jour, SESSAD) et sur le SAMSAH.** Elle pour mission d'assurer l'accompagnement social des familles en fonction des besoins et handicap des jeunes. Elle accompagne les familles dans les démarches hors de l'établissement (ex : adaptation et aménagement du logement, orientation vers d'autres professionnels, information sur les droits...). Ses modalités d'intervention sont généralement individuelles dans le cadre d'entretien sur le CEAP ou de déplacements aux domiciles des familles.

**L'intervention de l'assistante sociale concourt à la personnalisation de l'accompagnement.** Elle participe aux réunions de projets personnalisés des jeunes accompagnés et permet de contextualiser la situation de l'utilisateur dans son environnement social et familial, se faisant également l'écho des souhaits des familles.

Elle accompagne également les orientations des jeunes vers d'autres établissements. Les orientations vers les établissements pour adultes sont préparées en amont des 20 ans du jeune, avec la famille : demande auprès de la MDPH.

Les missions de l'assistant de service social sont formalisées au sein d'un cours paragraphe dans le projet d'établissement. Toutefois, **la mission d'évaluation pointe quelques enjeux d'amélioration** :

- l'absence de formalisation du rôle de l'assistant de service social dans la réorientation et l'orientation des jeunes vers des établissements pour adultes ;
- l'absence de précisions sur les modalités d'accompagnement des jeunes après leur sortie de l'établissement pendant minimum 3 ans.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Annexe XXIV bis au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 – Article 7 : « L'établissement assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et

### 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 jeunes :

- Au niveau de l'Internat :
  - o une réunion de transmission générale le lundi animée par le cadre de proximité ;
  - o Une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire sur chaque unité ;
- Au niveau du Centre de jour :
  - o Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sur chaque unité ;
- Une réunion mensuelle des rééducateurs, médecins et cadres de proximité du Centre de jour et de l'Internat
- Les réunions de projets personnalisés : réunion de pré-projet et réunion de projet (cf §3.3.2 Elaboration du projet personnalisé).

##### Les transmissions

**La majorité des transmissions est réalisée sur le logiciel informatique PSI, avec un code couleur pour les différentes composantes de l'accompagnement** (Infirmier, éducatif, quotidienneté) et pour l'ordre de priorité (rouge =important). **Le logiciel est installé depuis 2011 et bien approprié par les équipes.** Les droits d'accès sont différenciés et respectent la confidentialité de certaines informations.

Sur l'internat, **un cahier de réunion** avec les comptes rendus est disponible sur chaque unité et au secrétariat.

Au niveau du centre de jour, **un cahier de liaison pour chaque jeune** permet de réaliser des transmissions quotidiennes avec les familles (extraits de PSI).

**Il n'y a pas de temps de transmission institués et formels** entre les équipes matin-après-midi et jour-nuit. A leur arrivée, les équipes prennent connaissance des transmissions sur PSI.

**De façon globale, la transmission des informations est satisfaisante.**

#### ▪ Le dossier de l'utilisateur

**Le dossier de l'utilisateur est stocké dans des lieux sécurisés dans le respect de la confidentialité** (armoires fermés à clef, partie administrative, socio-éducative et médicales distinctes). **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 socio-éducative est stockée dans le bureau des infirmières sur chaque service (Centre de Jour et Internat)
- La partie médicale est stockée dans ce même bureau dans une armoire distincte.

**Une procédure d'accès de l'utilisateur à son dossier est formalisée.**

**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

---

sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Cet accompagnement court sur une durée minimum de trois ans ».

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 ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans quelques bâtiments ;
- Le contrat de séjour (DIPC pour le Centre de jour) 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 aux familles à l'admission du jeune ;
- La personne qualifiée est évoquée dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

L'ensemble des documents est intégré au sein d'un dossier d'accueil, et un récépissé signé, conservé au sein du dossier de l'usager atteste de la réception de ces documents par les familles et/ou représentants légaux.

**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 et n'est pas présente sur l'ensemble des différents bâtiments du CEAP. 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-sociaux<sup>10</sup> ;
- Le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance n°119 n'est pas affiché ;
- Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux ;
- Les outils de la loi 2002-2 n'ont pas été adaptés à la compréhension des usagers (style simple et présentation allégée, pictogrammes).

#### 3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

##### ▪ Le droit d'expression et de participation

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

- Le CVS se réunit 3 fois par an et est présidé par la mère d'un jeune ;
- 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 validés et signés par la présidente du CVS et envoyés à toutes les familles.

**Toutefois la mission pointe l'enjeu suivant :**

**Sa composition ne respecte pas pleinement la réglementation** : les représentants des usagers ne représentent pas la majorité des membres. La composition inscrite dans le règlement de fonctionnement (3 usagers, 5

<sup>10</sup> Dispositions des articles L116-1, L116-2, L311-3 et L313-24 du Code de l'action sociale et des familles

représentants des familles et 2 représentants du personnel) n'est pas effective. Le CVS est actuellement composé de trois représentants des familles, un mandataire judiciaire, deux représentants du personnel, un représentant de la Fondation.

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.

**Le fonctionnement du CVS est donc pleinement effectif.** La mission estime toutefois que la participation des familles à l'instance pourrait être renforcée.

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

- Un groupe de parole ouvert à tous les parents a été mis en place en 2013, animé par une psychologue extérieure à l'établissement. Le groupe s'est réuni sur une base trimestrielle avec une participation entre 10 et 20 personnes. Toutefois, à date d'évaluation ce groupe est suspendu faute d'intervenant pour l'animation.

La mission d'évaluation pointe **l'absence d'enquête de satisfaction** et invite l'établissement à poursuivre la mise en place des groupes de parole, qui selon les parents rencontrés correspond à un réel besoin.

