



FONDATION PERE FAVRON

EVALUATION EXTERNE DU SESSAD CEAP LES MIMOSAS

Rapport final

Type de structure	SESSAD
Coordonnées	Chemin Foyer Albert Barbot - 97432 RAVINE DES CABRIS
Numéro FINESS	97 0405205

Janvier 2015

Sommaire

1. Eléments de cadrage.....	4
1.1. Présentation de la Fondation Père Favron.....	4
Présentation du Pôle Handicap et Dépendance (PHD).....	4
1.2. Présentation du SESSAD CEAP	6
1.3. Missions	6
1.4. L’environnement : situation géographique.....	6
1.5. La population accompagnée.....	7
1.6. L’activité.....	8
2. La procédure d’évaluation externe	8
2.1. Démarche.....	8
2.2. Sources.....	9
2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée	10
3. Résultats de l’analyse détaillée.....	11
3.1. La stratégie du service	11
3.1.1. Les conditions d’élaboration et de mise en œuvre du projet de service.....	11
3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie.....	13
3.2. Les suites données à l’évaluation interne et dynamique d’amélioration continue.....	16
3.2.1. Priorisation et communication des propositions d’amélioration	17
3.2.2. Mise en œuvre et suivi de la démarche d’amélioration	18
3.2.3. Les autres volets de la dynamique génération d’amélioration continue de la qualité.....	19
3.3. Le parcours de l’usager	21
3.3.1. Le processus d’admission et d’accueil	21
3.3.2. L’élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.....	22
3.3.3. La fin d’accompagnement.....	24
3.4. La qualité de l’accompagnement proposé	25
3.4.1. Les locaux du service	25
3.4.2. L’accompagnement proposé	25
3.4.3. La coordination de l’accompagnement	30
3.5. L’effectivité des droits des usagers	31
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux	31
3.5.2. Les modalités concrètes d’exercice des droits.....	32
3.6. La prévention et la gestion des risques.....	33
3.6.1. La sécurité des lieux et des personnes	33
3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail	36
3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.....	37
3.7. L’ouverture du service à et sur son environnement.....	38
3.7.1. L’inscription du service dans le territoire	38
3.7.2. La perception du service par son environnement	40

3.8.	Organisation, gestion des ressources humaines et management	40
3.8.1.	Organisation et management	43
4.	<i>Synthèse de l'évaluation externe</i>	44
4.1.	Introduction	44
4.1.1.	La démarche d'évaluation interne	44
4.1.2.	Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM	44
4.2.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers.....	44
4.2.1.	Le projet d'établissement	44
4.2.2.	L'organisation de l'accompagnement des usagers	45
4.3.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique	45
4.4.	Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	46
4.5.	La garantie des droits et la politique de prévention des risques	46
4.5.1.	Les droits des usagers	46
4.5.2.	La politique de prévention des risques	47
5.	<i>Abrégé du rapport d'évaluation externe</i>	48
5.1.	La démarche d'évaluation interne	48
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm.....	50
5.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet de service et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers	50
5.4.	L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	54
5.5.	Personnalisation de l'accompagnement	54
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	56
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	56
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	59
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe	59
	Commentaires du service sur l'évaluation externe	61
	<i>Annexes</i>	62
5.10.	Contrat	62
5.11.	Composition des équipes.....	Erreur ! Signet non défini.
5.13.	Calendrier de réalisation	66
5.14.	Attestation sur l'honneur	67
5.16.	Equipe d'intervention	69

1. Eléments de cadrage

1.1. Présentation de la Fondation Père Favron

Créée en 1946, la Fondation Père Favron 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 médicosociaux, accompagne 1455 personnes et emploie 1200 professionnels.

L'offre de la Fondation s'organise en quatre 3 filières :

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

La Fondation 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. »

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 du foyer Albert Barbot, 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 vers l'individualisation de l'accompagnement au sein du collectif, là où le foyer (ou hospice A. Barbot) était historiquement en retrait.

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

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

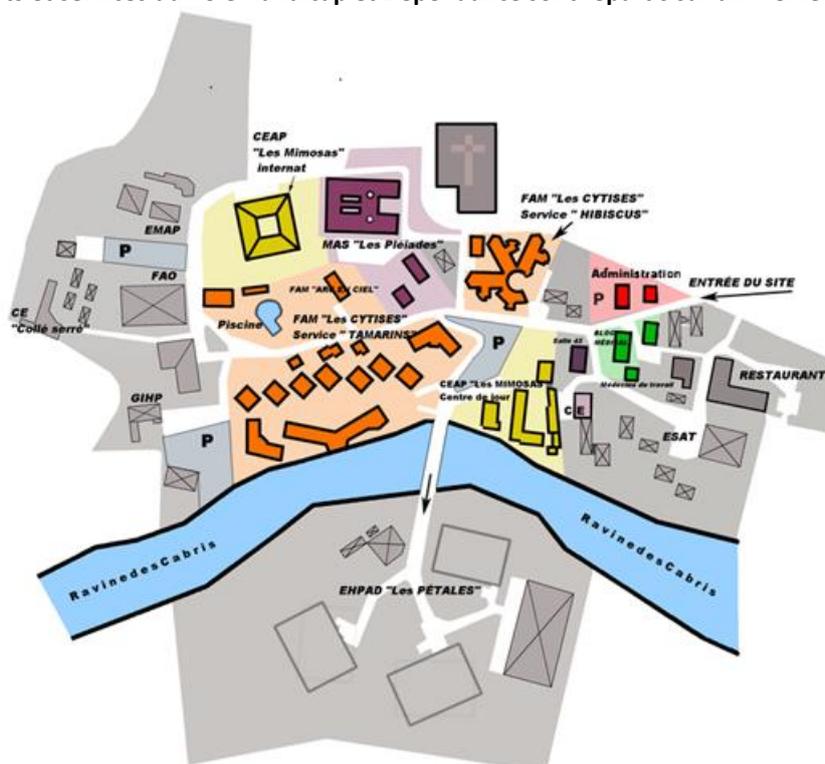
Les capacités autorisées actuellement pour les établissements et services du PHD sont les suivantes :

- **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 travail de négociation avec les autorités a été mené pour permettre aux structures de disposer de 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.

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



Source : Projet de service 2014

1.2. Présentation du SESSAD CEAP

Créé en 1994, le SESSAD-CEAP a vocation à répondre de façon adaptée aux besoins des enfants et à la demande des familles, en disposant de modalités diversifiées.

Le SESSAD est rattaché administrativement au CEAP « les Mimosas », également géré par la Fondation Père Favron pour :

- faciliter l'accès à l'assise technique et professionnelle ;
- permettre aux enfants de bénéficier des compétences pluridisciplinaires et du plateau technique de l'Etablissement ;
- assurer la continuité des accompagnements.

Agréé pour accompagner 10 jeunes de 0 à 20 ans, le SESSAD (par sa mission spécifique) s'adapte aux besoins des usagers. Son action se déroule là où s'établissent les besoins de l'enfant ou du jeune. Il est ouvert 220 jours par an. L'établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'Aide Sociale et est conventionné avec la CGSS et la Caisse d'Assurance Maladie des Professions indépendantes de la Réunion en date du 25 Mai 1995. Cette convention définit les conditions de prise en charge et de remboursement des frais engagés à l'occasion des séjours des bénéficiaires ou ayants droits relevant d'un régime légal ou réglementaire d'Assurance Maladie.

Le SESSAD (comme le CEAP auquel il est rattaché) a vocation à accompagner des enfants et des adolescents polyhandicapés. Les interventions du SESSAD sont ciblées sur le secteur de Petite-Ile jusqu'à Saint Leu.

1.3. Missions

Le suivi dispensé par le SESSAD est une prise en charge globale. L'action des SESSAD est orientée, selon les âges, vers :

- L'évaluation des besoins en soins et rééducations
- Les soins techniques :
 - o appareillage et rééducation pour pallier les déficits sensitivo-moteurs, pour maintenir une bonne posture, pour acquérir une certaine autonomie ;
 - o suivi des épilepsies en collaboration avec les médecins traitants ;
 - o suivi des problèmes digestifs et des troubles de la déglutition ;
 - o stimulation précoce.
- Les soins éducatifs et relationnels le plus tôt possible pour éviter l'isolement de ces enfants présentant une déficience intellectuelle sévère, souvent aggravée par des troubles sensoriels ;
- Le conseil, l'accompagnement des familles et de son entourage ;
- La guidance parentale si besoin.

Définition des SESSAD

Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ont été mis en place par le décret n°89-798 du 27 octobre 1989.

Les SESSAD apportent aux familles conseils et accompagnement, ils visent à favoriser l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD.

NB : compte tenu du polyhandicap du public accompagné par le SESSAD CEAP, l'acquisition de l'autonomie prend le pas sur la dimension d'intégration scolaire au sein du service.

1.4. L'environnement : situation géographique

Le SESSAD est situé dans le village de Bois d'Olive, à proximité de Saint Pierre et sur le site du Foyer Albert Barbot.

Jusqu'à l'ouverture de l'IMS Raphael Babet de saint Joseph le 16 Août 2007, le SESSAD intervenait dans tout le bassin Sud, de Saint Philippe à Piton Saint Leu en passant par le Tampon, Saint Louis et Cilaos ; depuis ses interventions sont ciblées sur le secteur de Petite-Ile jusqu'à Saint leu, le Tampon et Cilaos.

Carte présentant la localisation du SESSAD



Source : Projet de service du SESSAD

1.5. La population accompagnée

Le SESSAD a pour vocation d'accompagner des enfants et des adolescents polyhandicapés. Le polyhandicap est défini comme une situation de vie spécifique présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, et ayant de graves perturbations multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive de vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales.

La personne polyhandicapée est, aussi, une personne malade qui a des déficiences, des incapacités et des désavantages spécifiques, qui nécessitent des soins médicaux et une éducation spécifique¹.

La population accompagnée par le SESSAD CEAP est majoritairement féminine (80% des effectifs en 2011), et la moyenne d'âge des usagers est stable (10,5 ans de 2011 à 2013).

	2011	2012	2013
Moyenne d'âge des usagers accueillis	10,5 ans	10,5 ans	10,5 ans
Nombre de filles	8	6	6
Nombre de garçons	2	2	2
Durée moyenne de la prise en charge	5,5 ans	6 ans	4,7 ans

Source : données fournies par la direction du service dans le formulaire de renseignement EQR, 2014

¹ Source : projet de service

1.6. L'activité

	2010	2011	2012
Budget d'exploitation	225 405 €	223 740 €	226 872 €
Capacité d'accueil autorisée	10	10	10
Capacité installée	10	10	10
Nombre de journées budgétées	1540	1540	1540
Nombre de journées réalisées	2072	1874	2218
Taux d'occupation	N.C.	N.C.	N.C.

Source : données fournies par la direction du service dans le formulaire de renseignement EQR, 2014

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 :

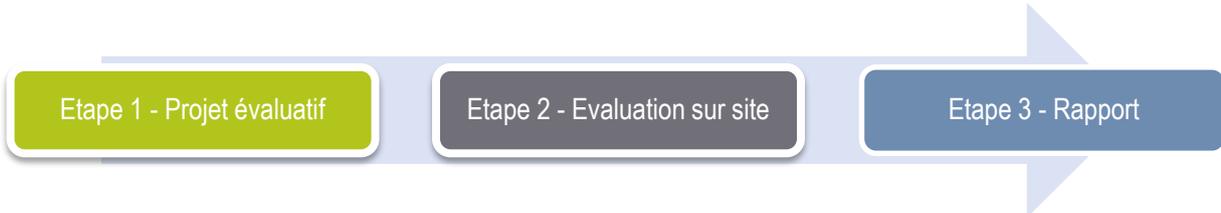
- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

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 d'octobre au mois de janvier 2015.



Etape 1 - Projet évaluatif

Etape 2 - Evaluation sur site

Etape 3 - Rapport

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.

Etape 2 : l'évaluation sur site

L'évaluation sur site s'est déroulée autour de plusieurs temps :

- Une visite complète des locaux du service ;
- Des entretiens avec :
 - o Le directeur du pôle ;
 - o La cadre de proximité ;
 - o La secrétaire administrative ;
 - o Le personnel de proximité ;
 - o Le personnel éducatif ;
 - o Le personnel rééducateur (ergothérapeute et psychomotricien) ;
 - o Le COPIL Qualité (Directeur, cadre de proximité, secrétaire) ;
 - o La psychologue ;
 - o L'assistante sociale ;
 - o Le médecin généraliste.
- Un entretien avec une famille.
- Des temps d'observation des pratiques :
 - o un temps d'activité d'éveil sensoriel ;
 - o un temps d'activité d'éveil musical ;
 - o un temps de réunion.
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité, etc...;
- Des entretiens avec des partenaires : Responsable de EMAP ; formatrice au PSI ; Responsable GIHP ; responsable d'Handiplage.

Etape 3 : le rapport 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 enrichi de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la direction le 9 décembre aux fins d'échanges et éventuels amendements.

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

2.2. Sources

Les recommandations transversales

- Le questionnaire 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 (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)
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Juin 2011)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Mars 2012)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (Janvier 2010)

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables à la structure évaluée :

- 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)
- 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)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (Juin 2011)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Juillet 2013)

2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée

Les principaux textes applicables aux SESSAD ont été pris en compte au cours de la démarche d'évaluation externe :

- La Convention internationale des droits de l'enfant
- Code de l'action sociale et des familles et en particulier les Articles D312-75 et suivants relatifs aux services d'éducation spécialisée et de soins à domicile
- 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
- Le décret n° 2005-1376 du 3 novembre 2005 portant création du diplôme d'État d'éducateur technique spécialisé
- La circulaire DGAS/3 C/MEN/DES/MS/DS n° 2003/149 du 26 mars 2003 sur l'organisation des transferts temporaires d'établissements pour enfants et adolescents handicapés

- L'arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation
- 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
- Le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés.
- la loi du 05 mars 2007 réformant la protection des majeurs ;
- le Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ;

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 de service

▪ La démarche d'élaboration du projet de service

La démarche d'élaboration du projet de service (2014-2018), qui s'est déroulée récemment, a été globalement participative. Elle a donné lieu à la mise en place :

- D'un appel à contribution des professionnels concernés sur la rédaction de leurs parties (l'assistante sociale, le psychomotricien, etc.) ;
- D'une coordination, centralisation et mise en commun des écrits des professionnels sur leurs parties assurée par la cadre de proximité ;
- De points sur l'avancement du projet en réunion de service pluridisciplinaire.

