

# FONDATION PERE FAVRON

## Evaluation externe du SESSAD-IEM IMS Charles ISAUTIER

### Rapport

Type d'établissement	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile – SESSAD IEM
Coordonnées	82 boulevard Hubert Delisle – 97 410 SAINT-PIERRE
Numéro FINESS	97 040 521 3

Janvier 2015

## Sommaire

1.	Eléments de cadrage .....	1
1.1.	Description de l'établissement .....	1
1.2.	Missions .....	1
1.3.	Activité .....	2
1.4.	La population accompagnée .....	2
2.	La procédure d'évaluation externe.....	3
2.1.	Démarche.....	3
2.2.	Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables à la structure évaluée .....	4
2.3.	La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée .....	4
3.	Résultats de l'analyse détaillée.....	6
3.1.	La stratégie du service .....	6
3.2.	Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue .....	10
3.3.	Le parcours de l'utilisateur .....	14
3.4.	La qualité de l'accompagnement proposé .....	17
3.5.	L'effectivité des droits des usagers .....	22
3.6.	La prévention et la gestion des risques.....	25
3.7.	L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement .....	29
3.8.	Organisation, gestion des ressources humaines et management.....	30
4.	Synthèse de l'évaluation externe .....	35
5.	Abrégé du rapport d'évaluation externe .....	41
5.1.	<b>La démarche d'évaluation interne</b> .....	41
5.2.	<b>La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm</b> .....	43
5.3.	<b>Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers</b> .....	43
5.4.	<b>L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique</b> .....	46
5.5.	<b>Personnalisation de l'accompagnement</b> .....	47
5.6.	<b>L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers</b> .....	49
5.7.	<b>La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques</b> .....	50
5.8.	<b>L'appréciation globale de l'évaluateur externe</b> .....	53
5.9.	<b>Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe</b> .....	54
6.	Annexes .....	55
6.1.	Contrat.....	55
6.2.	Composition des équipes .....	59
6.3.	Calendrier de réalisation .....	60
6.4.	Attestation sur l'honneur .....	61

# 1. Éléments de cadrage

## 1.1. Description de l'établissement

### 1.1.1. Les orientations et valeurs de la Fondation Père Favron

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

Elle regroupe 35 établissements sociaux et médicosociaux, accompagne 1455 personnes et emploie 1200 professionnels.

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

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

La Fondation Père Favron défend et promeut les valeurs suivantes :

« L'Humanisme, philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
- la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
- la Charte de l'Economie Sociale.

La solidarité, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.

La qualité de l'accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.

La proximité, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.

La promotion et la formation des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'utilisateur. »

### 1.1.2. Présentation et missions du service

Le SESSAD IEM est l'une des composantes de l'IMS Charles Isautier, géré par la fondation Père Favron.

Le SESSAD IEM est agréé pour accueillir 35 enfants et adolescents de 3 à 18 ans, relevant de l'annexe 24 bis. Il accueille des enfants et adolescents présentant une déficience motrice prévalente, pouvant s'accompagner de troubles associés.

## 1.2. Missions

Les annexes XXIV bis (*décret n° 56-284 du 9 mars 1956- modifiées par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989*) précisent les conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale.

« Elle comporte, en fonction de la nature et du degré de la déficience :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire ;
- l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;
- l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, le développement d'un niveau culturel optimum, l'éducation physique et sportive ;
- des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale en utilisant autant que faire se peut les moyens socioculturels existants... »

En références aux orientations législatives et aux missions précitées, le SESSAD IEM a choisi d'articuler ses prestations autour des axes spécifiques suivants :

- Le suivi médical et orthopédique.
- Le soutien des apprentissages et de la scolarité.
- L'épanouissement personnel du jeune par le biais d'activités éducatives et psychomotrices.
- Le soutien psychologique du jeune et de sa famille.
- L'accompagnement social.
- Le soutien de la fonction parentale.
- L'éducation à la vie affective et sexuelle.
- La préparation à la sortie du SESSAD.

### 1.3. Activité

Le SESSAD IEM de la Fondation du Père FAVRON dispose d'un taux d'occupation très élevé, et en progression.

	2011	2012	2013
<b>Budget d'exploitation</b>	731 554,12	735 943,44	746 246,65
<b>Capacité d'accueil autorisée</b>	35	35	35
<b>Capacité installée</b>	35	35	35
<b>Nombre de séances budgétées</b>	5 390	5 900	5 900
<b>Nombre de séances réalisées</b>	8 492	7 739	9 019
<b>Taux d'occupation</b>	110,29 %	100,5 %	117,13 %

### 1.4. La population accompagnée

Le SESSAD IEM accueille des enfants et adolescents présentant une déficience motrice prévalente, pouvant s'accompagner de troubles associés.

La moyenne d'âge des enfants accueillis est plutôt stable et se situe à 13 ans en 2013.

Le SESSAD accueille presque autant d'hommes que de femmes : 19 contre 21.