#### ▪ Le droit à l'information

**Le droit à l'information est effectif au CEAP.** Les représentants légaux sont informés des décisions qui concernent l'accompagnement, notamment dans la mise en œuvre du projet individualisé (recueil des souhaits des familles, contractualisation) et au moyen de contacts réguliers avec les professionnels (oraux, via le cahier de liaison, etc.). Les professionnels ont le souci de verbaliser toutes leurs actions auprès des usagers. Les outils de la loi 2002-2 sont également transmis aux usagers et à leurs familles (même si relativement mal connus).

#### ▪ Le droit à la protection

**Le droit à la protection est assuré par plusieurs éléments** : les règles de protection des informations et des données sont inscrites dans le règlement de fonctionnement (CNIL etc..).

#### ▪ Le droit à l'autonomie

**Le droit à l'autonomie est effectif au CEAP.** Le maintien et la stimulation de l'autonomie constitue le fil rouge de l'accompagnement, qui privilégie le faire avec plutôt que le faire à la place : lors des repas par exemple.

#### ▪ 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** : jusqu'à quatre jeunes accueillis au sein d'une chambre, salles de bains collectives. Des paravents sont cependant installés pour favoriser l'intimité des jeunes.

**Le droit à la vie affective et sexuelle est un thème retenu par la Fondation dans son CPOM 2014-2018 comme axe principal de renforcement des droits individuels des personnes accueillies. Il 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 relationnels 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. En outre, l'accompagnement à l'éducation sexuelle des jeunes du CEAP fait l'objet d'un développement dans le projet d'établissement : « notre objectif actuel est de « dé-tabouiser » progressivement la question de la sexualité, de travailler l'importance de la vie affective et sexuelle chez chacun de nous puis de demander à ce qu'un maximum de personnes suivant des formations spécifiques ». La mission d'évaluation invite l'établissement à poursuivre sa réflexion et la formation des professionnels.

#### ▪ Le droit à la dignité

**La dignité des usagers est préservée au CEAP :**

- Les propos et postures des professionnels, observées 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 ;
- Le CEAP organise le respect du droit à l'image, qui fait l'objet d'une autorisation de diffusion de l'image.

#### ▪ 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'enfant par leur participation à l'élaboration du projet personnalisé. Un référent identifié est l'interlocuteur privilégié des familles. Au centre de jour, un cahier de liaison permet de réaliser des transmissions quotidiennes avec les familles via des extraits de PSI. Il est également mis en place de façon plus ponctuelle sur l'internat en cas de séjour à domicile.

Les familles sont conviées à différents moments festifs de l'établissement dont la fête de fin d'année. **L'établissement favorise les rencontres entre parents** en accédant à leur demande de mis en place d'un groupe de parole animé par un psychologue extérieur (suspendu à date d'évaluation).

**Les familles rencontrées par la mission d'évaluation soulignent l'évolution positive de l'établissement** dans ses relations avec les familles. Elles mettent en avant l'information des parents, l'écoute des professionnels et le lien avec l'institution.

#### ▪ Pratique religieuse et droits civiques

Les capacités des usagers accompagnés au CEAP étant limitées, peu de choses sont réalisées pour faciliter l'exercice des droits civiques et la pratique religieuse. Toutefois, l'établissement respecte les habitudes alimentaires de chacun.

### 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 CEAP Les Mimosas a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité en date du 13 mars 2008**, et était en conformité avec la plupart des exigences légales en matières de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

- **L'établissement dispose d'un registre de sécurité pour les locaux du centre de jour et d'un registre de sécurité pour les locaux de l'internat.**
- **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 : absences de contrôle des installations électriques pour le centre de jour entre 1999 et 2009 ; absence de contrôle des systèmes de désenfumage pour l'internat entre 2009 et 2013 ; absence de vérification des moyens de secours (extincteurs, RIA) de l'internat en 2008, 2012 et 2013, 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 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.**
- **Un diagnostic amiante a été réalisé pour le centre de jour.** D'après l'établissement, l'internat est dispensé de cette mesure.
- **Des trousse de secours et un chariot d'urgence médicale** (une spécifique à l'internat et une spécifique au centre de jour et au SESSAD) ont été mis à la disposition des intervenants ;

Quelques points d'amélioration sont identifiés :

- **La tenue des registres de chacun des structures devra faire l'objet d'une plus grande rigueur et une meilleure gestion des contrôles de maintenance obligatoires devra être instaurée.**
- **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 sanitaire<sup>11</sup> ;
- **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 l'internat précisant** « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »<sup>12</sup>. A noter qu'étant un semi-internat, l'établissement n'a pas d'obligation de détenir un plan de continuité des activités ;
- **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 CEAP** conformément à la réglementation en vigueur.

#### ■ La réalisation et le suivi de la maintenance

**Les activités de maintenance sont assurées par deux agents** : un ouvrier polyvalent à temps plein pour le centre de jour et un ouvrier polyvalent à temps plein pour l'internat. Ils disposent tous deux à minima d'un CAP (CAP ouvrier polyvalent pour l'un ou CAP maçonnerie + BEP en installation thermique et sanitaire pour l'autre). Ils 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.

Au niveau du centre de jour, l'employé polyvalent est également en charge des transports des usagers (de 7h à 9h pour les allers et de 13h30 à 15h30 pour les retours).

**Les demandes d'interventions aux agents sont réalisées principalement de façon orale, sinon dans un cahier de travaux disponible au niveau du secrétariat 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 chacune des structures du CEAP** (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. L'ouvrier de l'internat participe toutefois aux réunions de fonctionnement du service le lundi.