Le projet a été ensuite présenté pour approbation aux membres du CVS.

La démarche s'est appuyée sur les écrits produits dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement du CEAP (démarche participative accompagnée par un cabinet extérieur en 2012). Elle n'a cependant pas inclus de manière directe (au sein de groupes de travail thématiques) toutes les composantes métiers du service. **Par ailleurs, les partenaires n'ont pas été sollicités (entretien téléphonique, questionnaire, invitation aux groupes de travail, etc.). De même, les familles du SESSAD n'ont pas été directement associées.**

Il sera recommandé, lors de la prochaine révision du projet, **d'associer de façon plus large et selon des modalités adaptées** (questionnaire, enquête, participation à des groupes de travail...), les différentes parties prenantes conformément à la recommandation de l'ANESM.²

▪ 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 ;

² Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010), p.21

- 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 (*procédure en annexe*)
 - o Modalités de travail avec les familles
 - o Organisation interne de l'offre de service (modalités d'admission, les différentes dimensions de l'accompagnement, etc.)
 - o L'ancrage des activités dans le territoire : partenariats et ouverture
- Les principes d'intervention (sources, valeurs) ;
- Les professionnels et les compétences mobilisées :
 - o Les compétences et qualifications
 - o Les fonctions et délégations
 - o L'organisation de l'interdisciplinarité
- 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 (cf. partie 3.2 du présent rapport).

Certains éléments mériteraient d'être plus développés :

- Les politiques départementales mériteraient d'être davantage détaillées et mises en lien avec les orientations du SESSAD-CEAP ;
- Les actions d'amélioration mériteraient d'être déclinées dans des fiches-actions.

■ **Forme et structuration du projet de service (cf. RBPP Anesm)**

Le projet a été rédigé sur la base du plan recommandé par l'ANESM, sa structuration est logique et permet une bonne progressivité dans la lecture. La taille du projet est raisonnable (environ 45 pages hors annexes), en correspondance avec la recommandation (environ 30 pages). Le document précise sa période de validité en préambule (2014-2018).

La compréhension du projet est favorisée par la présence de quelques schémas et cartes.

Deux points d'attention toutefois : le style rédactionnel de certaines parties du projet de service pourrait être davantage adapté afin de faciliter sa lecture (ajout d'illustrations sur le PIA, etc.). Le projet n'a pas encore fait l'objet d'une synthèse favorisant son appropriation par l'ensemble des parties prenantes (partenaires, familles, etc.), conformément à la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM.

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

Le projet a été terminé et mis en application récemment en 2014 (il n'a pas encore été validé par la Fondation et présenté aux familles).

A l'issue de la rédaction du projet de service, le cadre de proximité du SESSAD a présenté le document en réunion à l'ensemble des professionnels. Le projet en version papier est mis à la disposition des professionnels dans les locaux du SESSAD.

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

Enfin, la mise en exergue des axes stratégiques et des actions d'amélioration (identifiées également lors de la réalisation de l'évaluation interne) dans un PPP propre au SESSAD (cf. partie 3.2 du présent rapport), permettra aux professionnels d'apprécier davantage les déclinaisons des différentes orientations stratégiques du projet de service et les portées différentes et complémentaires de ces démarches.

Quelques pistes d'amélioration par ailleurs :

- Le projet et/ou une synthèse du projet de service ne sont pas mis à la disposition des familles et partenaires, ce qui ne facilite pas son appropriation par l'ensemble des parties prenantes ;

- Compte tenu du caractère récent de son projet de service, le SESSAD n'a pas encore mis en place de comité de suivi (pluriprofessionnel) qui s'assure du bon pilotage et suivi des axes définis. Un point plus précis sur cet outil sera réalisé dans la suite du projet³.

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.* »⁴

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... ».

Toutefois, la validation prochaine du projet de service par le Conseil d'administration actera 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 SESSAD s'inscrit dans le cadre des missions définies par le CASF à savoir :

- la prise en charge précoce pour les enfants (...) comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant (...);
- le soutien (...) à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, sortie extérieure) et dans les locaux du service.

Un point d'amélioration toutefois : le projet de service ne précise pas son inscription dans les orientations du de politique publique aussi bien nationales que locales (Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale, etc.).

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

Le dispositif du SESSAD-CEAP est, dans son ensemble, pertinent et propose une bonne réponse aux besoins du territoire. Il est le seul SESSAD pour enfants polyhandicapés du bassin géographique de Saint-Pierre, intervenant de Petite Ile à Saint Leu au Sud, jusqu'à Cilaos et Le Tampon. Son offre est complétée par celle du SESSAD « Raphaël Babet » situé à Saint-Joseph sur le territoire sud de la Réunion.

Bien repéré, le SESSAD constitue - avec les autres établissements et services du PHD - un pôle de services qui apporte une réponse plurielle aux besoins de jeunes déficients intellectuels, moteurs et polyhandicapés, quelle que soit la lourdeur de leur handicap, en observant une souplesse dans les agréments.

La localisation du SESSAD-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,

³ Cf. partie 1.1.1. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

⁴ Extrait des statuts de la Fondation Père Favron

future esplanade festive, salles de rééducation, espaces multi-sensoriels ...). Le site est desservi par les transports en commun, même si ce mode d'accès concerne davantage les familles que les jeunes du SESSAD.

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 médicales (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 son image historique de « centre fermé » qu'il s'efforce continuellement de dépasser. Il s'efforce de développer son inclusion dans la société à travers la construction d'une véritable dynamique partenariale ; cependant ce point reste un enjeu important pour le site. De nombreux projets dans ce sens et d'autres en cours sont conduits pour lutter contre cette image et développer son ouverture à et sur son environnement.

Le service s'inscrit dans une dynamique d'adaptation et d'anticipation constante aux besoins. En 2008, il a ainsi développé les accompagnements de groupe sur le site du foyer barbot, à la demande des familles. Ce renforcement des accompagnements hors domicile familial vise à renforcer la sociabilisation des jeunes.

Par ailleurs, 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 clés 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 le SESSAD qui lui est rattaché, 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 faire évoluer ses ressources de manière à les rapprocher de 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.

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 grave (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 visant à offrir aux jeunes un environnement rassurant et sécurisé :

- 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 ».
- 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.

Les ressources humaines sont satisfaisantes. L'équipe dispose des profils métiers et des compétences et adaptés au regard des besoins de la population accueillie : volet médical, volet éducatif, volet rééducatif, volet social.

Le SESSAD-CEAP dispose d'une équipe pluridisciplinaire dédiée composée d'une cadre de proximité (0,1 ETP), d'une éducatrice spécialisée à temps plein, d'un ergothérapeute (0,3 ETP), d'un psychomotricien (0,5 ETP), d'une aide-soignante (0,5 ETP), d'une assistante sociale (0,1 ETP), d'une psychologue (0,1 ETP), et d'un médecin généraliste (0,1 ETP).

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

A date d'évaluation, tous les postes budgétés sont pourvus, et le SESSAD dispose en sus de l'institutrice affectée au CEAP.

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 du SESSAD-CEAP, ils sont vétustes et exigus. 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 le service et relevés par la mission :

- Poursuivre les actions visant à favoriser la sociabilisation des jeunes;
- Mettre en œuvre davantage d'actions visant à « désinstitutionnaliser » les jeunes (accompagnements socio-culturels hors site du foyer Barbot) dont les capacités le permettent, notamment pour les plus âgées en axant davantage l'accompagnement proposé sur l'autonomie ;
- Renforcer la dynamique partenariale du SESSAD-CEAP et, plus globalement, du PHD.

Le PHD entame ainsi 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 ;
 - o 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 ;
 - o Considérer que les cadres de proximité sont une personne ressources, un accompagnant du quotidien, en les recentrant sur le suivi des projets personnalisés.
- Une 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 sévère, **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).

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

■ Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne⁵

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'évaluation interne a été l'occasion 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 au sein du pôle en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles. 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 de conseil afin d'élargir la réflexion. Compte tenu des mutualisations de professionnels avec le CEAP notamment (médecin, assistante sociale, psychologue, etc.), les professionnels du SESSAD ont en partie été associés.

Toutefois, la mission d'évaluation note que les professionnels du SESSAD rencontrés ont précisé que le service en tant que tel n'a pas bénéficié d'une réelle représentativité. Certains professionnels ont indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une démarche spécifique au SESSAD, et que de ce fait ils ne s'en souvenaient pas précisément.

Le diagnostic a été utilisé pour permettre parallèlement la mise à jour du projet d'établissement du CEAP, qui a été réutilisé dans le cadre du projet d'établissement du SESSAD. Comme précisé dans la partie afférente du présent rapport (cf. partie 3.1.1), 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).

⁵ 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).

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 de conseil**. Une hiérarchisation des différents constats a permis de faire apparaître, pour chacune des thématiques évaluées, des points forts et des points d'amélioration.

La démarche d'évaluation a donc été conduite dans un bon respect du cadre réglementaire et des recommandations de bonnes pratiques ANESM. 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. Quelques pistes d'amélioration toutefois :**

- L'évaluation interne n'ayant pas été centrée sur le SESSAD (représentativité de l'ensemble des corps de métier du SESSAD faible et absence de diagnostic et de rapport d'évaluation interne propre au service en tant que tel), les professionnels identifient de ce fait de manière hétérogène la démarche ;
- L'implication des usagers sera à rechercher davantage autour de formes de participations adaptées à leurs capacités ;
- L'implication des familles (du SESSAD proprement dit) et des partenaires pourra être davantage recherchée lors de la prochaine évaluation interne.

3.2.1. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

Le rapport d'évaluation interne (commun avec le CEAP) 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 aux différentes structures (un seul axe concerne spécifiquement le SESSAD-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 SESSAD-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 :

- L'absence de rapport d'évaluation interne spécifique au SESSAD-CEAP ;
- 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** :
 - **La réalisation d'un PPP par type de structure** (et notamment d'un PPP pour le SESSAD spécifiquement) 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.
 - **L'articulation entre les objectifs stratégiques définis dans le projet de service 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 résultats** permettrait au service de disposer de données quantitatives et de suivre le cheminement réalisé entre deux évaluations.

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

La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne (et du projet e service) **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.

Ses différents membres sont chargés d'être **l'interface entre les décisions du comité et les équipes**. 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 ;*

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 :

- **Identifier des indicateurs de suivi** et de résultats, permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés ;
- **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 (qui est commun avec celui du CEAP).

3.2.3. 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, du service) en bonne prise avec la réalité concrète du fonctionnement.

Cependant, pour une bonne efficacité et une motivation des équipes à intégrer ce mode de fonctionnement, il apparaît utile de bien rationaliser les comités 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*) ;
- 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.

La mission d'évaluation note également que le SESSAD travaille actuellement sur une enquête de satisfaction, ce qui sera pertinent d'annualiser 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.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Le service reçoit très peu de plaintes et est attentif à la recherche de solutions adaptées aux demandes et besoins exprimés par les usagers et les 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. Pour autant, la culture de l'oral est inscrite historiquement dans les habitudes de chacun et ce support n'est pas utilisé (aucun élément rempli à date de visite sur site). 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. 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. Pour le SESSAD, il est disponible au niveau de l'accueil du centre de jour du CEAP (il s'agit d'un document partagé). 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, 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 qualifiés 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 pourra 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 du service. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique.

Lors des entretiens menés avec les professionnels, la mission d'évaluation a pu observer l'appropriation du contenu de plusieurs RBPP par l'équipe. Certains membres de l'équipe du service ont par exemple précisé avoir

mis en place des « cafés gourmands », suite à la lecture de la recommandation SESSAD (« L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile ») et des « cafés rencontres » qui y étaient suggérés.

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur le service (projet de service, évaluation interne, projet individualisé etc.) et des rappels annuels sont réalisés par la cadre 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 le service.

3.3. Le parcours de l'utilisateur

3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

▪ Accueil physique et téléphonique

L'accueil physique est assuré du lundi au vendredi de 7h30 à 14h00 excepté le mercredi de 7h30 à 12h30.

L'accueil téléphonique est assuré tous les jours de 7h30 à 15h00, par le personnel administratif ou le personnel de la structure. En dehors de ces horaires d'accueil téléphonique administratif, les appels sont retransmis automatiquement au cadre de proximité.

Les appels entrants émanent essentiellement des parents et des intervenants extérieurs pour la prise de nouvelles, d'information ou de RDV. En fonction des demandes, le personnel administratif transfère l'appel vers. Enfin, lorsque l'appel concerne une demande d'inscription, le personnel administratif transfère l'appel vers l'assistante sociale en charge de la gestion de la liste d'attente

▪ Processus d'admission

La démarche d'admission fait l'objet d'une procédure structurée et progressive, formalisée au sein du projet de service.

La loi a donné compétence à la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée) pour orienter les enfants et adolescents polyhandicapés, dans le respect du choix exprimé par les jeunes eux-mêmes ou leurs représentants légaux. C'est donc la notification de la MDPH qui permet l'inscription d'un jeune en liste d'attente.

Une fois la notification reçue, l'assistante sociale prend contact avec la famille (par téléphone) pour la collecte d'informations administratives et sociales, afin de compléter le dossier d'admission. Ce premier contact est également l'occasion de présenter la structure et ses principales caractéristiques aux familles.

Suite à cet appel, une visite du SESSAD est organisée avec la famille et le jeune, afin de présenter l'accompagnement proposé, les locaux et les intervenants (si présents et disponibles lors de la visite). Lorsque les familles confirment leur intérêt pour une intégration du SESSAD, une seconde rencontre est prévue ; cette rencontre associera l'assistante du service social, le médecin généraliste qui coordonne la prise en charge médicale et la cadre de proximité (dans certains cas, en fonction de la situation du jeune, un éducateur peut aussi être sollicité) : cette seconde rencontre permettra de porter un regard croisé sur la situation de l'enfant.