La durée moyenne d'accompagnement s'établit à 4 ans et 4 mois en 2013.

	2011	2012	2013
<b>Moyenne d'âge des usagers accueillis</b>	12	12	13
<b>Nombre de filles</b>	21	21	21
<b>Nombre de garçons</b>	17	16	19
<b>Durée moyenne de séjour</b>	2,89	3,64	4,4

## 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 :

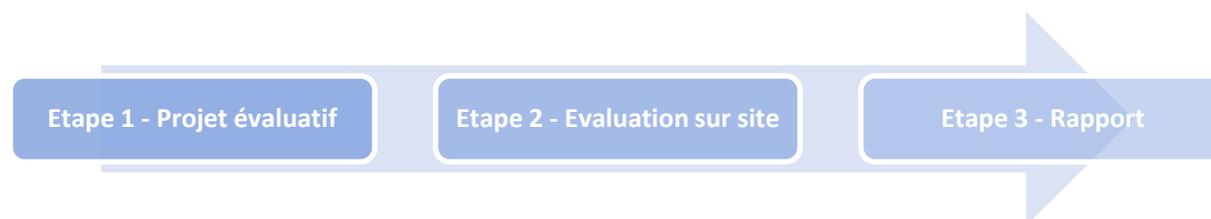
- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

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, du mois d'octobre 2014 au mois de janvier 2015.



#### 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 du service ;

- Des entretiens avec :
  - o Le Directeur et la directrice adjointe de l'IMS Charles Isautier
  - o Le cadre de proximité
  - o Le psychologue
  - o L'équipe éducative
  - o L'équipe paramédicale
  - o Le médecin de rééducation fonctionnelle
  - o Le personnel administratif
  - o Le chauffeur
  - o L'assistante sociale
- Une consultation des usagers : un entretien individuel a été mené auprès d'un usager
- Une consultation des familles : des entretiens individuels ont été menés avec deux familles
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, etc. ;
- Des entretiens avec des partenaires : un enseignant référent, un orthophoniste libéral et un kinésithérapeute libéral

**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 enrichie de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la direction le 17 décembre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 16 janvier 2015.

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

## 2.2. 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)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Septembre 2009)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) – (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)

## 2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée

Les principaux textes applicables au SESSAD :

- La Convention internationale des droits de l'enfant
- Le Code de l'action sociale et des familles (section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III)

- L'annexe XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989 et la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989
- 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 26 mars 2003 qui détermine les modalités d'organisation des transferts temporaires d'établissement pour enfants ou adolescents handicapés pris en charge en application du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux
- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- L'annexe 1 de la circulaire n° 2004-026 du 10 février 2004 : référentiel des compétences caractéristiques d'un enseignant spécialisé option D
- La Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, portant sur les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
- Le circulaire interministériel DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007, relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis (circulaire d'application du Décret n° 2005-11)
- Le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 fixant le parcours de formation des élèves présentant un handicap (principal décret d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'Éducation Nationale)
- Le décret n° 2005-1376 du 3 novembre 2005 portant création du diplôme d'État d'éducateur technique spécialisé
- 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
- Le Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés

## 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 et son appropriation par les professionnels

**Le SESSAD dispose bien d'un projet de service valide pour la période 2012-2017.**

La méthodologie de réactualisation des projets d'établissement et de service de l'IMS Charles Isautier est commune à l'ensemble des structures. La démarche a permis une réactualisation participative et pluridisciplinaire incluant des représentants des différents corps de métier du SESSAD dans plusieurs groupes de travail en 2012 :

- Un Groupe de Pilotage des travaux a été formé, constitué des Représentants de la Direction de l'IMS, du référent Qualité et des cadres de proximité des SESSAD afin de garantir la cohérence des projets des structures de l'IMS ;
- Des Groupes de travail se sont réunis à plusieurs reprises avec l'équipe pluridisciplinaire du service afin de dresser un bilan de l'existant sur plusieurs thématiques (accompagnement, projet de vie, droits des usagers...).

Un groupe opérationnel composé du cadre de proximité, du Référent Qualité et des représentants des groupes de travail s'est réuni régulièrement afin de suivre les productions des groupes de travail, d'apporter les ajustements nécessaires au regard des exigences réglementaires et recommandations de bonnes pratiques et d'identifier les axes de progrès à 5 ans spécifiques pour le service.

Le recueil de l'avis des bénéficiaires et de leurs familles a été organisé par le biais de groupes d'expression organisés en 2012 sur les thématiques du projet et d'une enquête de satisfaction diffusée en 2012.

Les partenaires du service n'ont pas été associés à l'élaboration du projet.

Le Projet de service a été validé par le Conseil d'Administration de la Fondation en 2012. Il a également été présenté à l'ensemble de l'équipe du SESSAD.