<sup>11</sup> Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude

<sup>12</sup> 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. 313-12 du CASF

Dans l'attente des travaux de restructuration engagés, la mission d'évaluation a pu observer des bâtiments relativement bien entretenus 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).
- **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.
- **Les situations de polyvalence de tâches** (dans le cas de la fonction maintenance/chauffeur par exemple) peuvent être source d'un éparpillement des responsabilités.

#### ■ 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 CEAP, le secrétariat est assuré de 8h à 16h par la secrétaire et pas le personnel soignant le reste du temps.
- **La tenue d'un cahier de liaison avec les familles**, qui permet une continuité entre les temps d'accueil au niveau du centre de jour et le domicile des jeunes ;
- **Une astreinte de direction** est assurée 365 jours par an, 24h/24 par les directions des différents pôles du Foyer Albert Barbot.
- **La présence d'une infirmière mutualisée sur le PHD 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 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 est 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 de l'internat du CEAP ou il existe une transversalité moindre qu'au centre de jour, 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 :**

- **Mettre en place des formations régulières sur le sujet de la bientraitance** (réactivation des formations sur l'Humanitude par exemple) 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 du service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (119) 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 CEAP 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 ;
- Un travail avec les écoles voisines et les associations AquababyClub, Aquabike et bébés nageurs, qui utilisent la piscine situé au centre du site ;
- La mise à disposition d'un bâtiment sur le site, pour une artiste peintre (résidence d'artiste) 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'évènement festifs avec les écoles : carnaval, halloween ou encore la Fête de Noël.

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

- **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 pic-nic, tradition fortement intégrée dans la culture réunionnaise
- Des partenariats et utilisation d'infrastructures de loisirs : club hippique du Tampon, Association Art pour tous, Handiplage, utilisation du PAss'Loisirs du Conseil Général
- Dans le domaine sanitaire avec une Charte signée récemment entre le CHU, la FEAP et d'autres associations pour faciliter l'accès au soin des personnes handicapées (domaine dentaire et accueil aux urgences notamment).

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. **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 Kall

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 n'a pas rencontré les usagers dans le cadre d'un entretien, non pertinent par rapport au type de public accueilli par l'établissement. Elle a pu assister à des temps d'observation (repas notamment, cf. 3.4. Qualité de l'accompagnement).

#### ▪ Les familles

**Les parents rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont exprimé leur satisfaction quant à l'accompagnement proposé.** Ils ont mentionné **une prise en charge de qualité centrée sur les besoins** de l'enfance, des échanges réguliers entre la famille et les professionnels. Ils ont exprimé leur confiance envers l'institution et le cadre sécurisé dans lequel sont pris en charge leur enfant. Ils mettent en avant la disponibilité du personnel et sa qualification. L'évolution positive principale des dernières années a été **l'écoute réservée aux familles**. Les parents sont informés et partie prenante de la démarche de projet personnalisé et disent mesurer les progrès chaque année de leur enfant. Ils pointent toutefois la vétusté des locaux et sont dans l'attente de l'ouverture des nouveaux locaux. Ils souhaiteraient également un renforcement de l'accompagnement pour réaliser davantage d'activités.

#### ▪ Les partenaires

**Les quatre partenaires contactés se disent tous satisfaits de leur collaboration avec le CEAP Les Mimosas.** 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 CEAP qui se rend disponible dès qu'il est nécessaire.

Les partenaires évoquent également **une démarche d'amélioration dans les partenariats à souligner.**

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.**

## 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 jeunes 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 Siègne de la Fondation.

**En ce qui concerne les CDD, le directeur de l'établissement est en charge de la signature du contrat.** Le CEAP 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 CEAP 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 CEAP.**

**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. Les formations les plus importantes dont ont bénéficié les professionnels du CEAP 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) ;
- Stimulation basale (CEAP) ;
- Sensibilisation à l'accueil temporaire (CEAP) ;
- L'accompagnement des professionnels autour des situations de violence (FAM) ;
- Humanitude (MAS, FAM) ;
- Prévention des situations difficiles (FAM) ;

**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 CEAP 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.

De plus, certains groupes (CEAP par exemple) s'avèrent peu « attractifs », peu de candidats se portant volontaires pour les rejoindre du fait de conditions de travail plus difficiles en lien avec la lourdeur du handicap des jeunes accueillis. Ainsi, 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. **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 ou au format papier dans 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 CEAP Les Mimosas 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 contenu du projet ainsi que ses orientations sont en cohérence avec les missions de l'établissement telles que définies par la réglementation.** Plus spécifiquement, le projet est conforme, mais le lien avec les orientations des politiques publiques mériterait d'être davantage mis en exergue avec les missions poursuivies par l'établissement.

**Le dispositif du CEAP est, dans son ensemble, pertinent et propose une bonne réponse aux besoins du territoire.** La localisation du CEAP, 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 de rééducation, espaces multi-sensoriels ...).

**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.

**Les ressources humaines sont satisfaisantes, tant en termes de compétences que de qualification.** Les ressources attribuées sont en cohérence avec celles allouées à d'autres structures du même type sur le territoire.

**Les ressources matérielles sont satisfaisantes et de qualité.** Le site dispose en outre d'une flotte de véhicules adaptés mutualisée.

**L'offre de formation est globalement en adéquation avec les besoins identifiés au niveau du pôle et plus spécifiquement au niveau du CEAP.** 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. Les orientations identifiées pour les trois prochaines années par la Fondation (orientations stratégiques du plan de formation de la Fondation) sont pertinentes.

**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 paires organisé et des points d'étape réalisé par la hiérarchie.)