La procédure d'admission formalisée dans le projet de service précise qu'une fois le dossier complété, il est soumis ensuite à la commission d'admission du CEAP qui est composée :

- du directeur ;
- des médecins ;
- des cadres de proximité ;
- de l'assistante du service social ;
- de la psychologue ;
- des personnes en charge de la coordination.

Cette commission s'attache à s'assurer que l'institution sera en mesure d'offrir un ensemble de prestations adaptées aux besoins de l'enfant. A l'issue de cette rencontre, le directeur, après avis favorable de la commission prononce l'admission. **La démarche d'admission est ainsi pluridisciplinaire.**

Quand une place se libère, une date d'admission est convenue avec la famille pour l'intégration de la structure. Pour faciliter l'intégration du jeune, les parents peuvent être invités à participer aux premiers temps d'accompagnement et/ ou la participation aux activités du SESSAD peut être évolutive. **La démarche conçue est ainsi progressive et prend en compte les aptitudes d'adaptation et d'intégration du jeune.**

Le consentement de l'utilisateur et/ou de son représentant légal est systématiquement recherché. Lors de la 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. Cette procédure d'admission est connue et maîtrisée de l'ensemble des professionnels intervenant sur le SESSAD.

Une piste d'amélioration toutefois : même si l'ensemble des documents obligatoires sont remis à l'utilisateur / sa famille, le document individuel de prise en charge (DIPC) n'est pas signé par le représentant légal pour les jeunes accompagnés par le SESSAD (la législation indique qu'une signature du DIPC doit intervenir au plus tard dans le mois suivant le début de la prise en charge)

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

Plusieurs éléments permettent de préparer l'utilisateur à la découverte du service et à la prise de repères avant le début des interventions :

- L'organisation d'une visite d'admission dans les locaux du service,
- La possibilité de participer aux activités et accompagnement de façon progressive,
- La possibilité de faire participer les parents aux temps d'activités et d'accompagnement au début de la prise en charge,
- Lors de l'arrivée, une présentation du nouvel arrivant aux autres jeunes déjà intégrés dans le SESSAD.

L'entrée dans le service est préparée en amont. Les professionnels sont informés de l'arrivée d'un nouvel usager.

La mission d'évaluation note cependant quelques points d'amélioration : à ce jour, aucun référent individuel n'est nommé lors de l'arrivée d'un jeune ; afin d'assurer un accompagnement optimal, la nomination d'un référent permettrait un suivi et un accompagnement au plus près des besoins des jeunes. Par ailleurs, la phase d'accueil de l'utilisateur ne fait pas encore l'objet d'une procédure formalisée (descriptions des étapes et modalités d'accompagnement des premiers jours). Enfin, les liens et relations entre les différents usagers du service ne sont pas facilités par un pot d'accueil (ou autre événement festif marquant).

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

▪ **L'effectivité et les modalités d'élaboration des projets personnalisés**

La démarche a été structurée et répond aux attendus légaux, réglementaires ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. La procédure d'élaboration est formalisée au sein du projet de service.

Les projets personnalisés constituent un vrai point fort du SESSAD. En effet :

- chaque usager du SESSAD dispose d'un projet personnalisé, élaboré dans les 6 mois après l'admission, conformément à la réglementation,
- l'accompagnement personnalisé commence dès l'admission de l'enfant, en tenant compte de toutes les données recueillies par l'équipe pluridisciplinaire en charge de cet accompagnement et s'enrichit progressivement, au cours des cinq premiers mois, suite à l'admission, des données recueillies ;
- les professionnels utilisent des grilles d'observation et d'évaluation communes au sein des activités ainsi que des fiches actions leur permettant d'alimenter les projets personnalisés (pour repérer ce qu'il faut faire afin d'atteindre les objectifs visés dans le PP notamment) ;

- les attentes de la famille et du jeune sont recensées et formalisées au sein du document, qui est lui-même signé ; le recueil de l'attente des familles est réalisé en amont (entretien téléphonique et/ou physique) et pendant la réunion pluridisciplinaire (co-construction), conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ;
- des objectifs, en accord avec les attentes de la famille et du jeune sont formalisés ;
- une évaluation de chaque projet personnalisé est réalisée annuellement avec une évaluation des objectifs déterminés lors de la formalisation du projet.

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 notamment :

- En amont, des rencontres et échanges avec le médecin (visite médical), le psychologue, l'assistante de service social (possibilité de visite à domicile) et l'éducateur ;
- La communication des propositions d'objectifs ;
- Une réunion de projet personnalisé avec l'utilisateur et/ou ses parents/représentants légaux, pour discussion puis validation du projet ;
- Le projet est systématiquement signé par la famille.

La coordination des projets personnalisés (gestion du cycle de formalisation et d'évaluation) **est très bien organisée**. Elle est gérée par l'éducateur et un planning annuel, formalisé par la cadre de proximité, permet de s'assurer de la réévaluation annuelle de l'ensemble des projets personnalisés. **Ce processus est pleinement pluridisciplinaire, conformément à la recommandation de l'ANESM** : chaque professionnel intervenant auprès de l'enfant participe à l'élaboration du projet personnalisé et les partenaires sont également impliqués, et sont invités à participer à leur élaboration.

Les modalités de construction des projets personnalisés sont formalisées et connues de l'ensemble des professionnels.

Les PIA du SESSAD à date d'évaluation	
Taux de projets personnalisés élaborés avec le jeune et/ou son représentant légal	100%
Taux de projets personnalisés signés par le jeune et/ou son représentant légal	100%
Taux de projets personnalisés réactualisés depuis un an ou moins	100%

Source : Visite sur site et formulaire de renseignement EQR rempli par la direction, 2014

■ **Le contenu du projet personnalisé**

Les projets consultés par la mission d'évaluation ont été élaborés sur une trame commune. Ils présentent un contenu homogène. L'examen de la trame de projet individualisé a permis d'identifier plusieurs atouts :

- La trame contient un encadré sur les attentes de la famille et de l'utilisateur ;
- 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 la signature de la famille.

Les projets personnalisés comportent ainsi les objectifs de l'accompagnement du jeune dans ses différentes dimensions, et des modes opératoires définissant les modalités de mise en œuvre pour atteindre l'objectif du jeune. **Les projets personnalisés consultés par la mission d'évaluation sont très complets. 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 disponibles sous format papier (pour la famille et les dossiers physiques) mais sont également disponibles sur le PSI (logiciel du pôle).

▪ **Suivi et évaluation du projet personnalisé**

Le projet est réévalué et réactualisé chaque année conformément à l'obligation légale. Compte-tenu d'un calendrier annuel défini par le cadre de proximité, le SESSAD réévalue pluri-professionnellement le projet personnel de chaque jeune. L'ensemble des professionnels interviennent dans la réévaluation du document, au même titre que les partenaires et la famille du jeune.

La mission d'évaluation note la qualité du suivi et de l'évaluation des PP assurés par le SESSAD.

3.3.3. La fin d'accompagnement

▪ **Les réorientations**

A ce jour, aucune procédure de fin d'accompagnement n'est formalisée sur le SESSAD. Du fait d'une logique de passerelle forte vers le CEAP (le semi-internat essentiellement), la nécessité d'une telle procédure ne semble pas prioritaire pour le SESSAD.

Toute décision d'orientation est travaillée avec l'usager et son entourage, en collaboration avec les différents partenaires concernés. La plupart des jeunes passent du SESSAD au semi-internat (la majorité des jeunes dispose d'une double orientation) ; la proximité géographique et le fait que la cadre de proximité soit responsable de ces deux structures permettent d'inscrire le passage du SESSAD au semi-internat dans une logique de parcours cohérente ; ainsi, le passage d'une structure à l'autre n'est pas perçu comme une rupture dans l'accompagnement.

Naturellement, le SESSAD assure la transmission d'information nécessaire à la future structure d'accueil.

▪ **L'accompagnement des fins de vie**

La problématique de la fin de vie est rencontrée par les équipes du SESSAD-CEAP (un décès en 2012 (sur deux sorties du service) et un décès en 2013 (sur trois sorties)). Les décès surviennent généralement suite à des hospitalisations. Le médecin du SESSAD-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, un accompagnement est proposé par le médecin et la psychologue du service pour faire le deuil de la personne. La psychologue du SESSAD - malgré le peu de temps dédié à la structure – peut également prévoir des temps d'échange avec la famille.

Une procédure de conduite à tenir face aux situations de décès a été formalisée en 2011 pour l'ensemble du Pôle Handicap et Dépendance.

La mission d'évaluation relève toutefois 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 sur le SESSAD proprement dit (définition des rôles des professionnels du SESSAD, étapes à suivre, etc.).

3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

3.4.1. Les locaux du service

Le site du Foyer Albert Barbot, dans lequel est implanté le SESSAD, est un site historique, qui a connu de nombreuses transformations. Le site du Foyer Albert Barbot dispose d'espaces extérieurs agréables, verdoyants et d'infrastructures remarquables (une piscine extérieure notamment).

Les locaux du SESSAD sont composés d'une salle d'activité, d'une salle d'activité physique / gymnase, et d'une salle de repos pour le personnel. Ces salles sont mutualisées avec le centre de jour du CEAP.

Les locaux sont tous ouverts sur l'extérieur : les salles sont ainsi baignées de lumière (ce qui les rend très agréables). Le bâtiment est de plein pied, et un parking proche permet aux transporteurs de déposer les enfants devant les locaux. Notons enfin que le SESSAD est situé à proximité du CEAP, ce qui renforce les logiques de parcours.

Quelques réserves cependant : l'espace peut apparaître restreint à certains moments de la prise en charge : la salle où se tiennent les ateliers semble exiguë, notamment au regard des équipements des enfants (fauteuils, coques, etc.), et du nombre d'enfants participant aux activités de groupe qui y sont organisées. Par ailleurs, le personnel ne dispose pas de salle dédiée pour les transmissions : à ce jour, les professionnels effectuent leurs transmissions dans la salle d'activité, en présence parfois des jeunes participant à des activités ; en attendant des travaux d'aménagement, et afin de privilégier la concentration des professionnels et la séparation des espaces, les consultants recommandent la mise en place d'un paravent ou d'un rideau pour séparer les espaces.

3.4.2. L'accompagnement proposé

En moyenne chaque enfant bénéficie de 2 à 3 interventions par semaine sur le SESSAD. Les interventions s'articulent autour du suivi médical, socio-éducatif, rééducatif et des adaptations en ergothérapie ; elles sont adaptées aux besoins des enfants et aux attentes des familles et se tiennent :

- Majoritairement, dans les locaux du SESSAD : afin de bénéficier du plateau technique et des compétences pluridisciplinaires ;
- Au domicile de l'enfant : afin de permettre une observation de l'enfant dans son milieu naturel et de permettre un contact régulier avec la famille.

■ L'accompagnement soignant

L'accompagnement soignant mis en place au sein du SESSAD est bien structuré. Il est formalisé au sein du projet de service.

Le médecin généraliste du SESSAD assure la surveillance générale des enfants (0,1 ETP pour le SESSAD). Il n'est pas le médecin prescripteur des enfants (*hors urgence*), qui conservent leur médecin traitant. Toutefois, il voit chaque jeune en consultation médicale au moins une fois par an (avec association des parents). Lors de la consultation, les prescriptions rééducatives sont revues. L'IDE et la secrétaire médicale interviennent en appui sur la préparation de la consultation (préparation du dossier médical, convocation etc.).

Par ailleurs, **le médecin est impliqué dans le processus d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement** : il participe au processus d'admission et dispose ainsi d'une vue consolidée dès l'arrivée du jeune. Il participe au projet personnalisé dans la partie accompagnement médical. Par ailleurs, le médecin est coordonnateur des actions de rééducation et fait le lien avec l'équipe rééducative.

Enfin, il est impliqué dans les temps de coordination autour de la situation des jeunes : une fois par mois, le médecin participe à la réunion du mardi (14h à 15h). C'est lors de ces réunions que le médecin participe à l'alimentation des projets personnalisés. La présence du médecin est aussi l'occasion d'aborder la situation de l'enfant dans sa globalité.

L’Infirmière du semi-Internat intervient ponctuellement sur le SESSAD pour des soins spécifiques nécessités par l’état de santé de l’enfant (alimentation entérale, épilepsie, etc.) et en cas d’urgence. Au domicile des jeunes, des infirmières libérales assurent quotidiennement pour certains jeunes les soins d’hygiène spécifiques.

Une aide-soignante intervient sur le SESSAD à hauteur de 0,5 ETP. L’aide-soignante intervient sur des soins de nursing (hygiène, confort, prise de température, observation de l’évolution de situations, etc.) et participe aux ateliers (activités d’éveil, atelier de détente corporelle et de bien être relationnel). Occasionnellement (un vendredi par mois), et en fonction des besoins, l’aide-soignante effectue des visites à domicile pour aider les familles à prendre en charge leur enfants, répondre aux questions des parents, échanger sur les gestes du quotidien, etc. Un des objectifs de ces visites à domicile est d’instaurer une relation de confiance entre les parents et le SESSAD.

La mission d’évaluation note que les outils mis en place permettent une excellente traçabilité des interventions (fiche de suivi des selles, plan de soin individualisé, appel à l’IDE du CEAP en cas de prise de médicaments, etc.). L’aide-soignante participe à la formalisation et la réévaluation des projets personnalisés (réunion du mardi), afin de renforcer la coordination pluridisciplinaire de l’accompagnement.

■ **L’accompagnement éducatif**

L’accompagnement éducatif proposé sur le SESSAD-CEAP est structuré. L’objectif éducatif avancé dans le projet de service du SESSAD est de développer, de renforcer les actions de socialisation et d’intégration en privilégiant l’accompagnement des jeunes sur le site du PHD. L’accès à la socialisation a pour objectifs spécifiques de permettre aux jeunes :

- d’être dans la rencontre avec des pairs et d’autres personnes que leur milieu naturel ;
- de travailler la distanciation avec les parents ;
- de développer des capacités par la dynamique de groupe pouvant aboutir à des apprentissages individuels ;
- de développer des capacités de communication, d’expression non verbale et verbale lorsque cela est possible ;
- de développer une autonomie simple de vie quotidienne ;
- de développer des capacités de tolérance aux changements, aux frustrations.