**Lors de la prochaine réécriture de son projet, la mission encourage le SESSAD à associer l'ensemble des parties prenantes à la démarche (professionnels, bénéficiaires, familles et partenaires), afin de faciliter la diffusion et l'appropriation du projet.**

##### ▪ 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 de service du SESSAD est bien établi pour une durée de cinq ans (2012-2017), conformément à l'article L.315-8 du CASF. **Le document constitue un cadre de référence structuré et détaillé.** Il intègre l'ensemble des éléments exigés par la réglementation (loi 2002-2) et recommandés dans les RBPP de l'ANESM, soit la présentation de :

- L'historique du service et le projet de l'organisme gestionnaire.
- Les missions : textes relatifs aux SESSAD et le schéma départemental dans lequel les SESSAD de l'IMS inscrivent leur action.
- Le public accompagné et son entourage sont détaillés à travers ses caractéristiques, évolutions et les besoins qui en découlent.
- La nature de l'offre de service et son organisation sont précisées. A travers :
  - Une présentation des prestations
  - L'organisation interne de l'offre (modalités d'admission, les différentes dimensions de l'accompagnement)
  - L'ancrage des activités dans le territoire.

- Les principes d'intervention sont déclinés notamment au travers des valeurs portées par la Fondation ainsi que dans le chapitre décrivant l'éthique et les principes d'actions du service.
- Les professionnels et les compétences mobilisées sont présentés de façon détaillée :
  - Les compétences et qualifications
  - Les fonctions et délégations
  - La dynamique de travail d'équipe
  - L'organisation de l'interdisciplinarité
  - Le soutien aux professionnels (analyse pratique) et actions de formation.
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement sont abordés en conclusion.

**Le projet de service du SESSAD ne décline pas ses objectifs d'évolution dans un plan d'action opérationnel. Les objectifs ont été repris dans le Plan d'action issu de l'évaluation interne réalisée entre 2012 et 2013, permettant un suivi facilité des axes d'amélioration.**

▪ **Forme et structuration du projet d'établissement**

**Le projet du SESSAD est bien établi pour une durée de 5 ans (2012-2017), conformément à la réglementation.**

**La forme et la structuration du projet d'établissement répond globalement aux préconisations des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm :**

- Le plan du projet est logique et permet une bonne progressivité dans la lecture ;
- La compréhension est facilitée par un style rédactionnel adapté et la présence d'illustrations, d'encadrés, de couleurs, etc.

**Des pistes d'amélioration sont toutefois repérées pour la prochaine réactualisation du Projet de service :**

- Le projet ne précise pas sa période de validité, en sus de sa date de rédaction ;
- La présence d'illustrations, de graphiques et de photos en faciliterait son appropriation ;
- Une réduction de la taille du projet (actuellement 44 pages hors annexes alors que les RBPP conseillent une trentaine de pages) permettrait un meilleur accès au document ;
- Des objectifs déclinés en fiches actions faciliteraient le pilotage du Projet de service sur les cinq années à venir ;
- Une synthèse illustrée du projet distribuée à l'ensemble des acteurs du SESSAD (professionnels, usagers, familles, partenaires) permettrait une meilleure appropriation du document. Il est toutefois à relever que le SESSAD a réalisé une plaquette de présentation de ses missions afin de mieux communiquer sur ses spécificités.

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

**Un temps de présentation des grandes thématiques du projet a été organisé en réunion d'équipe.** Le document est présenté lors de l'arrivée d'un nouveau salarié.

**Le projet réactualisé est mis à disposition des professionnels du service** (salle de réunion, présentoir des documents à l'accueil). Il est également disponible en version numérique sur les différents postes informatiques du service. Une plaquette sur le rôle et les missions du SESSAD IEM a également été créée afin de communiquer à l'ensemble des parties prenantes.

Les professionnels rencontrés semblent avoir une bonne connaissance des grandes thématiques du Projet.

**Le projet écrit prévoit la réactualisation annuelle du document. L'instance de suivi du projet est le Comité de Pilotage, constitué du Cadre de proximité, du Référent Qualité et de l'équipe de Direction de l'IMS qui suit l'état d'avancement de la démarche d'amélioration Qualité sur le service.** Ce Comité se réunit en moyenne deux à trois fois par an pour faire le point sur la démarche.

Les objectifs du Projet de service ont été intégrés dans le Plan d'action issu de l'évaluation interne de 2012-2013 permettant un pilotage facilité.

**La mission encourage le service à organiser régulièrement le suivi du Projet et à y associer davantage l'ensemble des professionnels du SESSAD.**

### 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 du SESSAD est pleinement en cohérence avec les orientations de la Fondation Père Favron, auxquelles il fait référence dans un préambule qui présente brièvement l'organisme gestionnaire : son organisation par filière, sa signature avec l'Etat d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et sa charte.

Le Conseil d'Administration de la Fondation a validé ce projet en 2012.