**Le PHD dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations règlementaires, 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 CEAP Les Mimosas est globalement structuré, coordonné et adapté aux besoins du public.**

**Sur l'accompagnement socio-éducatif,** l'accompagnement éducatif est assuré par trois personnels éducatifs sur le centre de jour (1 EJE + 1 animateur socio-éducatif et 1 ES en CDD) et par sept personnels éducatifs sur l'internat (1 Animateur socio-éducatif, 1 EJE, 1ES et 4 ME). Les équipes sont composées également d'AMP et d'AS. L'accompagnement socio-éducatif est structuré par deux cadres de proximité (un sur le centre de jour et le SESSAD, un sur l'internat) ; et des éducateurs coordonnateurs. Les professionnels du CEAP interviennent en interne sur des ateliers, et en externe, lors de sorties ; en collectif et en individuel. Les supports utilisés sont très variés : piscine, équitation, supports visuels/sensoriels. L'accompagnement éducatif suit les objectifs inscrits dans le projet personnalisé notamment via l'outil PSI (mis en place en 2011), investi par les équipes et via les différents outils mis en place (fiche action avec objectifs individualisés etc..).

**Sur l'accompagnement thérapeutique et psychologique, le pôle thérapeutique regroupe l'accompagnement médical et infirmier, rééducatif et psychologique.** Un médecin généraliste et deux médecins spécialistes interviennent au niveau du CEAP avec une répartition par service. L'équipe médicale est fortement impliquée au sein de l'établissement : elle assure le suivi médical des jeunes et l'information/formation des équipes.

**Sur la prise en charge rééducative,** l'équipe rééducative du CEAP est composée de deux psychomotriciens (un qui partage son temps plein entre l'accueil de jour et le SESSAD et un autre sur l'internat), de deux ergothérapeutes (0,7 ETP sur l'accueil de jour et 0,3 ETP sur le SESSAD et 1 ETP sur l'internat), d'un kinésithérapeute pour l'accueil de jour, d'une orthophoniste (à 0,25 ETP sur l'accueil de jour et à 0,25 ETP sur le FAM). **Il n'existe pas de projet de rééducation en tant que tel,** mais les rééducateurs ont été associés à des groupes de travail lors de la mise à jour du projet d'établissement du CEAP et du SESSAD.

Sur l'accompagnement psychologique, **est réalisé par une psychologue qui partage son temps plein entre plusieurs structures du PHD** (CEAP, SESSAD, SAMSAH, MAS), soit environ 160 situations à suivre. Disposant d'un master en clinique sociale, elle intervient depuis 11 années au PHD. **La psychologue est amenée à travailler principalement avec les familles et avec les professionnels.** Elle n'assure que peu de suivi individuel auprès des jeunes du CEAP, ces derniers n'ayant peu ou pas accès à la parole.

**L'accompagnement social,** est assuré une assistante de service social (1 ETP) intervient sur le CEAP (Internat, Centre de Jour, SESSAD) et sur le SAMSAH. Elle a pour mission d'assurer l'accompagnement social des familles en fonction des besoins et handicap des jeunes.

**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 CEAP 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, un travail avec les écoles voisines est mis en place., l'accueil de bénévoles.

**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 : club hippique du Tampon, Association Art pour tous, Handiplage, utilisation du PAss'Loisirs du Conseil Général.

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.

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

**La démarche de projets individualisés est effective de longue date sur le CEAP** et constitue un vrai 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. 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.**

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'un jeune le nécessite particulièrement.

**Le CVS, établi pour le CEAP, fonctionne en conformité avec son cadre légal.** Le fonctionnement du CVS est pleinement effectif. La mission estime toutefois que la participation des familles à l'instance pourrait être renforcée.

Un groupe de parole est ouvert aux parents afin de favoriser l'expression.

## 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.** 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.

**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 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.

**Le droit à l'autonomie est effectif au CEAP.** Le maintien et la stimulation de l'autonomie constitue le fil rouge de l'accompagnement, qui privilégie le faire avec plutôt que le faire à la place : lors des repas par exemple.

**Le CEAP Les Mimosas a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité en date du 13 mars 2008,** 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 assurées par deux agents :** un ouvrier polyvalent à temps plein pour le centre de jour et un ouvrier polyvalent à temps plein pour l'internat. 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.

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

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

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

## 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
<b>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet d'établissement valable pour la période 2012-2016</li> <li>Une rédaction participative, accompagné par un cabinet spécialisé</li> <li>L'approbation du projet par le CVS, son adoption par le CA de la Fondation en mars 2013</li> <li>Un projet globalement conforme à la réglementation et aux RBPP de l'Anesm en termes de contenu, dont le plan est pertinent</li> <li>Sa présentation aux professionnels et aux membres du CVS, son évocation lors des embauches</li> <li>L'organisation du suivi par le comité de suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une participation limitée des partenaires</li> <li>Une implication indirecte des familles et des usagers</li> <li>Certaines parties peu développées : le lien avec les politiques locales, la dimension médicale et thérapeutique de l'accompagnement au regard des missions d'un CEAP</li> <li>Un projet très descriptif d'une taille conséquente (125 pages hors annexes) qui ne facilite pas son appropriation par les lecteurs.</li> <li>Une appropriation variable du PE par les professionnels rencontrés en entretiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la prochaine réévaluation du projet, réfléchir à des modalités de participation plus dense des partenaires, familles et usagers</li> <li>Renforcer la dimension « outil de communication » du projet via la rédaction d'une synthèse de quelques pages</li> <li>Articuler les actions réalisées avec les objectifs et orientations du PE et les faire apparaître dans le PPP élaboré</li> <li>Elaborer une synthèse pour faciliter l'appropriation et la communication du PE aux différents acteurs</li> <li>Simplifier la lecture à travers l'intégration de davantage de schémas, tableaux ...</li> </ul>