L’éducatrice spécialisée du SESSAD met en œuvre des actions de socialisation sous la forme d’ateliers menés conjointement et en transversalité avec les équipes éducatives et soignantes du centre de jour du CEAP. Les ateliers éducatifs sont orientés sur l’éveil sensoriel, la stimulation corporelle du jeune enfant. Il s’agit d’éveiller, de stimuler, de solliciter chaque domaine sensoriel dans sa fonction : toucher, sentir, goûter, écouter, regarder et permettre une meilleure liaison de ces sens par la verbalisation, l’expérience concrète et la répétition des mises en situation.

- **L’atelier tactile** est un atelier collectif de travail sur la perception et la représentation / apprentissage des notions (droites, gauche, chaud, froids, doux, dur).
- **L’atelier contes sensoriels** est un atelier collectif organisé le lundi par l’éducatrice spécialisée du SESSAD et l’AS (cet atelier est mutualisé entre l’internat, le centre de jour du CEAP, et le SESSAD-CEAP). Neuf jeunes participent à cet atelier.
- **L’atelier de détente corporelle** est un temps de « massage relationnel » : il s’agit de détendre, d’apaiser et de communiquer. Le « massage relationnel » est une pratique réalisée en fin de séance de chaque atelier. Ce moment privilégié permet un retour au calme et une pratique régulière aide les jeunes à avoir une meilleure prise de conscience des parties de leurs corps
- **L’atelier stimulation corporelle** permet à chacun de vivre son corps dans l’action, le mouvement selon ses possibilités et capacités en émergence. Au cours de cet atelier, les jeunes sont à même d’être en relation entre eux (communication corporelle) car les activités motrices se déroulent sur les tapis de sol

L’ensemble de ces ateliers sont pluridisciplinaires puisqu’animés alternativement (et en fonction des besoins) par l’éducatrice, l’aide-soignante, les auxiliaires de puéricultrice, les MKDE et les psychomotriciens.

Par ailleurs, l’éducatrice spécialisée anime également des séances d’accompagnement individuelles ; ces ateliers ont lieu le mercredi. Les objectifs de ces ateliers sont définis en fonction du projet du jeune.

Enfin, nous remarquons que la logique de passerelles entre le SESSAD et le CEAP se prolonge jusque dans les activités puisque certains jeunes du CEAP sont conviés aux activités du SESSAD et inversement.

L'accompagnement éducatif est particulièrement personnalisé

L'accompagnement éducatif suit les objectifs inscrits dans les projets personnalisés notamment via l'outil PSI (mis en place en 2011), investi par les équipes et via les différents outils mis en place. Des grilles d'évaluation des capacités des personnes sur chaque atelier ont été mises en place (cotations, commentaires, etc.), et des évaluations de l'évolution des jeunes accompagnés sont effectuées tous les mois. Dans ce cadre, des fiches actions par jeunes sont formalisées et intégrées dans les projets personnalisés (tous les ateliers ont des fiches actions par personne).

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

■ **L'accompagnement rééducatif**

La prise en charge rééducative est structurée et formalisée dans le projet de service. Elle repose sur une équipe dédiée composée de :

- Un psychomotricien (0,5 ETP) ;
- Un ergothérapeute (0,3 ETP).

Le psychomotricien du SESSAD a pour objectif de contribuer au maintien ou au développement psychomoteur des enfants accueillis, via une approche relationnelle et corporelle. Il intervient à plusieurs moments dans la prise en charge : il effectue tout d'abord un bilan psychomoteur, d'où seront dégagés des axes de travail en fonction des besoins de l'enfant et de son projet individuel. C'est à l'aide de médiations diverses et basées sur le jeu que sont travaillés les principaux points du développement psychomoteur :

- La relation et la communication ;
- Le schéma corporel et l'image du corps ;
- La motricité globale, les niveaux d'évolution motrice et les postures ;
- La structuration spatio-temporelle.

Les objectifs de la prise en charge en ergothérapie s'articulent dans le projet individuel de rééducation et d'accompagnement de l'enfant en étroite collaboration avec sa famille. L'ergothérapeute intervient sur :

- le suivi et la coordination avec les différents appareilleurs ;
- le suivi et la coordination avec les fournisseurs en matériel médical ;
- des visites à domicile pour apporter des conseils techniques, pour l'adaptation du domicile, la production d'argumentaire pour justifier les demandes d'aides auprès de la MDPH et production d'argumentaire pour justifier les demandes d'aides auprès de la MDPH.

Les rééducations sont prescrites par le médecin (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.

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 l'éducatrice ou un autre professionnel rééducatif (ex : activité piscine avec l'ergothérapeute et la psychomotricienne).

Le nombre de séances par semaine est ajusté en fonction des moyens et 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. Un bilan de ces séances est réalisé lors de l'élaboration ou la mise à jour du projet personnalisé.

Les lieux de prise en charge peuvent varier, en fonction des besoins : au domicile des jeunes, dans les locaux du SESSAD, dans les locaux du centre de jour ou à la piscine (uniquement pour le psychomotricien).

Enfin, la mission d'évaluation note que les deux professionnels rééducateurs participent à l'élaboration et la réévaluation des projets personnalisés des enfants accueillis ainsi qu'aux réunions institutionnelles, ce qui favorise une bonne coordination des interventions autour de chaque jeune.

Un point d'attention toutefois : les locaux de stockage sont limités pour le matériel, créant un effet « d'encombrement » dans les salles.

■ L'évaluation des accompagnements

Le SESSAD a mis en place l'excellente pratique d'évaluer les ateliers mis en place. En effet, chaque atelier fait l'objet d'une fiche action dans lesquelles sont référencés les objectifs, les indicateurs de progression individuelle et d'évaluation partielle et annuelle. Ce **travail d'évaluation est primordial pour un accompagnement efficient dans le temps et est réalisé par l'éducatrice spécialisée**. Nous constatons ainsi que le SESSAD s'inscrit dans une **dynamique d'adaptation continue au public, avec possibilité de réajuster l'atelier, ses supports, et ses modalités de fonctionnement, etc.**

Temps d'observation sur site - Atelier tactile – « TOUCHE A TOUT »

Arrivée des enfants

Les enfants accueillis au SESSAD arrivent soit en taxi et ambulance depuis leur domicile, soit depuis le centre de jour. Les enfants sont accueillis dans la salle d'activité et sont installés autour de tables pour commencer l'activité.

Description de la salle d'activité

La salle d'activité est très lumineuse et donne sur l'extérieur. Elle est dotée d'une climatisation pour assurer le confort des jeunes et des accompagnateurs. **La salle semble légèrement exigüe, notamment au regard des équipements des enfants** : les enfants disposent tous de fauteuils encombrants et la circulation est rendue difficile lorsque tous les enfants sont dans la salle. **Enfin, notons que lorsque se tiennent les activités, une pancarte « activité en cours – ne pas déranger » est mise en évidence sur la porte.**

L'activité

Les enfants sont répartis par tables de travail, « les grands » d'un côté, « les jeunes » de l'autre. Pour 8 enfants en activité, le SESSAD mobilise 5 personnes (3 AS, 1 auxiliaire puéricultrice et une animatrice). Les accompagnateurs stimulent et touchent les enfants pour éveiller leurs sensations et les stimulations sensorielles. L'activité dure une heure.

La posture des professionnels

La posture des accompagnateurs est très professionnelle ; chaque membre de l'équipe se concentre sur les enfants accompagnés, et les professionnels n'échangent entre eux que si nécessaire ; lors de cette heure de travail, les accompagnateurs sont totalement dédiés aux enfants

■ L'accompagnement psychologique

Une psychologue disposant d'un master en clinique sociale intervient depuis 11 années au PHD. Cette psychologue partage son temps plein entre plusieurs structures du PHD (CEAP, SESSAD, SAMSAH, MAS), soit environ 160 situations à suivre. Ce temps limité ne permet pas à la professionnelle de suivre chaque enfant du

SESSAD. Le suivi de la psychologue se porte essentiellement sur l'accompagnement des parents et des professionnels.

Les fonctions essentielles de psychologue dans le service sont les suivantes⁶ :

- La prise en compte de l'enfant en tant que « sujet » c'est-à-dire « être de désir » dans sa globalité.
- La prise en compte de la représentation qu'ont les parents du handicap, ainsi que de leur rapport à leur enfant.
- L'écoute des difficultés rencontrées par les différents professionnels au contact de l'enfant et de sa famille.
- Accompagner et soutenir la réflexion des professionnels au contact, de l'enfant et de la famille dans la perspective de l'évaluation des compétences et de l'élaboration du projet de l'enfant.
- Soutenir les parents dans leur prise en compte de l'enfant polyhandicapé au côté de chacun de ses frère(s) et sœur(s) et dans la reconnaissance et le renforcement du couple conjugal.

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 suivis individuels auprès des jeunes du SESSAD-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 :

- Participe aux réunions de synthèse ;
- Participe aux réunions de 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.

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 SESSAD-CEAP (elle intervient également sur le CEAP et sur le SAMSAH). Elle a pour mission d'assurer l'accompagnement social des familles en fonction des besoins et handicaps des jeunes. Elle accompagne les familles dans les démarches hors du service (ex : adaptation et

⁶ Source : projet de service

aménagement du logement, orientation vers d'autres professionnels, information sur les droits...). Ses modalités d'intervention sont généralement individuelles dans le cadre d'entretiens sur site 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, et tient à jour la liste d'attente.

Les missions de l'assistant de service social sont formalisées au sein du projet de service. Toutefois, **la mission d'évaluation pointe un enjeu d'amélioration** : l'absence de précisions sur les modalités d'accompagnement des jeunes après leur sortie du service pendant minimum 3 ans⁷, conformément à la réglementation.

3.4.3. La coordination de l'accompagnement

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

Les temps de coordination d'équipe et de circulation des informations sont jugés efficaces par la mission d'évaluation. Une réunion hebdomadaire avec l'ensemble des professionnels du SESSAD (le mardi à 14h00) est organisée. Lors de la présence du médecin (une fois par mois), cette réunion permet la préparation des projets individuels (situation de l'enfant dans sa globalité). Les autres mardis sont consacrés au fonctionnement de la structure et aux points divers à l'ordre du jour (des temps de réunions supplémentaires sont également programmés si besoin avec les partenaires qui interviennent auprès des jeunes). Au regard des autorisations (10 places), ces temps de coordination semblent convenir aux besoins de la structure.

Enfin, toujours dans une logique de parcours SESSAD – CEAP, en cas de besoins (jeunes suivis à la fois par le SESSAD et par le CEAP), l'éducatrice spécialisée intervient sur les réunions de coordination du centre de jour (lorsque les projets individuels des enfants sont évoqués). **La dynamique de ces temps de réunion est bonne et structurée** (formalisation d'un ordre du jour et de comptes rendus).

En sus de ces réunions, des temps de transmissions quotidiens sont organisés.

A ce jour, deux modes de transmission existent :

- La transmission orale, fortement répandue au sein de la structure compte tenu du faible nombre de professionnels ;
- La transmission écrite informatisée via le logiciel PSI (logiciel bien approprié par les professionnels).

Enfin, un cahier de liaison a été mis en place pour **permettre la coordination entre le domicile et le service** ; il permet la création et le maintien du lien entre les familles et les professionnels, et la transmission d'informations clés aux parents.

▪ Le dossier de l'utilisateur

Un dossier informatisé est établi dès l'arrivée du jeune. Ce dossier, sauvegardé sous PSI, comprend des dimensions administratives, médicales, psychologiques, paramédicales, sociales, éducatives, et rééducatives. La structuration du dossier a fait l'objet d'une réflexion approfondie à l'échelle du pôle.

⁷ 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 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 ».

Les accès sont différenciés en fonction des professionnels. La structuration des dossiers est homogène pour tous les jeunes accueillis.

La Fondation Père Favron est partie prenante d'une démarche régionale de recherche d'un logiciel de gestion du dossier de l'usager. Dans son CPOM 2014-2018, elle s'est engagée à équiper l'ensemble de ses établissements avec les solutions qui auront été retenues.

En sus des dossiers informatisés, le service a structuré un modèle de dossier administratif unique pour **l'ensemble du pôle. Ces dossiers sont conservés de façon sécurisée**, dans le bureau administratif, dans une armoire fermée à clé.

L'analyse de dix dossiers tirés au hasard a montré la qualité de leur contenu :

- Les dossiers sont structurés de façon pertinente, homogène et facilitant leur lecture ;
- Les éléments de contenu sont exhaustifs (dossier administratif, sécurité sociale, dossiers projets, scolaires ou éducatifs) ;
- La plupart des dossiers ne présentent pas de notes personnelles.

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

Le livret d'accueil et le projet de service sont formalisés conformément aux textes réglementaires. Le livret d'accueil a été élaboré sous la forme d'une brochure illustrée de deux pages.

Par ailleurs, la charte est également affichée à l'entrée du service (conformément à la réglementation, ce qui concourt à ce qu'elle soit vue et lue régulièrement).

Ces documents sont transmis et explicités à l'usager et son représentant légal lors de la procédure d'admission.

Cependant, la mission note :

- Que la remise des documents n'est pas formalisée par la signature du DIPC, qui prévoit que le signataire a pris connaissance du règlement de fonctionnement du service, du livret d'accueil et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie qui lui est annexée. **A ce jour, le DIPC n'est pas signé dans le mois suivant l'entrée au SESSAD** (comme le prévoit la réglementation).
- Qu'un règlement de fonctionnement propre au SESSAD n'est pas formalisé, et donc non affiché⁸ ;
- Que le livret d'accueil pourrait être étoffé, conformément au contenu indiqué dans la circulaire du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil (informations sur les formes de participation des familles, des éléments d'information sur l'organisation générale de service ou son organigramme, etc.) ;
- Le numéro national d'appel de lutte contre la maltraitance n°119 n'est pas affiché ;
- La personne qualifiée n'est pas évoquée (dans le livret d'accueil, ou un règlement de fonctionnement).