#### ▪ 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 les annexes XXIV bis (décret n° 56-284 du 9 mars 1956- modifiées par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989) qui précisent les conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale. :

« Elle comporte, en fonction de la nature et du degré de la déficience :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire ;
- l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;
- l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, le développement d'un niveau culturel optimum, l'éducation physique et sportive ;
- des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale en utilisant autant que faire se peut les moyens socioculturels existants... »

Le SESSAD IEM articule ses prestations autour des axes spécifiques suivants :

- Le suivi médical et orthopédique.
- Le soutien des apprentissages et de la scolarité.
- L'épanouissement personnel du jeune par le biais d'activités éducatives et psychomotrices.
- Le soutien psychologique du jeune et de sa famille.
- L'accompagnement social.
- Le soutien de la fonction parentale.
- L'éducation à la vie affective et sexuelle.
- La préparation à la sortie du SESSAD.

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école maternelle, primaire, collège, lycée, ...) et dans les locaux du service.

Le projet de service décline également pleinement les thématiques des droits des usagers, de personnalisation et promotion de la bientraitance découlant de la mise en œuvre de la loi 2002-2 et ses différents décrets d'application.

- Chaque usager bénéficie d'un DIPC conformément au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 ;
- Le projet repère bien les principaux textes réglementaires et fait explicitement référence aux priorités des politiques publiques (PRS, Objectifs du Schéma départemental portant sur le développement de la qualité de l'offre médico-social en garantissant la continuité des accompagnements et la participation des personnes).

L'extension de la capacité d'accueil créant 10 places supplémentaires et la multiplication des types d'accompagnements proposés illustrent la volonté et le processus d'adaptation aux besoins des personnes et aux orientations de politiques publiques.

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

Le service répond pleinement aux besoins du territoire au regard du taux d'occupation qui dépasse les 100 % et de l'existence d'une liste d'attente (environ une soixantaine de demandes en attente). Le service bénéficie

d'une forte visibilité et attractivité et s'inscrit dans une réponse aux besoins des populations du territoire de vie. Si, à l'ouverture du service, la spécificité de son accompagnement n'était pas bien connue des différents partenaires, la population accueillie est mieux ciblée depuis l'ouverture du CMPP de la Fondation Père Favron à Saint-Pierre et Saint-Joseph, qui accueille des enfants avec des troubles spécifiques d'apprentissage sans atteinte motrice. Le service a également élaboré une plaquette présentant ses différentes missions et spécificités d'accompagnement. La notoriété et les spécificités du service sont, à date d'évaluation, bien repérées par les habitants du secteur et les autorités de tarification et contrôle.

**Le service accompagne des enfants et adolescents présentant une déficience motrice prévalente pouvant s'accompagner de troubles associés. Il est l'un des deux SESSAD IEM du Sud de l'île de la Réunion, avec le SESSAD polyvalent de l'IMS Raphaël Babet. Le projet permet de répondre aux besoins du public sur une large tranche d'âge (3 – 18 ans) en proposant des accompagnements adaptés portés par des professionnels formés et expérimentés pouvant plus particulièrement intervenir auprès des jeunes enfants ou auprès des préadolescents et adolescents.**

Le service propose un **accompagnement diversifié** en terme de :

- lieux d'intervention : en milieu scolaire, lieux périscolaire, au domicile, dans les locaux du service ;
- modes d'accompagnement : accompagnements individualisés, temps collectifs (activités sportives, groupes éducatifs,...) ;
- types d'activité en fonction des tranches d'âge et des besoins des jeunes (cf. l'accompagnement éducatif infra).

De plus, le service travaille en étroite collaboration avec le Pôle Charles Isautier et notamment avec l'équipe et les dispositifs de l'IEM, ce qui permet la complémentarité et la continuité des interventions.

**L'équipe dispose d'un très bon niveau de qualification** (équipe éducative constituée d'éducateurs spécialisés) et le plateau technique (profils métiers) est adapté à l'accompagnement (médecin de rééducation fonctionnelle, équipe de rééducateurs aux profils variés (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien), psychologue, assistante sociale). **Au plan des moyens humains**, le ratio d'encadrement permet d'assurer un accompagnement de proximité (0,26 ETP/usager). La formation continue (Formations sur la connaissance des publics accompagnés (« Accompagnement des enfants souffrant des maladies évolutives »), Formations aux méthodes ABA, bientraitance, ..) a soutenu l'évolution et l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins des enfants/adolescents. L'ensemble des postes sont pourvus. L'attractivité du service permet à celui-ci de ne pas connaître de difficulté de recrutement.

**L'implantation des locaux du SESSAD offre une localisation pertinente** au regard du projet et de l'activité du service (proximité d'intervention, possibilités de travail en réseau avec des partenaires). Le SESSAD est implanté en plein centre de Saint-Pierre, 2<sup>e</sup> ville de la Réunion, à proximité des transports en commun. Les locaux de l'IMS Charles Isautier, situés à Saint-Louis, sont également utilisés par les équipes du SESSAD pour se rapprocher des lieux de vie de certaines personnes accompagnées. Les deux sites sont faciles d'accès et bénéficient d'un parking.