<p><b>Cohérence et pertinence du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La cohérence du projet du CEAP avec les orientations de l'organisme gestionnaire et les missions définies dans la réglementation</li> <li>▪ La pertinence du projet et la réponse aux besoins du territoire</li> <li>▪ Une localisation qui dispose de nombreux atouts et les mutualisations possibles avec les autres structures du PHD</li> <li>▪ Des projets réalisés et prévus qui traduisent une dynamique d'adaptation constante à l'évolution des besoins des personnes accompagnées :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La signature d'un CPOM en 2008 ;</li> <li>○ L'effort réalisé autour de l'adaptation des ressources humaines ;</li> <li>○ La réorganisation du FAB en pôles pour affiner l'accompagnement proposé ;</li> <li>○ La modification de la capacité et sa répartition pour répondre aux besoins évolutifs ;</li> <li>○ La réorganisation du PHD en 2 entités prévue en 2015 avec une évolution de l'organisation : nouvelle organisation spatiale avec le projet immobilier du CEAP et du SESSAD, la mise en place d'une nouvelle organisation de travail, le passage de 365 à 210 jours d'ouverture pour le CEAP ...</li> </ul> </li> <li>▪ Des ressources humaines satisfaisantes tant en termes de compétences que de qualification et des ressources administratives et logistiques mutualisée pour l'ensemble du PHD</li> <li>▪ Un environnement qui s'est considérablement amélioré : un parc arboré, le réaménagement des espaces extérieurs ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux vétustes et inadaptés (d'où le projet de restructuration en cours).</li> <li>▪ Le nombre important de jeunes (26) ayant plus de 20 ans (transfert administratif et physique vers des structures adaptées en cours).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail de développement de l'inclusion du site dans la société</li> <li>▪ Mettre en œuvre davantage d'actions visant à « désinstitutionnaliser » les jeunes dont les capacités le permettent</li> <li>▪ Renforcer la dynamique partenariale du CEAP et du PHD</li> </ul>
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des ressources matérielles satisfaisantes et de qualité</li> </ul>		
<b>Qualité d'accompagnement</b>	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un site agréable et verdoyant</li> <li>Des équipements de qualité mutualisés sur le site Albert Barbot : piscine, salle multi-sensorielle...</li> <li>Des espaces globalement bien entretenus</li> <li>Une restauration réalisée par la cuisine centrale de l'ESAT situé sur le même site que l'EHPAD</li> <li>L'entretien du linge confié majoritairement à un prestataire</li> </ul> <p>Une personne en charge de la couture sur l'internat</p>	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux vétustes et inadaptés (peu de chambres individuelles, salles de bain collectives...)</li> <li>L'absence de plan de nettoyage et d'une traçabilité des ménages</li> <li>L'absence de réunions régulières du personnel d'entretien</li> <li>Un fonctionnement des lingeries « familial » et peu en correspondance avec les normes d'hygiène établies</li> </ul> <p>Absence de mise en œuvre des normes HACCP en cuisine, et RABC en lingerie</p>	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet de travaux prévu pour 2015 pour réhabiliter et regrouper les locaux des services</li> <li>Mettre en place un plan de nettoyage et tracer les ménages/tâches réalisés</li> <li>Encadrer et superviser l'exécution des tâches et mettre en place des réunions entre le(s) cadre(s) hiérarchique(s) et le personnel d'entretien</li> <li>Mettre en œuvre les règles d'hygiène en lingerie</li> <li>Former les professionnels du CEAP et mettre en œuvre les règles HACCP sur les cuisines satellites (plats témoins, marche en avant...)</li> <li>Mettre en place une commission restauration (prévues pour 2015)</li> </ul>
	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un accompagnement encadré par deux cadres de proximité et trois éducateurs coordonnateurs</li> <li>Une programmation annuelle des activités</li> <li>Une évaluation annuelle des activités</li> <li>Des activités et supports variés : collectif/individuel, visuels et sensoriels</li> <li>Des sorties organisées</li> <li>Une personnalisation de l'accompagnement (fiche action et objectifs individualisés, outils de communication non verbale)</li> <li>Des rituels quotidiens pour créer des repères : temps d'accueil, travail sur la quotidienneté</li> </ul>	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <p>Un cadre architectural peu adapté</p>	<p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuer l'effort d'aménagement des locaux</li> </ul>