Enfin, la mission recommande l'inscription du SESSAD dans une dynamique poussée de consultation des usagers et de leur famille (enquête de satisfaction plus récurrente permettant de mettre à jour les outils de la loi 2002-02).

⁸ Décret n°2003-1095 du 14 nov.2003 relatif au règlement de fonctionnement : le RF est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du CVS. Il est révisé au moins tous les 5 ans. Il est affiché dans les locaux et remis à chaque personnel qui y exerce (y compris salariés, libéraux, bénévoles).

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 (et par extension pour le SESSAD, compte tenu de son fonctionnement mutualisé avec le centre de jour de cet établissement), fonctionne globalement en conformité avec son cadre légal.

- Le CVS se réunit 3 fois par an et est présidé par la mère d'un jeune du CEAP ;
- 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 les enjeux suivants :

Sa composition pourrait être améliorée : les représentants des usagers du SESSAD ne sont pas représentés en tant que tels (composition du CVS du CEAP : trois représentants des familles, un mandataire judiciaire, deux représentants du personnel et un représentant de la Fondation). Le CVS mutualisé avec le CEAP ne comprend pas de représentant de parents du SESSAD.

La consultation des comptes rendus de CVS par la mission d'évaluation et la rencontre des représentants des familles (du CEAP) 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 au service. 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 régulière** et invite le service à poursuivre la mise en place des groupes de parole, qui selon les parents rencontrés (CEAP et SESSAD) correspond à un réel besoin.

▪ Le droit à l'information

Le droit à l'information est effectif au SESSAD. 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, participation aux réunions de PP, contractualisation) et au moyen de contacts réguliers avec les professionnels (oraux, *via* le cahier de liaison, etc.).

Par ailleurs, des panneaux d'affichage permettent une bonne transmission de l'information entre les professionnels de la structure et les parents et partenaires extérieurs (affichage en salle d'activité du planning des activités et ateliers, des consultations de l'ergothérapeute, etc.).

Le médecin assure les missions d'information au droit à la santé : il coordonne le suivi médical de chaque enfant. Il fait preuve de dynamisme et est moteur sur ce chantier.

▪ Le droit à la protection

Les pratiques des professionnels s'attachent à assurer le respect de la confidentialité. La cadre de proximité porte une grande attention à la protection des informations, venant régulièrement rappeler l'importance de la confidentialité.

Par ailleurs, le PSI dispose d'accès différenciés en fonction des professionnels, limitant l'accès aux données et transmissions.

Par ailleurs, **le droit à la protection est assuré par le respect des règles d'hygiène et de sécurité** effectif dans les locaux et en restauration (affichage des relevés de température sur les frigos, etc.).

Un point d'attention toutefois : la mission a constaté l'affichage de protocoles individuels en salle d'activité du SESSAD (avec le nom de l'utilisateur accueilli, sa photo, etc.). Compte tenu de l'ouverture de cette salle à l'extérieur (familles, partenaires, etc.), cet affichage de données paraît

▪ **Le droit à l'autonomie**

Le droit à l'autonomie est effectif au SESSAD. 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 de (pour la prise des repas, la promotion de la mobilité, etc.).

▪ **Le droit à la dignité**

Les propos et les postures des professionnels sont globalement respectueux des usagers. Les observations menées par la mission d'évaluation ont montré des professionnels bienveillants, soucieux d'encourager et de valoriser les usagers.

▪ **Droit au respect des liens familiaux et amicaux**

Le SESSAD s'attache à travailler avec les parents des usagers qu'il accompagne (notamment lors de la formalisation ou réévaluation des PP). Les professionnels essaient d'être pédagogues vis-à-vis des parents et dans la mise en confiance.

Les parents sont par ailleurs invités à partager des temps d'accompagnement avec leurs enfants au moment de leur admission s'ils le souhaitent, pour faciliter la transition.

Les parents interrogés dans le cadre de la mission d'évaluation ont indiqué que les professionnels savaient bien travailler avec les parents et s'adapter à leurs souhaits, estimant que le service était davantage dans la proposition. **La mission incite toutefois à favoriser d'avantage l'implication des familles sur la structure (café des familles, groupes de paroles, pique-niques, etc.)**

▪ **Pratique religieuse et droits civiques**

Les capacités des usagers accompagnés au SESSAD-CEAP étant limitées, peu de choses sont réalisées pour faciliter l'exercice des droits civiques et la pratique religieuse. Toutefois, le service respecte les habitudes alimentaires de chacun (régime sans porc, sans cabri, etc.).

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 SESSAD-CEAP a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité, et était en conformité avec la plupart des exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire.

- **L'établissement dispose d'un registre de sécurité pour les locaux du centre de jour, qui est commun avec celui du SESSAD-CEAP.**
- **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 la tenue **hétérogène du registre de sécurité avec l'absence de certains contrôles réalisés** (ou tout du moins inscrits) dans le registre. *Quelques exemples : absences de contrôle des installations*

électriques pour le centre de jour entre 1999 et 2009 ; les contrôles des moyens de chauffage/climatisation sont réalisés tous les ans mais ne sont pas retracés dans les registres.

- **Les consignes de sécurité sont affichés** à différents endroits de du service ;
- **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 ;
- **Le service dispose d'une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique ;**
- **Un diagnostic amiante a été réalisé ;**
- **Une trousse de secours et un chariot d'urgence médicale** (spécifique au centre de jour et au SESSAD) ont été mis à la disposition des intervenants ;
- **Les relevés de température du frigo de la salle d'activité sont effectués et affichés, et un protocole d'entretien du frigo a été élaboré et affiché.**

Quelques points d'amélioration sont toutefois identifiés :

- **La tenue du registre de sécurité devra faire l'objet d'une plus grande rigueur et une meilleure gestion des contrôles de maintenance obligatoires devra être instaurée.**
- **Le SESSAD 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 au service de se conformer aux obligations afférentes et de tracer les opérations réalisées dans un carnet sanitaire⁹ ;
- **Des formations « sauveteur-secouriste du travail » et des rappels tous les 2 ans devront être réalisées** à destination des professionnels ;
- **Le SESSAD veillera à réaliser et à retracer dans le registre de sécurité deux fois par an les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie** (manipulation des extincteurs) **et les exercices d'évacuation ;**
- **Réaliser un plan de continuité des activités précisant** « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature » (pandémie grippale, accident climatique, séisme, etc.)¹⁰.

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

Les activités de maintenance sont assurées par un agent à temps plein sur le SESSAD et Centre de jour (un ouvrier polyvalent). Il dispose d'un CAP (CAP ouvrier polyvalent) et intervient du lundi au vendredi.

Il est 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, il est en charge de coordonner les interventions, d'accompagner les techniciens dans la structure et de s'assurer de leur bonne traçabilité des opérations réalisées.

Les demandes d'interventions 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 à l'agent de maintenance. Le directeur est également informé.

⁹ Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude.

¹⁰ 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 ; Circulaire ministérielle du 14 juin 2007, relative à la mise en place dans les établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées, des mesures préconisées dans le cadre des « plans bleus ».

L'agent est **ainsi en charge des petites réparations qui sont nécessaires** (entretien de la plomberie, réparation des portes ...) et qui sont ensuite tracées sur le cahier de travaux.

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

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

- **Une coordination et un suivi des opérations de maintenance devront être instaurés** (par la cadre de proximité ou le futur directeur adjoint). Des réunions régulièrement permettront de prioriser les actions à réaliser et de responsabiliser davantage la maintenance 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 assurée et mutualisées** avec d'autres agents polyvalents des structures du site.

■ La continuité et la sécurité des interventions

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

- **Une présence téléphonique et physique et une permanence administrative en continu** : un accueil téléphonique assuré en journée de 8h à 20h et la nuit par une société extérieure de gardiennage pour l'ensemble des établissements et services du PHD. Au niveau du SESSAD-CEAP proprement dit, l'accueil téléphonique est assuré tous les jours de 7h30 à 15h00, par le personnel administratif ou le personnel de la structure.
- **La tenue d'un cahier de liaison avec les familles**, qui permet une continuité entre les temps d'accueil et le domicile des jeunes ;
- **La présence d'au moins une infirmière, mutualisée avec le CEAP, 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 programmés 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...
- **Une trousse de secours et un chariot d'urgence médicale** (spécifique au centre de jour et au SESSAD) ont été mis à la disposition des intervenants.

La mission pointe cependant plusieurs axes d'amélioration :

- La formalisation de protocoles d'urgences est à poursuivre (risque infectieux,...). 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. Lorsque des événements indésirables surviennent (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 *a 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 et des familles 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 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 du service ;
- Analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ;
- Contribution à la promotion et à la prévention des risques professionnels et formulation de propositions d'amélioration, notamment sur la base de fiches de constats remontées par les professionnels.

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

Le service a par ailleurs pris diverses mesures afin de prévenir l'usure professionnelle :

- **Le SESSAD 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) ;
- **La fondation autorise la mobilité des salariés entre les structures.** Le principe est de ne pas imposer ces changements mais de les favoriser. Les salariés peuvent faire remonter leurs souhaits en la matière et proposer des changements entre professionnels volontaires ;
- **Les réflexions et travaux en cours au niveau de la fondation sur la thématique de la GPEC** qui devraient prochainement bénéficier à l'ensemble des structures ;
- **Un accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail a été conclu** entre le PHD et les Délégués syndicaux.

Le développement de la culture du risque est amorcée et nécessitera d'être renforcé 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 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 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 le SESSAD pour garantir son application. A date d'évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur le service, notamment à travers :

- 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) ou indirectement (améliorer son action éducative, gestion des violences) ;
- 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 qui 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 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 locaux du SESSAD.

3.7. L'ouverture du service à et sur son environnement

3.7.1. L'inscription du service dans le territoire

■ Implantation territoriale et accessibilité

Implanté sur le site du **Foyer Albert Barbot**, dans un environnement arboré, remarquable, le SESSAD se trouve 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 du Foyer.

Bénéficiant des installations collectives du Foyer Albert Barbot, le SESSAD dispose (*liste non exhaustive*) :

- D'un espace arboré d'une dizaine d'hectares, sécurisé, qui permet à chacun de déambuler au gré de ses capacités, de ses envies.
- D'une piscine aménagée et adaptée aux personnes en situation de grande dépendance,
- D'un cabinet dentaire,
- D'un pôle médical,
- etc.

Le SESSAD CEAP s'inscrit bien dans son environnement immédiat : CHU, Handiplage de St Pierre etc... Il 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 du foyer.

■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

L'ouverture des établissements sur leur environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux, et d'exercer leur citoyenneté.

Pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décloisonnement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire. Et offrir une transparence qui participe de la prévention des risques de maltraitance. Pratiquer l'ouverture, c'est encore permettre aux équipes d'enrichir leurs analyses et de renouveler leurs modalités d'intervention au contact de méthodes et de pratiques différentes¹¹.

¹¹ ANESM, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, RBPP

Le service est ouvert à son environnement. Des dispositions prévoient la venue à l'intérieur des locaux du service :

- Les familles sont invitées à venir sur le service pour rencontrer les professionnels ou participer à des réunions.
- 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
- Le service accueille des stagiaires ;
- La possibilité d'utiliser les infrastructures du pôle (piscine par exemple)
- Des partenaires se rendent également au SESSAD. C'est notamment le cas d'Art pour Tous, qui intervient sur le service pour animer des ateliers.
- A l'échelle du pôle, de nombreuses conventions ont été signées avec des professionnels médicaux libéraux pour des prises en charges spécifiques.

En interne, il existe une logique de transversalité : certains ateliers et déjeuners du SESSAD sont mutualisés avec le CEAP, permettant une transversalité et une continuité dans l'accompagnement

Compte-tenu du public accueilli, le service est relativement ouvert sur son environnement. Il a développé des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne, sur les volets sanitaire et médico-social, socio-culturel, institutionnel, et pédagogique; nous notons notamment :

- Des partenaires divers et variés (art pour tous, club hippique, karaté Shindokai, etc.) ;
- L'organisation régulière de pique-niques, tradition fortement intégrée dans la culture réunionnaise ;
- 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).
- 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 du service 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'Olivés.

La dynamique d'ouverture à et sur son environnement est donc satisfaisante. La mission d'évaluation souligne l'effort mené par la direction pour conventionner et évaluer les partenariats existants, conformément aux réglementations et recommandations de bonnes pratiques existantes.

La mission encourage à continuer les efforts de sensibilisation de l'environnement au handicap et à développer encore les coopérations autour des jeunes accueillis.

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 du service par son environnement

▪ Les familles

Les familles rencontrées dans le cadre de l'évaluation externe (sur le SESSAD et sur le CEAP) se sont dites très satisfaites de l'accompagnement proposé.

Elles ont relevé positivement :

- la capacité du SESSAD à travailler avec elles, en étant à l'écoute de leurs besoins de leurs difficultés ;
- les outils mis à disposition pour faciliter la communication et la transmission d'information entre la structure et les familles (cahier de liaison notamment) ;
- La qualité, le professionnalisme et la disponibilité des professionnels.

▪ Les partenaires

Les trois partenaires contactés se disent tous satisfaits de leur collaboration avec le SESSAD-CEAP. Ce sont des partenariats pérennes et en majorité conventionnés.

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

Ils évoquent également un grand professionnalisme des équipes qui acceptent volontiers de former des stagiaires. Toutefois, certains partenaires indiquent qu'une amélioration peut être réalisée dans la formation au tutorat des professionnels référents des stagiaires. Par ailleurs, certains partenaires évoquent parfois une difficulté à identifier le SESSAD dans l'ensemble des structure du pôle.

3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

▪ 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 Siège de la Fondation.