A date d'évaluation, bien qu'il existe des espaces dédiés en fonction des accompagnements proposés, les locaux du SESSAD sur Saint-Pierre sont des espaces partagés avec le SESSAD IEM du Pôle Isautier et ne permettent pas des conditions d'accueil optimales pour l'accueil et l'accompagnement des bénéficiaires (espaces exigus qui imposent une cohabitation difficile lorsque plusieurs bénéficiaires sont présents, bureaux partagés entre les professionnels, locaux ne garantissant pas la confidentialité des échanges, ...). Un projet de rénovation de l'ensemble des locaux du site de Saint-Pierre est en cours d'étude par le Pôle Isautier. Celui-ci devrait démarrer en 2015 afin d'améliorer le cadre d'accueil et de travail du SESSAD.

**Le dispositif d'accompagnement offre des modalités d'accueil et d'accompagnement diversifiées en fonction de l'âge et des problématiques/pathologies des jeunes accueillis.**

**Le projet de l'établissement et les adaptations conduites ces dernières années témoignent d'une véritable prise en compte des besoins du public accueilli et de leur évolution :**

- L'augmentation du nombre de places (de 25 à 35 en 2011) a répondu aux besoins du public ;

- L'utilisation des locaux de Saint-Louis afin d'offrir une réponse de proximité aux bénéficiaires de la localité.

Pour répondre à l'ensemble des besoins, le SESSAD envisage de faire des demandes d'extension progressive de sa capacité d'accueil.

**Les équipes sont bien équipées au niveau des moyens matériels (véhicules, équipement des salles, ...).**

**L'évaluation pointe cependant des limites à l'adéquation du dispositif aux besoins :**

- La mission encourage le Pôle à mener comme prévu les travaux de rénovation du site de Saint-Pierre ;
- La taille du secteur géographique du SESSAD induisant des temps de déplacements très importants, la mission encourage également le SESSAD à utiliser davantage les locaux du Pôle Isautier afin d'apporter des réponses de proximité et de limiter les temps de transports pour les bénéficiaires et pour les professionnels ;
- Le temps de médecin de rééducation fonctionnelle, n'étant pas pourvu en totalité, ne permet pas toujours de répondre à l'ensemble des besoins des bénéficiaires et professionnels du SESSAD ;
- Le temps en ergothérapie de l'ergothérapeute semble également insuffisant au regard des besoins croissants des usagers ;
- La réflexion est à poursuivre concernant les parcours des jeunes de plus de 16 ans et l'amélioration du réseau de partenariat au niveau des parcours de professionnalisation ;
- Poursuivre le travail amorcé avec les professionnels pour bien redéfinir les modalités d'accompagnement du SESSAD en lien avec ses missions et les projets personnalisés des bénéficiaires ;
- Poursuivre les actions engagées pour favoriser la fluidité des parcours en lien avec l'évolution des besoins des bénéficiaires (liens avec partenaires, établissements, ...).

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

### 3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne<sup>1</sup>

**Comme l'ensemble des établissements et services du Pôle Isautier, le SESSAD a réalisé 2 évaluations internes.** La première a été menée en 2007 puis une seconde a été réalisée sur l'année 2012. L'IMS Charles Isautier s'est fait accompagner par un organisme extérieur (Jet Conseil) pour mener à bien la démarche sur l'ensemble de ses établissements et services. Le Référent Qualité de l'IMS a été chargé de la coordination globale de l'ensemble des évaluations internes.

La démarche mise en œuvre en 2012 s'est appuyée sur le référentiel Périclès, outil créé par l'ANCREAI qui se décline en 3 grands domaines :

- **Le Projet et les droits**
- **Le service rendu aux usagers**
- **Les Ressources**

**Le référentiel utilisé intègre bien les quatre volets réglementaires et les 5 axes précisés dans la recommandation Anesm.** Les références sont mises en lien avec les thématiques à traiter selon la recommandation 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) et les exigences de la Fondation.

---

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

**Sur l'ensemble des établissements et services du Pôle, la démarche d'évaluation interne a été participative et pluridisciplinaire**, les modalités d'implication, de consultation, d'association des professionnels, ainsi que les modalités de remontée des informations ont été multiples :