	<p>Une transversalité entre les services et entre les unités</p>		
	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La présence d'un médecin généraliste sur le CEAP en charge de la surveillance générale des enfants</li> <li>▪ La présence d'un médecin de rééducation fonctionnelle et d'un psychiatre</li> <li>▪ Une visite médicale assurée chaque année par le médecin généraliste pour chaque jeune du CEAP</li> <li>▪ L'association des familles à l'accompagnement et aux soins</li> <li>▪ Des temps de coordinations des équipes médicales, paramédicales et soignantes effectifs</li> <li>▪ Un circuit du médicament sécurisé</li> <li>▪ Un encadrement des pratiques par de nombreux protocoles formalisés</li> <li>▪ Une coordination satisfaisante à travers la participation des IDE aux différentes réunions</li> </ul>	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La traçabilité de la dispensation du médicament n'est pas systématiquement réalisée</li> <li>▪ L'absence de salle de préparation des médicaments, de salle de soins et la réalisation de prises de sang sur les unités</li> </ul>	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des rappels devront être opérés quant à l'importante de tracer toute dispensation des médicaments. Le manque de postes informatiques pouvant être un obstacle, l'adéquation des moyens dédiés devra être mise en concordance avec les besoins des équipes.</li> </ul>
	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un plateau technique diversifié et adapté aux besoins des jeunes. Des moyens humains globalement satisfaisants</li> <li>▪ La prescription des rééducations par les médecins</li> <li>▪ Un accompagnement reposant sur des bilans, selon des modalités variées (séances individuelles, de groupe, co-animation en binôme professionnel, supports variés)</li> <li>▪ Des ateliers faisant l'objet de projets écrits</li> <li>▪ Une bonne intégration de la dimension rééducative au PI</li> </ul>	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de projet de rééducation</li> <li>▪ Le manque de formations individuelles axées sur certains domaines d'expertise</li> <li>▪ L'absence de postes informatiques en nombre suffisant pour signer les séances fixes réalisées</li> <li>▪ Des locaux de stockage limités conduisant à conserver du matériel dans le jardin</li> </ul>	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rédiger un projet de rééducation qui permettra de formaliser et de structurer l'accompagnement rééducatif des jeunes du CEAP</li> <li>▪ Le manque de postes informatiques pouvant être un obstacle, l'adéquation des moyens dédiés devra être mise en concordance avec les besoins des équipes.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une coordination effective avec les autres professionnels</li> <li>▪ Un équipement matériel intéressant (salle multi-sensorielle, salle de psychomotricité ...)</li> <li>▪ Des formations collectives adaptées (manutention, stimulation basale, déglutition, techniques de décontraction musculaire ...)</li> </ul>		
	<p><u>L'accompagnement psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une psychologue clinicienne, dont le temps est partagé entre plusieurs structures du PHD</li> <li>▪ Un soutien aux professionnels, permettant d'analyser et d'éclairer la pratique (temps d'analyses de pratiques, participation aux réunions, synthèses de PAI ...)</li> <li>▪ Un accompagnement des familles structuré et reposant sur des supports variés (entretiens, groupes d'expression, visites à domicile)</li> <li>▪ Une traçabilité des actions menées au niveau du logiciel PSI</li> </ul>		
	<p><u>L'accompagnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La présence d'une assistante de service social (1 ETP) qui intervient sur le CEAP et le SAMSAH</li> <li>▪ Un accompagnement social en lien avec le handicap des enfants effectif</li> <li>▪ Un rôle central dans l'association des familles à la démarche de projet personnalisé</li> <li>▪ Un accompagnement à l'orientation des jeunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de formalisation du rôle de l'assistant de service social dans la réorientation et l'orientation des jeunes vers des établissements pour adultes</li> <li>▪ L'absence de précisions sur les modalités de suivi des jeunes après leur sortie de l'établissement pendant minimum 3 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un enjeu important autour de l'orientation des jeunes face à l'augmentation croissante du nombre de jeune accueilli en situation d'amendement Creton ou en passe de l'être</li> <li>▪ Formaliser une procédure d'orientation</li> <li>▪ Formaliser des modalités d'accompagnement/suivi des jeunes après leur sortie de l'établissement</li> </ul>

## 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
<b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une implantation territoriale pertinente, qui répond à une demande</li> <li>▪ Un ancrage historique fort de l'établissement (ancien hospice)</li> <li>▪ Un établissement ouvert à son environnement, qui favorise la venue de personnes extérieures au sein de ses murs</li> <li>▪ Un établissement ouvert sur son environnement : sorties organisées etc...</li> <li>▪ 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)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail d'ouverture à et sur l'environnement</li> <li>▪ Communiquer sur les changements pour changer l'image ancienne d'hospice persistante pour la population (projet de documentaire en cours)</li> <li>▪ Mener à bien les projets d'ouverture : végétalisation- sentier botanique, esplanade festive...</li> </ul>
<b>Visibilité et perception de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une prise en charge de qualité relatée par les familles</li> <li>▪ Une disponibilité et bonne qualification du personnel reconnue par les familles</li> <li>▪ Une évolution positive vers davantage d'écoute et attention aux familles observée par les familles elles-mêmes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des familles dans l'attente des nouveaux locaux</li> </ul> <p>Des familles qui ont exprimé le souhait d'un accompagnement renforcé au service du développement des activités</p>

## 5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Processus d'admission et fin d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une procédure d'admission formalisée</li> <li>▪ La tenue d'une liste d'attente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de formalisation des modalités d'accompagnement post sortie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser la procédure d'orientation et d'accompagnement post sortie (sur 3 ans)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un temps d'admission pluridisciplinaire, qui implique plusieurs métiers dans le processus d'admission (assistant de service social, cadre, médecin, psychologue, infirmier et personnel de proximité)</li> <li>▪ A l'admission, la recherche systématique du consentement de la famille de l'utilisateur et/ou son responsable légal</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Des réorientations préparées en amont avec l'assistant de service social</li> <li>▪ Des échanges et relations avec la future structure pour une transition organisée et adaptée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de formation des professionnels sur l'accompagnement à la fin de vie</li> <li>▪ L'augmentation croissante du nombre de jeunes en situation d'amendement Creton accueillie au sein du CEAP</li> </ul>	<p>comme prévue par l'art 7 de l'annexe XXIV bis du décret du 9 mars 1956</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place des formations sur l'accompagnement à la fin de vie</li> <li>▪ Mener une réflexion sur l'orientation et l'adaptation de l'accompagnement face au vieillissement de la population accueillie (amendements Creton)</li> </ul>
<p><b>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche de projets personnalisés effective de longue date</li> <li>▪ Chaque jeune dispose d'un projet personnalisé (excepté les 15 jeunes de l'Internat sous administration MAS)</li> <li>▪ Une démarche structurée, se faisant en co-construction et en pluridisciplinarité, constituant un vrai pont fort de l'établissement</li> <li>▪ Une prise en compte des besoins et souhaits de l'utilisateur et des attentes de sa famille</li> <li>▪ Un contenu de qualité avec des objectifs pluridisciplinaires opérationnels et d'un mode opératoire (actions/échéance/responsable)</li> <li>▪ Un projet personnalisé signé des familles/représentants légaux et si possible de l'utilisateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de date au niveau de la signature des projets personnalisés</li> <li>▪ L'absence d'indicateurs de suivi/ de résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préciser et clarifier la fonction de coordonnateur auprès de l'ensemble des professionnels</li> <li>▪ Dater les projets personnalisés</li> <li>▪ Généraliser les outils créés sur le centre de jour (fiche action, évaluation)</li> <li>▪ Affiner le projet par la définition d'indicateurs de suivi/résultats pour chaque objectif</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une évaluation annuelle et une actualisation annuelle conformément à l'obligation légale</li> </ul>		
<b>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche projet personnalisé très effective, qui permet le recueillir et de respecter des choix des usagers</li> <li>▪ Des outils et méthodes de communication non verbale utilisées pour respecter la volonté et les souhaits des publics accueillis</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>L'effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'un CVS fonctionnant en conformité avec son cadre légal et réglementaire</li> <li>▪ Une bonne dynamique de l'instance</li> <li>▪ Des comptes rendus validés et signés de la présidente et envoyés à toutes les familles</li> <li>▪ Des groupes de parole de parents animés par une psychologue extérieure à l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une représentation insuffisante des usagers/familles</li> <li>▪ L'absence d'enquête de satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une participation des familles au CVS à renforcer</li> <li>▪ Mettre en place une enquête de satisfaction</li> <li>▪</li> </ul>