En ce qui concerne les CDD, le directeur de la structure est en charge de la signature du contrat. Le SESSAD 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 SESSAD 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 :

- Le PHD organise annuellement **une journée des nouveaux salariés en CDI** pour accueillir et expliquer leur fonctionnement et les projets en cours (présentation de l'ensemble du PHD et de la fondation afin de créer une culture d'appartenance) ;
- Le projet de mise en place d'un système de tutorat des nouveaux salariés sur le PHD (actuellement ce dispositif est informel, mais dans le cadre du plan pluriannuel de progrès, deux éducateurs travaillent sur ce point et sur l'ensemble des modalités d'accueil des professionnels) ;
- Tout nouveau salarié bénéficie, à son arrivée, d'une **visite des locaux et d'une présentation des équipes assurée par le cadre de proximité** ;
- **Un livret d'accueil du salarié a été élaboré au sein du PHD** pour chaque structure ;
- **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 ou le service. 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.
- **Des points d'étape sont réalisés par la hiérarchie pendant la période d'essai** : par le Directeur pour les cadres, par les chefs de service pour les non-cadres. Ces points d'étape ont lieu au plus tard un mois et demi après l'arrivée sur la structure.

La mission d'évaluation souligne l'effort réalisé pour structurer ce temps. Elle note toutefois qu'une distinction entre l'entretien de fin de période d'essai et un entretien d'intégration (déconnecté de l'entretien de fin de période d'essai) serait davantage adapté.

■ **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 service 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 handicap et dépendance.

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. Compte tenu des mutualisations de professionnels des deux structures, le suivi des formations de l'équipe du SESSAD est conjoint avec celui des formations du CEAP. Les formations les plus importantes dont ont bénéficié les professionnels du CEAP en 2013 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 ;
- L'accompagnement des professionnels autour des situations de violence ;
- La formation des agents des services logistiques ;
- Les techniques d'ergonomie et de maniement des patients ;
- Humanitude ;
- Stimulation basale ;
- PSI.

Une seule limite cependant : le plan de formation et le tableau des formations réalisées ne faisant pas apparaître spécifiquement le SESSAD, il ne permet pas de juger pleinement de l'adéquation de l'offre de formation aux besoins du service (les formations de l'éducatrice spécialisée, budgétée à plein temps sur le SESSAD, ne peuvent pas apparaître).

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 SESSAD 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 est possible notamment du fait de la multiplicité des structures au sein du pôle. Cependant, le recueil des souhaits de mobilité n'est pas formalisé actuellement.

Aussi, 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.

La mission d'évaluation note que l'accord GPEC a été signé le 30 décembre 2014.

3.8.1. 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 chefs de service 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 mensuelles 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'évaluation interne a été occasion 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. **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 au sein du pôle** en associant, sur les différents aspects de l'accompagnement, l'ensemble des catégories socio-professionnelles.

Suite à la démarche d'évaluation interne, le Plan Pluriannuel de Progrès (PPP) a été élaboré, 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 est organisé en 21 axes dont la plupart sont communs aux structures du PHD, d'autres spécifiques aux différentes structures. **La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne (et du projet de service) est réalisée par un comité de suivi.**

Concernant le recueil de la satisfaction des usagers, elle est au cœur des préoccupations du PHD et passe par plusieurs canaux : l'implication des usagers/familles dans la démarche de projet individualisé et 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.

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 du service. Les synthèses des RBPP sont par ailleurs consultables directement sur la borne numérique. Lors des entretiens menés avec les professionnels, la mission d'évaluation a pu observer l'appropriation du contenu de plusieurs RBPP par l'équipe.

Les recommandations ont été utilisées comme supports dans différentes démarches sur le service (projet de service, évaluation interne, projet individualisé, etc.) et des rappels annuels sont réalisés par la cadre 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 le service.

4.2. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers

4.2.1. Le projet d'établissement

La démarche d'élaboration du projet de service (2014-2018), qui s'est déroulée récemment, a été globalement participative (avec notamment la contribution des professionnels dans la rédaction de leurs parties).

Le projet a été ensuite présenté pour approbation aux membres du CVS. Par ailleurs, les partenaires n'ont pas été sollicités (entretien téléphonique, questionnaire, invitation aux groupes de travail, etc.). De même, les familles du SESSAD n'ont pas été directement associées.

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, des modalités de coopération/partenariat (conventions), des modalités d'évaluation des activités, etc. **Il est conforme avec le contenu recommandé par l'ANESM.**

Le projet a été terminé et mis en application récemment en 2014 (il n'a pas encore été validé par la Fondation et présenté aux familles). **A l'issue de la rédaction du projet de service, la cadre de proximité du SESSAD a présenté le document en réunion** à l'ensemble des professionnels.

Le dispositif du SESSAD-CEAP est, dans son ensemble, pertinent et propose une bonne réponse aux besoins du territoire. Il est le seul SESSAD pour enfants polyhandicapés du bassin géographique de Saint-Pierre. Ses ressources humaines et matérielles sont satisfaisantes. L'équipe dispose de profils métiers et de compétences adaptés au regard des besoins de la population accueillie : volet médical, volet éducatif, volet rééducatif, volet social.

L'accueil des nouveaux salariés dans la structure est en cours de structuration et se décline au travers de plusieurs modalités : une journée des nouveaux salariés en CDI, mise en place d'un système de tutorat, visite des locaux par la cadre de proximité, un livret d'accueil du PHD, formalisation des procédures d'accueil, temps d'accueil des nouveaux salariés, réalisation de points d'étape durant la période d'essai.

Le PHD a réalisé, en 2014, un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). 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. De plus, la politique de formation est globalement en adéquation avec les besoins identifiés au niveau du pôle handicap et dépendance. 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

4.2.2.L'organisation de l'accompagnement des usagers

L'accompagnement proposé est structuré et de qualité.

Sur l'accompagnement au soin, le médecin du SESSAD assure la surveillance générale des enfants (0,1 ETP pour le SESSAD). De plus, le médecin est impliqué dans le processus d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement. Une aide-soignante intervient sur le SESSAD à hauteur de 0,5 ETP, elle participe à la formalisation et la réévaluation des projets personnalisés.

L'accompagnement éducatif est structuré, l'objectif éducatif étant de développer et de renforcer les actions de socialisation et d'intégration en privilégiant l'accompagnement des jeunes sur le site du PHD. L'éducatrice spécialisée du SESSAD met en œuvre des actions de socialisation sous la forme d'ateliers menés conjointement et en transversalité avec les équipes éducatives et soignantes du centre de jour du CEAP.

Les accompagnements rééducatif, psychologique et social sont structurés. L'accompagnement rééducatif est organisé par une ergothérapeute (0,3 ETP) et une psychomotricienne (0,5 ETP) ; 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. L'accompagnement psychologique est réalisé par une psychologue disposant d'un master en clinique. Cette psychologue partage son temps plein entre plusieurs structures du PHD. Le suivi de la psychologue se porte essentiellement sur l'accompagnement des parents et des professionnels. Enfin, l'accompagnement social est réalisé par une assistante de service social (1 ETP) qui intervient sur le SESSAD-CEAP. Elle a pour mission d'assurer l'accompagnement social des familles en fonction des besoins et handicaps des jeunes. Elle accompagne les familles dans les démarches hors du service.

La coordination de l'accompagnement se fait autour des transmissions, des temps de réunions et des dossiers des usagers.

4.3.L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique

Le SESSAD est implanté sur le site du **Foyer Albert Barbot**, dans un environnement arboré, il se trouve à proximité de la ville de Saint-Pierre, dans le village de **Bois d'Olive**. Le SESSAD CEAP s'inscrit bien dans son environnement

immédiat : CHU, Handiplage de St Pierre etc... Il est par ailleurs facilement accessible du fait d'une signalétique adaptée.

L'ouverture de l'établissement constitue un de ses points forts.

Le service est ouvert à son environnement. Des dispositions prévoient la venue à l'intérieur des locaux du service : les familles sont invitées à venir sur le service, un travail avec les écoles voisines et les associations, la mise à disposition d'un bâtiment sur le site, pour une artiste peintre, le service accueille des stagiaires, les partenaires se rendent également au SESSAD (Art pour Tous), de nombreuses conventions ont été signées avec des professionnels médicaux libéraux pour des prises en charges spécifiques.

Le service est relativement ouvert sur son environnement. Il a développé des collaborations et coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne, sur les volets sanitaire et médico-social, socio-culturel, institutionnel, et pédagogique (formalisation de divers partenariats, organisation de piqueniques, signature d'une Charte avec le CHU, la FEAP et d'autres associations pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées, l'organisation d'événement festifs avec les écoles.

La dynamique d'ouverture à et sur son environnement est donc satisfaisante.

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

Sur le Sessad CEAP, 100% des projets individualisés d'accompagnement sont formalisés et réactualisés.

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 du projet de service. Les projets personnalisés constituent un vrai point fort du SESSAD.

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.

La coordination des projets personnalisés (gestion du cycle de formalisation et d'évaluation) est très bien organisée. Elle est gérée par l'éducateur et un planning annuel, formalisé par la cadre de proximité, permet de s'assurer de la réévaluation annuelle de l'ensemble des projets personnalisés. Ce processus est pleinement pluridisciplinaire, conformément à la recommandation de l'ANESM.

Le CVS, établi pour l'ensemble du CEAP (et par extension pour le SESSAD, compte tenu de son fonctionnement mutualisé avec le centre de jour de cet établissement), fonctionne globalement en conformité avec son cadre légal. Toutefois, sa composition ne respecte pas pleinement la réglementation : les représentants des usagers ne représentent pas la majorité des membres.

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

4.5.1. Les droits des usagers

Le livret d'accueil et le projet de service sont formalisés conformément aux textes règlementaires. Ces documents sont transmis et explicités à l'utilisateur et son représentant légal lors de la procédure d'admission.

Des axes d'améliorations sont identifiés par la mission : signature du DIPEC dans le mois de l'admission, affichage du 119, formalisation du règlement de fonctionnement, modification du livret d'accueil conformément au contenu indiqué dans la circulaire du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.

Le maintien à l'autonomie est effectif : le maintien et la stimulation de l'autonomie constituent le fil rouge de l'accompagnement, qui privilégie le faire avec plutôt que le faire à la place de (pour la prise des repas, la promotion de la mobilité, etc.). **Les professionnels veillent également au respect de la dignité de la personne,** les propos et les postures des professionnels sont globalement respectueux des usagers. Les observations menées par la mission d'évaluation ont montré des professionnels bienveillants, soucieux d'encourager et de valoriser les usagers. **Les liens familiaux et amicaux sont respectés et encouragés :** le SESSAD s'attache à travailler avec les parents des usagers qu'il accompagne (notamment lors de la formalisation ou réévaluation des

PP). Les professionnels essaient d'être pédagogues vis-à-vis des parents et dans la mise en confiance. Les parents sont par ailleurs invités à partager des temps d'accompagnement avec leurs enfants au moment de leur admission s'ils le souhaitent, pour faciliter la transition.

4.5.2. La politique de prévention des risques

Le SESSAD-CEAP a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité, et était en conformité avec la plupart des exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire. La mission notera toutefois la tenue hétérogène du registre de sécurité avec l'absence de certains contrôles réalisés (ou tout du moins inscrits) dans le registre. **Les activités de maintenance sont assurées par un agent à temps plein sur le SESSAD et Centre de jour** (un ouvrier polyvalent).

La continuité et la sécurité des interventions sont assurées à travers notamment : une présence téléphonique et physique et une permanence administrative en continu, la tenue d'un cahier de liaison avec les familles, la présence d'au moins une infirmière, mutualisée avec le CEAP, une gestion des remplacements structurée par une procédure de la fondation et adaptée au type d'établissement et aux catégories professionnelles concernées, la formalisation de procédures d'urgence, une trousse de secours et un chariot d'urgence médicale.

Les professionnels, les résidents et leurs familles semblent informés du dispositif de lutte contre la maltraitance. L'obligation de signalement est globalement connue par les professionnels mais sa mise en œuvre est perfectible (une clarification des notions de bientraitance et maltraitance, la culture du signalement est à renforcer, la procédure de signalement des actes de maltraitance pourrait être mentionnée dans les documents remis aux usagers, le numéro du service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (119) devra être affiché). **La culture de la bientraitance fait partie des valeurs fondatrices de la Fondation Père Favron et de nombreuses réflexions institutionnelles sont menées par le SESSAD pour garantir son application.** A date d'évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur le service.