- Un Comité de Pilotage, composé de l'équipe de Direction de l'IMS, des Directeurs techniques, des médecins, des Cadres de proximité du Référent Qualité et de l'intervenant extérieur, a été identifié pour mener la démarche et pour favoriser une démarche commune autour des thématiques transversales à l'ensemble des structures. Le COPIL s'est réuni à cinq reprises durant toute la durée de l'évaluation ;
- Un groupe opérationnel a été constitué pour l'IEM et le SESSAD IEM, afin de renforcer la synergie entre les parties prenantes de l'IEM. Ce groupe a préparé l'évaluation et analysé les résultats de l'auto-évaluation. 5 professionnels ont constitué ce groupe IEM, dont l'équipe de Direction, le Référent Qualité, le Cadre de Proximité et l'Assistante sociale du SESSAD ; Ce groupe opérationnel s'est également réuni en comité restreint (à 5 reprises) afin d'analyser plus en détail les éléments propres au SESSAD (référentiel, participation des familles, analyses, plan d'actions). Le Cadre de proximité a également participé au Groupe opérationnel transversal de l'IMS ;
- 2 groupes de travail Evaluation ont été créés sur le SESSAD pour répondre aux différents Items de l'évaluation, associant chaque corps de métier au travail (les éducateurs ont été représentés dans chaque groupe) et animés par des binômes issus du groupe opérationnel. Ces groupes se sont réunis à deux reprises. 90 % des professionnels du SESSAD ont participé aux groupes de travail. Un groupe d'évaluation transversal s'est également réuni afin de remplir les critères liés aux questions transversales (finances, ressources humaines, architecturales, logistiques, responsabilités, ...) ;
- Le groupe d'expression des bénéficiaires et parents du SESSAD s'est réuni afin de répondre aux critères du référentiel ;
- Des réunions d'information spécifiques à l'attention de tous les professionnels et des points réguliers de l'état d'avancement de l'évaluation interne lors des réunions d'équipe ont été organisées.

Les résultats du questionnaire de satisfaction diffusé en 2010 aux familles des bénéficiaires en 2010 ont également été utilisés pour remplir certains critères de l'évaluation.

Un rapport final d'évaluation interne a été élaboré en 2013. Il a ensuite été adressé aux autorités de tutelle. Le document met bien en exergue **les points forts et les points d'amélioration** du SESSAD.

**L'évaluation interne du SESSAD a bien été menée de manière participative avec la volonté d'y associer l'ensemble des professionnels, les bénéficiaires et les familles. La mission encourage toutefois le service à associer l'ensemble des parties prenantes (professionnels, usagers, familles et partenaires) lors de sa prochaine évaluation, comme préconisé dans la recommandation ANESM relative à la conduite de l'évaluation interne.**

### **3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration**

Le Plan d'Action Qualité du SESSAD se décline en **7 axes** d'amélioration et **14 actions** opérationnelles précisant les objectifs et actions d'amélioration ainsi que l'état d'avancement, les dates de clôture prévues et les indicateurs de mesure.

Les axes d'amélioration identifiés dans le plan portent sur :

- **Axe 1** : le Projet de service
- **Axe 2** : les droits des usagers
- **Axe 3** : l'association des personnes
- **Axe 4** : les domaines d'intervention
- **Axe 5** : la prévention et le traitement de la maltraitance
- **Axe 6** : l'inscription de la structure dans son environnement
- **Axe 7** : les ressources architecturales et logistiques

Des fiches actions précisant les actions à mener, leurs échéances, les résultats ainsi que les éléments de traçabilité sont renseignées et suivies par le SESSAD. Les fiches pourraient être complétées d'un item « *Moyens à mettre en œuvre* » **afin de bien décliner les modalités opérationnelles des actions et d'assurer un meilleur suivi de leur réalisation.**

Un plan d'action transversal commun à l'ensemble des établissements et services de l'IMS Charles Isautier a également été réalisé. Il planifie notamment les actions transversales liées aux ressources humaines, architecturales, logistiques et financières ainsi que touchant aux garanties et responsabilités des établissements et services.

Le dimensionnement du Plan d'actions est bien adapté à la structure et à son organisation.

Les résultats et les propositions d'amélioration ont été communiqués aux professionnels faisant partie des groupes de travail et du COFIL par le biais de réunions. Des réunions de présentation ont également été organisées pour l'ensemble des professionnels du SESSAD.

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

**Le Référent Qualité de l'IMS, en charge de la démarche qualité sur chaque établissement et service du Pôle, coordonne la mise en œuvre et le suivi de la démarche d'amélioration en lien avec le Comité de Pilotage du SESSAD, composé du Cadre de proximité et de l'équipe de Direction.** Des pilotes ont été identifiés pour chaque action issue de l'évaluation interne. Le suivi de la Démarche se fait actuellement une à deux fois par an où un point sur l'avancée des actions planifiées est mené. Un outil de suivi (tableau de bord) a été élaboré afin de suivre l'avancement des actions d'amélioration de l'évaluation interne, sous la coordination du Référent Qualité.

La démarche d'amélioration a connu une bonne dynamique de mise en œuvre. A date d'évaluation, environ 40 % des actions identifiées sont finalisées et 35 % sont en cours de réalisation. Parmi les actions réalisées, on peut citer :

- Les représentants des familles et bénéficiaires pour les groupes d'expression ont été élus en 2013 ;
- Afin de réfléchir et bien coordonner la pratique thérapeutique, une réunion hebdomadaire de l'équipe des rééducateurs a été créée depuis 2012 ;
- Afin de mieux répondre aux besoins du service, le temps de secrétariat a été augmenté.