## 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
<b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une charte des droits et des libertés de la personne accueillie peu visible</li> <li>▪ L'absence d'affichage et d'information sur le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance (N°119)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher la charte des droits et libertés en divers endroits (lieu de passage)</li> <li>▪ Réfléchir à l'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la compréhension des usagers (photos, pictogramme etc..)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les droits sont effectifs et mis en œuvre : protection des données et information, autonomie favorisée etc...</li> <li>▪ Une réflexion sur la vie affective et sexuelle des usagers à travers l'instance éthique mise en place au niveau du pôle PHD</li> <li>▪ Des propos et postures professionnels respectueux des usagers</li> <li>▪ Une communication et des relations effectives avec les familles : cahier de liaison, invitation aux évènements, groupe de parole...</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'affichage du règlement de fonctionnement</li> <li>▪ Un manque d'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la compréhension des usagers</li> <li>▪ Des locaux qui ne garantissent pas l'intimité des personnes malgré les efforts et aménagements réalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la démarche de groupe de parole qui répond à un besoin des familles</li> </ul>
<p><b>Sécurité des lieux et de personnes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La conformité de l'IMS aux normes d'hygiène et de sécurité</li> <li>▪ L'affichage des plans d'évacuations et consignes incendie</li> <li>▪ Une convention d'enlèvement des DASRI avec une société spécialisée</li> <li>▪ Une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique</li> <li>▪ Un diagnostic amiante réalisé pour le centre de jour</li> <li>▪ Un bâtiment bien entretenu malgré sa vétusté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une tenue hétérogène des registres de sécurité et des contrôles qui ne sont pas tracés.</li> <li>▪ L'absence de plan de continuité des activités</li> <li>▪ L'absence de rigueur dans la traçabilité des contrôles obligatoires</li> <li>▪ L'absence de carnet sanitaire et de réalisation des contrôles associés à la prévention du risque de légionnelles.</li> <li>▪ L'absence de temps formel dédié à la coordination des opérations de maintenance</li> <li>▪ L'absence de visite de la commission sécurité depuis 2008</li> <li>▪ L'éparpillement des responsabilités lié à la polyvalence des tâches des agents chargés de la maintenance (chauffeur/maintenance)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réaliser <b>plan de continuité des activités</b> précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »</li> <li>▪ Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an</li> <li>▪ Améliorer la tenue des registres de sécurité et instaurer une plus grande rigueur dans la gestion des contrôles de maintenance obligatoires</li> <li>▪ Se mettre en conformité sur la prévention du risque de légionnelles</li> <li>▪ Coordonner et suivre la bonne réalisation des opérations de maintenance</li> </ul>

<p><b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une continuité et sécurité des interventions via :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une présence physique et téléphonique, une permanence administrative en continu.</li> <li>- Une astreinte de direction 365 jours par an et 24/24.</li> <li>- La tenue d'un cahier de liaison avec les familles</li> <li>- La présence d'au moins une IDE sur le CEAP tous les jours de la semaine</li> <li>- Une gestion des remplacements structurée et formalisée</li> </ul> </li> <li>▪ La formalisation de procédures d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des protocoles d'urgences qui n'existent pas</li> <li>▪ Des professionnels non formés aux gestes et premiers secours</li> <li>▪ Il n'existe pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser des procédures d'urgence manquantes (risque infectieux, fugue ...) et actualiser les procédures existantes qui le nécessitent (circuit des médicaments)</li> <li>▪ Former les salariés aux gestes de premiers secours (SST)</li> <li>▪ Poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à la nécessité de formaliser les signalements</li> <li>▪ Clarifier les définitions d'événements indésirables, situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) afin qu'ils trouvent leur place dans les supports existants</li> <li>▪ Organiser et formaliser le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents</li> </ul>
<p><b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'un CHSCT se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, travaillant avec la médecine du travail</li> <li>▪ Une Document Unique réalisé en 2014 par unité de travail pour l'ensemble des structures du pôle</li> <li>▪ Les différentes mesures mise en place pour prévenir l'usure professionnelle :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formation manutention récente ;</li> <li>○ Rappels récents sur l'importance des EPI ;</li> <li>○ La politique de la fondation autour de la mobilité des professionnels ;</li> <li>○ Les réflexions en cours au niveau de la Fondation sur la GPEC</li> </ul> </li> <li>▪ L'accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'organisation de rotation des professionnels entre les services de l'internat du CEAP</li> <li>▪ Une notion de risques professionnels pas encore complètement appréhendée par les équipes ;</li> <li>▪ Un DUERP trop généraliste et non approprié par les professionnels</li> <li>▪ L'arrêt d'analyse des pratiques par une intervenante extérieure</li> <li>▪ L'arrêt des entretiens annuels dans le cadre d'une réflexion au niveau de la Fondation</li> <li>▪ La notion de risques psychosociaux peu approfondie dans le DUERP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer l'outil DUERP :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Approfondir les risques psychosociaux ;</li> <li>○ Décliner le DUERP pour chaque structure tenant compte des éventuels risques spécifiques ;</li> <li>○ Communiquer sur l'existence du DUERP dès l'embauche des nouveaux salariés ;</li> </ul> </li> <li>▪ Conformément aux RBPP Anesm, mettre en place une analyse des pratiques professionnels (sous réserve de trouver un intervenant qui réponde aux besoins)</li> <li>▪ Structurer les principes de rotation du personnel au niveau de l'internat du CEAP</li> <li>▪ Réactiver les entretiens professionnels</li> </ul>