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1. La démarche d'évaluation interne

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

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

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

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

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet de service	<ul style="list-style-type: none"> Un projet de service valable pour la période 2014-2018 Une rédaction globalement participative, inspirée de l'élaboration du PE du CEAP L'approbation du projet par le CVS Un projet globalement conforme à la réglementation et aux RBPP de l'Anesm en termes de contenu, dont le plan est pertinent Sa présentation aux professionnels lors de réunions de service, et aux membres du CVS 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de groupes de travail thématiques garantissant la participation de tous les corps de métier du service Une participation limitée des partenaires Une implication insuffisante des familles et des usagers dans la démarche Certaines parties peu développées (le lien avec les orientations de politiques publiques locales notamment) Un projet peu illustré dans certaines parties, qui ne facilite pas son appropriation 	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la prochaine réévaluation du projet, réfléchir à des modalités de participation plus dense des partenaires, familles et usagers Renforcer la dimension « outil de communication » du projet via la rédaction d'une synthèse de quelques pages (une synthèse pour faciliter l'appropriation et la communication du projet aux différents acteurs) Mettre en place un comité de suivi des données du projet Articuler les actions réalisées avec les objectifs et orientations du projet de service et les faire apparaître dans le PPP élaboré

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de synthèse du projet facilitant son appropriation ▪ Une appropriation variable du projet de service par les professionnels rencontrés en entretiens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplifier la lecture à travers l'intégration de davantage de schémas, tableaux, photos, etc. ▪ Veiller à la validation prochaine du projet de service par le Conseil d'administration de la Fondation
Cohérence et pertinence du projet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un SESSAD qui répond bien aux besoins du territoire (seul SESSAD polyhandicap sur un vaste territoire allant de Saint Leu à Petite Ile et jusqu'au Tampon et Cilaos au Nord) ▪ Une localisation et un site intéressants (accessibilité, site avec de nombreuses installations, etc.) ▪ Une équipe pluridisciplinaire et compétente (ES, AS, médecin, psychologue, etc.) ▪ Des mutualisations au sein du pôle pertinentes (professionnels, véhicules, etc.) ▪ La mise en place prochaine d'une organisation du pôle autour de 2 entités pour répondre toujours plus spécifiquement aux besoins différents des populations accompagnées (une entité Polyhandicap et une entité Handicap grave) ▪ Une dynamique d'adaptation aux besoins des personnes (augmentation des accompagnements de groupe sur le site du foyer Barbot suite à la demande des familles, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux actuellement exigus et vétustes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les réflexions autour d'un projet immobilier visant à offrir aux jeunes un nouvel environnement (locaux spacieux, etc.) répondant pleinement à leurs besoins ▪ Poursuivre les actions visant à renforcer la sociabilisation des jeunes accompagnés et la désinstitutionalisation (accompagnements socio-culturels et loisirs hors foyer Barbot)
Qualité d'accompagnement	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un site agréable et verdoyant ▪ Des équipements de qualité mutualisés sur le site Albert Barbot : piscine, salle multi-sensorielle... <p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p>	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux vétustes et exigus ▪ le personnel ne dispose pas de salle dédiée pour les transmissions <p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p>	<p><u>Qualité des espaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet de travaux prévu pour 2015 pour réhabiliter et regrouper les locaux des services <p><u>L'accompagnement socio-éducatif</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une programmation des activités, avec un affichage des plannings d'ateliers ▪ Des nombreuses activités proposées faisant appel à des supports différents (atelier tactile, atelier éveil sensoriel, etc.) ▪ Une évaluation annuelle des activités (chaque atelier fait l'objet d'une fiche action dans lesquelles sont référencées les objectifs, les indicateurs de progression individuelle et d'évaluation partielle et annuelle) ▪ Des sorties organisées ▪ Une personnalisation de l'accompagnement (fiche action et objectifs individualisés, outils de communication non verbale) ▪ Une transversalité entre les services et entre les unités ▪ Logique de passerelles entre le SESSAD et le CEAP se prolonge jusque dans les activités puisque certains jeunes du CEAP sont conviés aux activités du SESSAD et inversement ▪ Une articulation des activités cohérente avec les projets individuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un cadre architectural pour l'organisation des activités peu adapté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer l'effort d'aménagement des locaux
	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une équipe rééducative dédiée composée d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute ▪ Une visite médicale assurée chaque année par le médecin généraliste pour chaque jeune ▪ L'association des familles à l'accompagnement et aux soins ▪ Des temps de coordinations des équipes médicales, paramédicales et soignantes effectifs 	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p>	<p><u>L'accompagnement thérapeutique</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne traçabilité des interventions (fiches de suivi des selles, etc.) 		
	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une équipe de rééducation dédiée et dont la composition est conforme aux besoins des jeunes ▪ La prescription des rééducations par le médecin ▪ Un accompagnement reposant sur des bilans, selon des modalités variées (séances individuelles, de groupe, co-animation en binôme professionnel, supports variés) ▪ Des ateliers faisant l'objet de projets écrits ▪ Une bonne intégration de la dimension rééducative au PI 	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des locaux de stockage limités pour le matériel, créant un effet « d'encombrement » 	<p><u>L'accompagnement rééducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les locaux de stockage ▪ Réfléchir à l'installation d'une salle Snoezelen
	<p><u>L'accompagnement psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une psychologue dédiée au service ▪ Un soutien aux équipes de professionnels, permettant d'analyser et d'éclairer la pratique ▪ Un accompagnement des familles réalisé lors de groupes de parole 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention d'une psychologue sur un temps très limité ; le suivi de la psychologue se porte essentiellement sur l'accompagnement des parents et des professionnels – accompagnement limité des enfants. 	
	<p><u>L'accompagnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La présence d'une assistante de service social (0,1 ETP) ▪ Un accompagnement social en lien avec le handicap des enfants ▪ Un rôle central dans l'association des familles à l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de formalisation du rôle de l'assistant de service social dans la réorientation et l'orientation des jeunes vers d'autres établissements ▪ L'absence de précisions sur les modalités de suivi des jeunes après leur sortie du service pendant minimum 3 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser une procédure d'orientation ▪ Formaliser des modalités d'accompagnement/suivi des jeunes après leur sortie du service

5.4. L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale	<ul style="list-style-type: none"> Une implantation territoriale pertinente Un ancrage historique fort de l'établissement (ancien hospice) Un établissement ouvert à son environnement, qui favorise la venue de personnes extérieures au sein de ses murs Un établissement ouvert sur son environnement : sorties pique-nique organisées, etc... De forte synergies et relations entre établissements sur le site du foyer Albert Barbot : évènements festifs de grande ampleur inter-établissement (Fête de Grand-mère Kal) 		<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail d'ouverture à et sur l'environnement Communiquer sur les changements pour modifier l'image ancienne d'hospice persistante pour la population (projet de documentaire en cours) Mener à bien les projets d'ouverture : végétalisation- sentier botanique, esplanade festive...
Visibilité et perception de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Une prise en charge de qualité relatée par les familles du SESSAD et du CEAP rencontrées Une disponibilité et bonne qualification du personnel reconnue par les familles Une évolution positive vers davantage d'écoute et attention aux familles observée par les familles elles-mêmes Une communication fluide entre le service et les familles grâce aux outils mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> Certains partenaires évoquent une difficulté à identifier le SESSAD dans l'ensemble des structures (notamment au regard du CEAP) 	<ul style="list-style-type: none"> Des familles dans l'attente des nouveaux locaux Des familles qui ont exprimé le souhait d'un accompagnement renforcé au service du développement des activités Renforcer la communication et les réunions de coordination avec les partenaires

5.5. Personnalisation de l'accompagnement

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

<p>Processus d'admission et fin d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La démarche d'admission fait l'objet d'une procédure structurée et progressive, formalisée au sein du projet d'établissement. ▪ La démarche d'admission est pluridisciplinaire ▪ La démarche conçue est progressive et prend en compte les aptitudes d'adaptation et d'intégration du jeune ▪ Lors du processus d'admission, l'ensemble des documents sont remis aux usagers ▪ L'arrivée d'un usager dans le service est préparée en amont 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le document individuel de prise en charge (DIPC) n'est pas signé pour les jeunes accompagnés par le SESSAD (la législation indique qu'une signature du DIPC doit intervenir au plus tard 1 mois après le début de la prise en charge) ▪ A ce jour, aucun référent individuel n'est nommé lors de l'arrivée d'un jeune 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner un référent afin d'assurer un accompagnement optimal (suivi et accompagnement au plus près des besoins des jeunes) ▪ Formaliser une procédure d'accueil de l'utilisateur comprenant un temps convivial dédié (gouter d'accueil par exemple)
<p>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque usager du SESSAD dispose d'un projet personnalisé, élaboré dans les 6 mois après l'admission, conformément à la réglementation ▪ L'accompagnement personnalisé commence dès l'admission de l'enfant et s'enrichit progressivement, au cours des cinq premiers mois, suite à l'admission des données recueillies ▪ Des objectifs, en accord avec les attentes de la famille et du jeune sont formalisés ▪ une évaluation de chaque projet personnalisé est réalisée annuellement avec une évaluation des objectifs déterminés lors de la formalisation du projet ▪ Les projets sont réévalués et réactualisés chaque année conformément à l'obligation légale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
<p>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le consentement de l'utilisateur et/ou de son représentant légal est systématiquement recherché ▪ Les attentes de la famille et du jeune sont recensés et formalisés au sein du document ▪ La signature systématique du PIA 		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
L'effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un CVS fonctionnant en conformité avec son cadre légal et réglementaire ▪ Une bonne dynamique de l'instance ▪ Des comptes rendus validés et signés de la présidente et envoyés à toutes les familles ▪ Des groupes de parole de parents animés par une psychologue extérieure 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de représentant des familles du SESSAD au sein de l'instance ▪ La composition du CVS ne respecte pas la réglementation (moins de 50% d'usagers/familles) ▪ L'absence de régularité des enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une participation des familles au CVS à renforcer ▪ Mettre en place une enquête de satisfaction régulière

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
Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le livret d'accueil et le projet d'établissement sont élaborés conformément aux textes réglementaires. ▪ La charte est également affichée à l'entrée du service (conformément à la réglementation, ce qui concourt à ce qu'elle soit vue et lue régulièrement). ▪ Ces documents sont transmis et explicités à l'utilisateur et son représentant légal lors de la procédure d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La remise des documents n'est pas formalisée par la signature du DIPC, qui prévoit que le signataire a pris connaissance du règlement de fonctionnement du service, du livret d'accueil et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie qui lui est annexée ▪ Le service ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement formalisé ▪ Le livret d'accueil ne comprend pas certains éléments (organigramme, formes de participation...) ▪ La personne qualifiée n'est pas citée dans les documents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la signature du DIPC dans le délai réglementaire ▪ Inscrire le SESSAD dans une dynamique poussée de consultation des usagers et de leur famille (enquête de satisfaction plus récurrente permettant de mettre à jour les outils de la loi 2002-02).

<p>Sécurité des lieux et de personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La conformité de l'IMS aux normes d'hygiène et de sécurité ▪ L'affichage des consignes de sécurité incendie ▪ Une procédure spécifique en cas d'alerte cyclonique ▪ Un diagnostic amiante réalisé ▪ Un relevé des températures des frigos réalisé et affiché ▪ Des protocoles de protection individuelle formalisés ▪ La présence d'un agent de maintenance sur site 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une tenue hétérogène du registre de sécurité et des contrôles qui ne sont pas tracés ▪ L'absence de plan de continuité des activités ▪ L'absence de rigueur dans la traçabilité des contrôles obligatoires ▪ L'absence de carnet sanitaire et de réalisation des contrôles associés à la prévention du risque de légionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un plan de continuité des activités précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature » ▪ Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an ▪ Améliorer la tenue des registres de sécurité et instaurer une plus grande rigueur dans la gestion des contrôles de maintenance obligatoires ▪ Se mettre en conformité sur la prévention du risque de légionnelles
<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une continuité et sécurité des interventions via : <ul style="list-style-type: none"> - Une présence physique et téléphonique, une permanence administrative en continu. - La tenue d'un cahier de liaison avec les familles - La présence de professionnels médicaux - Une gestion des remplacements structurée et formalisée ▪ La formalisation de procédures d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certains protocoles d'urgences qui n'existent pas ▪ Des professionnels non formés aux gestes et premiers secours ▪ Il n'existe pas de dispositif formalisé de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser des procédures d'urgence manquantes (risque infectieux, etc.) ▪ Former les salariés aux gestes de premiers secours (SST) ▪ Poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à la nécessité de formaliser les signalements ▪ Clarifier les définitions d'événements indésirables, situations préoccupantes (malveillance, maltraitance) afin qu'ils trouvent leur place dans les supports existants ▪ Organiser et formaliser le processus de signalement, d'analyse et de traitement des incidents
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un CHSCT se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, travaillant avec la médecine du travail ▪ Une Document Unique réalisé en 2014 par unité de travail pour l'ensemble des structures du pôle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'organisation/ de formalisation de rotation des professionnels (mobilité interservices) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'outil DUERP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Approfondir les risques psychosociaux ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les différentes mesures mises en place pour prévenir l'usure professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation manutention récente ; ○ Rappels récents sur l'importance des EPI ; ○ La politique de la fondation autour de la mobilité des professionnels ; ○ Les réflexions en cours au niveau de la Fondation sur la GPEC ▪ L'accord d'entreprise relatif à la prévention de la pénibilité au travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une notion de risques professionnels pas encore complètement appréhendée par les équipes ; ▪ Un DUERP trop généraliste et non approprié par les professionnels ▪ L'arrêt d'analyse des pratiques par une intervenante extérieure ▪ L'arrêt des entretiens annuels dans le cadre d'une réflexion au niveau de la Fondation ▪ La notion de risques psychosociaux peu approfondie dans le DUERP 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Décliner le DUERP pour chaque structure tenant compte des éventuels risques spécifiques ; ○ Communiquer sur l'existence du DUERP dès l'embauche des nouveaux salariés ; ▪ Conformément aux RBPP Anesm, mettre en place une analyse des pratiques professionnels (sous réserve de trouver un intervenant qui réponde aux besoins) ▪ Structurer les principes de rotation du personnel ▪ Réactiver les entretiens professionnels
<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne dynamique de promotion de la bientraitance (diffusion des RBPP Anesm, réalisation de formation sur la bientraitance, instauration d'un comité d'éthique, discussion et échanges en réunions, groupes de parole...) ▪ L'observation lors de la visite sur site de propos et postures bientraitants ▪ L'existence d'une procédure de signalement communiquée aux équipes ▪ La mise en place de mesures concourant à la prévention de l'usure professionnelles (cf ci-dessus). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de mention de la procédure de signalement des actes de maintenance dans les documents loi 2002-2 ▪ Une obligation de signalement connue mais un processus mal identifié de la part de certains professionnels rencontrés ▪ L'absence d'affichage du n° 119 dans les locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier les notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable/information préoccupante ▪ Mettre en place des formations régulières sur le sujet de la bientraitance ▪ Renforcer la culture de signalement auprès des équipes : rappeler la procédure de signalement (obligation, régime de protection...) ▪ Mentionner la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents remis aux usagers (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil) ▪ Afficher le n° 119 de façon visible dans les locaux ▪ Formaliser un document d'analyse des risques de maltraitance

5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

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

Le bilan de l'évaluation est satisfaisant : le SESSAD-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 l'IMS 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 SESSAD-CEAP est soucieux de s'ouvrir sur l'extérieur. Les liens partenariaux se consolident, et le site du foyer s'inscrit dans une bonne dynamique d'ouverture. Les efforts déployés par l'équipe pour soutenir la sociabilisation des jeunes sont à souligner malgré la difficulté que constitue le lourd handicap des personnes.

Cette dynamique positive est soutenue par un encadrement disponible et impliqué, et par la **démarche qualité**.