**Quelques enjeux d'amélioration sont identifiés :**

- Associer d'autres représentants des professionnels au COFIL de suivi afin que cette instance soit pluridisciplinaire, comme le préconise la recommandation « piloter les suites de l'évaluation interne ».
- Veiller à bien assurer le suivi régulier en COFIL afin de garantir la mise en œuvre régulière des actions d'amélioration ;
- Mieux diffuser les actions mises en œuvre dans le cadre de la démarche d'amélioration à l'ensemble des professionnels ;
- Veiller à poursuivre l'association des professionnels aux groupes de travail mettant en œuvre les actions d'amélioration ;
- Poursuivre le travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (PE, Evaluation externe, ...). Un plan d'actions unique regroupant toutes les démarches d'amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du COFIL. Le plan global pourra être décliné en fiches action opérationnelles précisant les moyens nécessaires et intégrant des indicateurs permettant de mesurer les effets des actions engagées ;
- Enfin, conformément à la réglementation, mentionner dans le rapport d'activité annuel un état d'avancement de la mise en place des actions du Plan d'actions.

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

#### ▪ **Le pilotage de la démarche qualité**

**Au-delà du pilotage de l'évaluation interne, l'IMS a souhaité développer une culture d'amélioration continue de la qualité. Un Référent Qualité coordonne l'ensemble de la démarche Qualité sur les établissements et**

**services.** Il supervise la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de service au sein des établissements, qui se traduit notamment par :

- La co-élaboration, la validation, la diffusion et la mise à jour de protocoles, procédures et modes opératoires au sein des établissements et services ;
- La préparation et le suivi des démarches d'évaluations interne et externe des établissements et services ;
- Le suivi opérationnel de projets transversaux du Pôle ;
- Un appui méthodologique aux pilotes/copilotes des actions des PAQ et au COPIL pour le suivi des actions;
- La diffusion de méthodes pour la création d'outils et pratiques communes au sein des établissements et services ;
- Le suivi de la mise en cohérence des pratiques autour d'un « langage commun » au sein du Pôle.

Plusieurs actions ont été mises en œuvre dans ce cadre : réactualisation du Projet de service, mise en place d'outils de contrôle et de traçabilité, travail sur le processus d'élaboration du Projet individualisé d'accompagnement, élaboration et réactualisation de procédures, création de la plaquette de présentation du SESSAD IEM, diffusion d'une enquête de satisfaction, création de groupes d'expression adaptés au SESSAD, ...).

Le pilotage de la démarche d'amélioration s'appuie principalement sur la tenue trimestrielle du COPIL (en lien avec les réunions d'équipe).

**La démarche Qualité est bien structurée sur l'IMS Charles Isautier.** L'amélioration quotidienne de l'accompagnement des bénéficiaires est au fondement des pratiques professionnelles du SESSAD. Le questionnement est permanent pour mieux adapter l'accompagnement au besoin.

**La mission d'évaluation relève toutefois quelques axes d'amélioration :**

- Créer un outil de pilotage de l'ensemble des actions et démarches menées au sein du service (Projet de service, convention tripartite, évaluation interne, recueil de la satisfaction,..) ;
- Organiser régulièrement le COPIL de suivi en y intégrant d'autres professionnels ;
- Mieux définir en équipe les modalités de recueil de la satisfaction et de recueil des plaintes des bénéficiaires et des familles en adaptant les outils aux besoins ;
- Poursuivre la formalisation des pratiques ;
- Communiquer régulièrement sur l'avancée de la Démarche Qualité aux professionnels.

#### ■ **Le recueil de la satisfaction des usagers**

**L'appréciation des usagers et des familles sur les prestations est recueillie en continu par les professionnels à travers des rencontres régulières** (dans le cadre notamment du projet individualisé d'accompagnement et des groupes de parole d'expression organisés au sein du SESSAD).

Une enquête de satisfaction a été diffusée en 2011. Une nouvelle enquête a été lancée au cours du 2<sup>ème</sup> semestre mais les résultats sont en cours d'exploitation.

Le traitement et l'analyse de ces différents éléments et la définition des actions d'amélioration qui en découlent, sont gérés au niveau de la réunion d'équipe du SESSAD et du COPIL de veille Qualité.

**La mission encourage le SESSAD à formaliser les modalités de recueil de la satisfaction des usagers et familles (outils, fréquence d'utilisation) et leur suivi (centralisation des données) afin de pouvoir les mettre en lien avec la dynamique d'amélioration continue**

#### ■ **Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations**

**Le recueil des plaintes et réclamations est réalisé en continu par les professionnels à travers des rencontres régulières** (dans le cadre notamment du projet individualisé d'accompagnement et des groupes d'expression organisés dans le service). Les professionnels et le Cadre de proximité prennent le relais auprès des usagers et des familles pour assurer le traitement des réclamations.