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

## 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 CEAP 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 très satisfaisant** : le CEAP propose un accompagnement de qualité et conforme aux missions de structures accueillant de jeunes polyhandicapés. 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. Le projet de reconstruction du CEAP et la mutualisation d'espaces avec d'autres structures du PHD permettra de répondre à un nombre important de problématiques actuellement rencontrées.

**Le CEAP 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 difficulté que constitue le lourd handicap des jeunes.

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 enjeux d'amélioration sont identifiés :**

- La nécessité de poursuivre les actions visant à favoriser l'inclusion sociale des jeunes ;
- La mise en œuvre de davantage d'actions visant à « désinstitutionnaliser » les jeunes dont les capacités le permettent, notamment pour les plus âgées (amendements Creton) en axant davantage l'accompagnement proposé sur l'autonomie ;
- Le renforcement de la dynamique partenariale du CEAP et, plus globalement, du PHD.

## 5.9.Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
<b>Outils utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée</li> <li>▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)</li> <li>▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...)</li> <li>▪ Visite de l'établissement</li> <li>▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de réunion, séance d'ergothérapie-psychomotricité</li> </ul>
<b>Modalités d'implication des parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien avec la Direction</li> <li>▪ 11 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels</li> <li>▪ Entretiens individuels avec les familles et représentants légaux</li> <li>▪ 4 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires</li> </ul>
<b>Déroulé de l'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de mois : 3 mois</li> <li>▪ 22 octobre : validation du projet évaluatif</li> <li>▪ 27 et 28 octobre 2014 : évaluation sur site</li> <li>▪ 09 décembre 2014 : remise du pré-rapport</li> <li>▪ 24 décembre 2014 : remise du rapport définitif</li> </ul>
<b>Nombre de jours-hommes</b>	9,5 jours / hommes
<b>Date de début et de fin de mission</b>	9 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"> <li>- Bonne intégration et respectueux des contraintes organisationnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne met pas suffisamment en perspective les démarches pratiques entamées depuis plusieurs années dans l'établissement</li> <li>- Ne semble pas prendre en compte la vulnérabilité et la spécificité des publics accueillis</li> <li>- Enjeux d'améliorations :</li> <li>- Rédaction incertaine (beaucoup de copier/coller et quelques améliorations autour de la syntaxe sont à envisager</li> <li>- S'attache plus à vérifier l'existence de protocoles que leur effectivité ou leur impact sur la qualité d'existence des personnes accueillies</li> <li>- Nonobstant ces éléments, les préconisations nous seront fort utiles dans la perspective de notre future démarche d'amélioration de la qualité des accompagnements proposés.</li> </ul>

## 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,

Acte d'engagement

(20131202)

Page : 1 / 4

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](http://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 :

<b>Domiciliation du titulaire</b>		<b>BPVF CHASSENEUIL DU POITOU</b>	
<b>Titulaire du compte</b>		<b>SAS EQR CONSEIL</b>	
<b>Code Banque</b>	<b>Code guichet</b>	<b>Numéro de compte</b>	<b>Clé RIB</b>
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<sup>er</sup> 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	 <b>EQR CONSEIL</b> 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](mailto: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<sup>ème</sup> 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, ...
- Etablissements 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 Porth 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

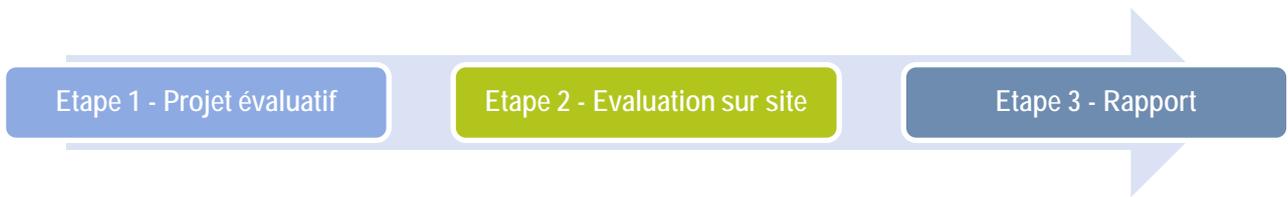
### Références

#### 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 27 et 28 octobre 2014. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final fin décembre 2014. 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](http://www.eqrconseil.com)

Tél. : 01 40 13 03 43  
Fax : 01 40 13 03 33  
Mail : [eqr@eqrconseil.com](mailto:eqr@eqrconseil.com)