Quelques points de questionnement sont identifiés, parmi lesquels :

- l'implantation (temporaire) du SESSAD-CEAP dans des locaux limités, des travaux d'amélioration étant en cours ;
- des enjeux en matière de gestion des risques psycho-sociaux (enjeu de structuration de la mobilité, de mise en place d'une analyse des pratiques par un intervenant extérieur, etc.).

5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée ▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...) ▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...) ▪ Visite des locaux et du site ▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de réunion, séance d'ergothérapie-psychomotricité
Modalités d'implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien avec la Direction ▪ 11 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels ▪ Entretiens individuels avec les familles et représentants légaux

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires
Déroulé de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de mois : 4 mois ▪ 22 octobre : validation du projet évaluatif ▪ 28 octobre 2014 : évaluation sur site ▪ 10 décembre 2014 remise du pré-rapport ▪ 15 janvier 2015 : remise du rapport définitif
Nombre de jours-hommes	6 jours
Date de début et de fin de mission	8 octobre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 15 janvier 2015 (envoi du rapport final)

Commentaires du service sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté d'avoir plusieurs évaluateurs pour l'ensemble des établissements du PHD, avec des approches et des centres d'intérêts différents en fonction de l'intervenant. - Démarches respectueuses des organisations - Bonne adaptation, bonne intégration 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluateurs bienveillants (trop ?). Ne met pas assez en valeur la trajectoire dans laquelle se situe l'établissement et les efforts mis en œuvre depuis quelques années pour contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations - Enjeux d'améliorations : éviter le recours au copier/coller

Annexes

5.10. 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

SIRET 510 818 065 00029

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

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

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

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

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

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

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

B3 - Compte (s) à créditer :

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

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

• Numéro de compte :

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

B4 - Durée d'exécution du marché :

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

B5 - Délai de validité de l'offre :

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

B6 - Délai de livraison :

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

B7 - Domiciliation :

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

C - Signature de l'offre par le candidat.

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

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

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

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

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

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché:

M. Christian **BONNEAU** Directeur Général

■ Service habilité à donner les renseignements :

Service Achats

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

Téléphone : 0262 49 93 58

Courriel : service-achats@favron.org

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

La présente offre est acceptée.

A: Saint-Pierre, le 13 mars 2014

Signature

1/0



FONDATION PERE FAVRON
Le Directeur Général Adjoint
Philippe BOYER

5.11. 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 le 28 octobre 2014. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final en janvier 2015. Vous trouverez ci-après un calendrier d'intervention :



5.12. 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
10 rue de Valenciennes
75013 PARIS

5.14. Equipe d'intervention



Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

Présentation

Céline MASSON est consultante au sein du cabinet EQR depuis plus de deux ans. Diplômée de Sciences Po Paris, son cursus en affaires publiques lui confère une excellente connaissance des institutions nationales et locales ainsi qu'une **solide compétence en gestion de projet**.

Depuis son arrivée au sein du cabinet EQR, elle participe principalement à des missions d'accompagnement stratégique d'établissements sociaux et médico-sociaux, et à des **missions d'évaluation externe d'établissements et services sociaux et médico-sociaux**.

Carrière

- Depuis 2012 : Consultante au sein du cabinet EQR Conseil
- Juin-Décembre 2011 : Chargée de mission à la direction de la Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général Hauts-de-Seine – diagnostic territorial et étude de faisabilité d'un projet de partenariat européen sur le suivi médico-social de la mère et de l'enfant en Europe.

Formation

- Formation à l'évaluation externe (cabinet « EQR Formation »)
- Master Affaires publiques à Sciences Po Paris, mention « collectivités locales »
- Master d'anglais LLCE à La Sorbonne Paris III (mention très bien)
- Classes préparatoires littéraires du lycée Henri IV

Références

Evaluations internes et externes d'établissements sociaux et médico-sociaux (extraits) :

- Secteur du handicap
 - **AGAPEI** : Evaluation externe de la Maison d'Accueil Spécialisée « Les Champs Pinsons » à Saint-Orens de Gameville – 2014
 - **ASEI** : Evaluation externe du Foyer d'Accueil Médicalisé « Cadorne » à Tournay – 2013
 - **ADAPEI 12** : Evaluation externe de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail et du Foyer d'Hébergement de Capdenac-Gare – 2013
 - **ADAPEI 22** : Evaluation externe du pôle adultes handicapés de Dinan (Etablissement de Service et d'Aide par le Travail, Foyer d'Hébergement, Foyer de Vie, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, Service d'Accueil et de Travail Adapté) – 2013
 - **Mutualité Française Anjou-Mayenne** : Evaluation Externe de l'Institut Montclair (Service d'Accompagnement à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire, Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés, Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce), et du Centre Charlotte Blouin (Service de Soutien à l' Education Familiale et à l' Intégration Scolaire, SAFEP, et SEES) – 2013

Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

Références (suite)

- **Mutualité Indre-Touraine** : Evaluation externe de l'Institut d'Education Motrice « Charlemagne » – fin 2012 ; Evaluation externe du SESSAD Mirabeau à Tours – 2014
- **APAJH 44** : Evaluation externe de l'Institut Médico-Educatif « Clémence Royer » (Saint Nazaire), de la Maison d'Accueil Spécialisée de la Sèvre, et du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés de la Sèvre (Rezé) – 2012
- **EPMS de Provins** : Evaluation externe de l'IME, du Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile, et de l'ESAT – 2012
- **ADAPEI 56** : Evaluation externe du foyer de vie, de l'accueil de jour, du foyer d'hébergement, de l'UATP et de l'UVE de Prad Izel à Hennebont ; Evaluation externe du foyer « Avel Vor » à Ploemeur ; Evaluation externe de l'ESAT Armor Argoat à Caudan – 2014

➤ Secteur des personnes âgées :

- **Association Monsieur Vincent** : Evaluation de l'EHPAD Castel Saint Joseph à Hodeng Au Bosc – 2013
- **Association Partage Accueil** : Evaluation externe de l'EHPAD Grenelle à Paris (15e arrondissement), et de l'EHPAD Bethléem à Paray-le-Monial – 2013
- **Association Les Amis des Ouvrières et des Isolés** : Evaluation externe de l'EHPAD La Source d'Auteuil -- 2013
- **Fondation Caisse d'Epargne** : Evaluation Externe de l'EHPAD « Résidence Jean Mazet » à Felletin – 2013, et de l'EHPAD Résidence Clairefontaine à Monteil-au-Vicomte – 2014
- **Mutualité Indre-Touraine** : Evaluation externe de l'EHPAD de Beaune – 2012 ; évaluation externe de l'EHPAD La Vasselière et évaluation externe des Relais Cajou – en cours

➤ Secteur social :

- **Fondation Léopold Bellan** : Evaluation externe du Foyer éducatif de Courbevoie et de la MECS Léopold Bellan de Bry-sur-Marne – 2014
- **Centre de Serquigny** (centre de formation et d'orientation professionnelle de l'ADAPT) : Accompagnement du Centre dans le cadre de son évaluation interne - 2013

Missions d'évaluation de politiques publiques :

- **CG 44** : Etat des lieux des internats éducatifs dans le cadre des collectifs d'hébergement du secteur associatif habilité à la **protection de l'enfance** – 2014
- **ARS Haute Normandie** : Evaluation de l'activité de l'ANPAA de Haute-Normandie dans le cadre des conventions passées avec l'ARS – 2014

Céline MASSON | Consultante

Chef de mission

- **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** : Evaluation du dispositif national de dépistage communautaire du VIH par TROD – en cours

Missions d'accompagnement stratégique et organisationnel :

➤ Secteur médico-social :

- **ANESM** : Participation au groupe de travail pour la construction de l'enquête bientraitance dans les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'Accueil Médicalisés, et au traitement des résultats de l'enquête (2012 – 2013)
- **ANAP** : Formatrice en région Rhône-Alpes et Bourgogne au tableau de bord partagé d'indicateurs entre les établissements et services des secteurs du handicap et des personnes âgées – 2014

➤ Secteur sanitaire :

- **Mutualité Française d'Ile-de-France** : Diagnostic et évaluation des besoins concernant l'accès aux droits à la santé des jeunes en Ile-de-France et propositions d'actions (2012 – 2013)
- **Ville de Coulommiers** : Réalisation d'un diagnostic territorial de santé et accompagnement des acteurs et des opérateurs dans le cadre de la mise en place et de l'organisation du Contrat Local de Santé (2012 – 2013)
- **Agence Régionale de Santé d'Auvergne** : Collaboration à la réalisation de quatre diagnostics territoriaux de santé à Besse-et-Saint-Anastaise, au Vernet-la-Varenne, à Pont-Salomon et à Montfaucon (2012)
- **Agence Régionale de Santé d'Auvergne** : Collaboration à la réalisation de quatre diagnostics territoriaux de santé à Avermes, Issoire, Cunhat, et l'EPCI de Sioulet-Chavanon (2013)

➤ Secteur social :

- **ADSEA 77** : Accompagnement à la réponse à un appel à projets du Conseil Général pour la mise en place d'un service d'Action Educative en Milieu Ouvert renforcé (2012)
- **AVVEJ** : Accompagnement à la réponse à un appel à projets du Conseil Général pour la mise en place d'un service d'accueil de jour éducatif pour des mineurs bénéficiant d'une mesure individualisée au titre de l'ASE de Paris (2013)



Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Présentation

Raphael Benhamou est consultant senior au sein du cabinet EQR Conseil; diplômé d'une école de commerce puis d'un master spécialisé santé/médico-social, ses missions lui ont permis d'acquérir une bonne maîtrise de l'organisation de l'offre de soins de premier recours et de l'optimisation de la performance hospitalière.

Raphael a intégré le cabinet EQR en 2012 après 3 ans d'expérience dans l'équipe Secteur Public du cabinet Deloitte. Il est intervenu sur diverses missions de définition de processus organisationnels et de rédaction de guides de procédures. Il dispose également de compétences en matière de gestion de projets et d'accompagnement stratégique.

Carrière

- Depuis 2012: EQR Conseil - consultant senior
- 2010 – 2012 : Deloitte Conseil – consultant au sein de l'équipe « Secteur public »

Formation

- Université Paris Dauphine - Master 2 Economie et management des organisations sanitaires et médico-sociales
- HEC Montréal – Baccalauréat en Administration des Affaires

Clients

- Agences Régionales de Santé Auvergne (ARS)
- Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) – Projets Performance (CH Vichy, CHU Nantes, etc.)
- Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)
- Administration des Douanes de la République du Benin
- Administration des Douanes Marocaines
- Universités de Montpellier (UM1/ UM2/ UM3)
- Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC)

Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Références

Evaluation externe :

- EHPAD La Source d'Auteuil
- EHPAD Saint-Louis
- SAMSAH de Blois (MFIT)

Accompagnement et conduite de projets

- **ANAP / ARS Limousin** : Accompagnement à la formalisation du parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie (PAERPA)
- **ANAP / ARS Lorraine**: Accompagnement à la formalisation du parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie (PAERPA)
- **Direction de la Sécurité Sociale** : Appui au lancement de l'appel à projets sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- **ANAP / ARS Pays-de-la-Loire** : Etude sur les adéquations des réponses de prise en charge des personnes âgées à l'échelle d'un territoire – Diagnostic et mise en œuvre
- **FEGAPEI / Unapei** : **Formalisation** de scénarios de rapprochement entre la FEGAPEI et de l'Unapei
- **ARS d'Auvergne** : Etudes d'opportunité et de faisabilité d'une quinzaine projets de maisons de santé en Auvergne et accompagnement dans l'élaboration de ces projets (Vague 1 : 2010 ; Vague 2 : 2011 - 2012 ; Vague 3 : 2012; Vague : 2013)
- **Commune de Sainte-Sigolène** : Etude de faisabilité pour la création d'une maison de santé pluridisciplinaire suivi d'un accompagnement méthodologique / gestion de projet pour la réalisation du projet - 2012
- **Association « Soigner à Brétigny-sur-Orge »** - étude de faisabilité et de programmation pour la création d'une maison de santé pluridisciplinaire
- **Pays Horte et Tardoire** - Définition du projet territorial de santé de Horte et Tardoire

Audit organisationnel, fonctionnel et financier d'établissements d'hospitaliers

- **Agence Nationale pour l'Appui à la Performance hospitalière (ANAP)** - Appui à la mise en œuvre du programme de retour à l'équilibre financier de 50 établissements hospitaliers (projet Performance dans le cadre du groupement Expertises et Solutions santé) (2010 -2011)
- **Agence Nationale pour l'Appui à la Performance hospitalière (ANAP)** - Projet FIDES - Facturation individuelle des établissements de santé

Raphael BENHAMOU | Consultant senior

Références

Audit organisationnel & amélioration de processus

- **Administration des Douanes Béninoises** - Réalisation d'un audit des opérations des recettes douanières de la République du Bénin
- **Administration des Douanes Marocaines** - Accompagnement dans la formalisation et l'exécution du plan stratégique à horizon 2015
- **Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)** - Accompagnement à la réalisation d'une étude et la définition des spécifications fonctionnelles d'une plateforme d'inscription en ligne aux formations
- **Universités de Montpellier (UM1/UM2/UM3)** - Assistance à maîtrise d'ouvrage relatif à la définition de l'identité, du périmètre, de l'attractivité et de la gouvernance du projet d'Initiative d'Excellence de Montpellier

Formation

- **ANAP** – Formation de 3 500 ESMS à l'outil tableau de bord de pilotage partagé

Evaluation de politiques publiques

- **INPES** - Evaluation du programme Bien-Vieillir
- **INPES** - Évaluation du déploiement du dispositif Nutrition Précarité
- **AFD** - Evaluation stratégique des projets des projets de santé en Outre-mer

Études

- **Mutualité Française d'Ile de France** - Réalisation d'un diagnostic des besoins concernant l'accès aux droits à la santé des jeunes en Ile-de-France
- **Direction de la Sécurité Sociale** - Réalisation d'une étude sur le coût de revient en radiologie (étude de coûts et réalisation d'un questionnaire)



SAS EQR Conseil

68 rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
www.eqr-management.com

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