La majorité des réclamations ou plaintes sont traitées en réunion d'équipe ou de façon informelle, sans analyse. Il n'y a pas d'analyse de l'impact des actions entreprises pour les usagers à la suite de ces réclamations.

La mission encourage le service à mieux à définir ces modalités de recueil et de traitement afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations pouvant permettre une analyse consolidée, découlant sur des actions d'amélioration spécifiques.

#### ▪ **La gestion documentaire**

**Une bonne dynamique entoure la structuration de la gestion documentaire sur l'IMS Isautier.** Celle-ci est coordonnée par le Référent Qualité qui a mis en place un schéma directeur de la gestion documentaire. Les procédures créées ou réactualisées par les établissements et services doivent être soumises au Référent Qualité qui les transmet pour validation à la Direction de l'IMS.

Certaines procédures et documents ont été créés par l'équipe du SESSAD, notamment suite à la première évaluation interne de 2007 (procédure d'admission, projet individualisé d'accompagnement, ...). Ces éléments sont correctement structurés. Ces éléments semblent connus des professionnels.

**Le service sera encouragé à poursuivre cette dynamique.** Les grands enjeux restants quant à la gestion documentaire sont les suivants :

- Formaliser les procédures des circuits de création, révision, de diffusion et d'archivage des documents ;
- Poursuivre la formalisation des pratiques (notamment créer une procédure sur la constitution, les modalités d'accès et d'archivage du dossier de l'usager) ;
- Poursuivre la réflexion amorcée au sein du Pôle et de la Fondation pour mettre en place un serveur informatique accessible à l'ensemble des professionnels afin de faciliter la diffusion des documents et un logiciel pour la gestion informatisée des dossiers ;
- Poursuivre la diffusion des outils aux professionnels (classeur de documentation, espace Démarche Qualité, ...)

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

**Le SESSAD a utilisé les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm lors des grandes démarches structurantes (Projet de service, Evaluation interne, ...).** Elles sont également parfois évoquées lors des réunions d'équipe.

Les RBPP sont disponibles dans le système documentaire de l'établissement (intranet et version papier dans bureau du Référent Qualité).

**La mission d'évaluation encourage toutefois le service à poursuivre la diffusion des recommandations et à les évoquer régulièrement lors des réunions d'équipe ou groupes de travail.**

### 3.3. Le parcours de l'usager

#### 3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

##### ▪ **Le processus d'admission**

Les enfants sont orientés sur le SESSAD soit par la MDPH, soit sur initiative directe des familles en lien avec l'enseignant référent de l'éducation nationale, soit par le CAMSP.

Une liste d'attente (environ 65 enfants) est en place et les enfants sont accueillis sur le SESSAD par ordre chronologique de demande.

**Une procédure d'admission est en place et a été actualisée en 2014.** Celle-ci a été élaborée en commun avec le SESSAD IME de Charles Isautier.

Une fois la notification MDPH reçue et qu'une place se libère sur le service, le chef de service transmet un courrier d'information à la famille de manière à l'informer qu'une place est disponible. Il envoie à cette occasion le livret d'accueil (également retransmis plus tard).

**Un premier entretien est organisé entre le cadre de proximité et la famille afin de présenter le service, l'équipe, les prestations et de rassurer les familles.** A l'issue de cet entretien, les familles sont libres d'accepter ou non l'accompagnement. En cas d'hésitation, quelques jours de réflexion peuvent être laissés aux familles.

**L'ensemble des documents est remis au premier ou au deuxième entretien aux familles qui acceptent l'admission.** Le DIPC est présenté lors du premier entretien et signé sous quinze jours.

**Une fois l'admission effectuée, un deuxième entretien est prévu avec un « binôme d'accueil »** (le psychologue et l'assistante sociale) afin d'approfondir l'anamnèse de l'enfant. Une grille d'entretien a été élaborée à cet effet. Cet entretien permet de recueillir les informations auprès des familles afin qu'elles n'aient pas à revenir dessus au cours de l'accompagnement. Ce binôme d'accueil apparaît légitime pour les familles et permet de libérer la parole. Suite à cet entretien, un compte-rendu est réalisé par l'ASS ou par le psychologue, consultable par les familles et versé au dossier usager.

**Un troisième entretien est prévu avec le médecin afin de définir les besoins de l'enfant en termes de prise en charge.** Il est à noter que le médecin intervient également au CAMSP Charles Isautier et connaît donc en amont certaines situations, ce qui justifie l'absence de troisième entretien pour ces familles.

**En parallèle, le service prend contact avec les professionnels qui interviennent autour de l'enfant** afin de mettre rapidement en place un entretien avec les nouveaux professionnels libéraux et de leur présenter les attentes du SESSAD. Une convention est systématiquement signée avec les professionnels libéraux de la famille.

**Le consentement de la famille est recherché tout au long de la procédure d'admission** et leur droit de retrait leur est présenté et rappelé.

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

**La visite du service est proposée aux familles à l'occasion du second entretien.** Les professionnels leur sont présentés au fur et à mesure des consultations, il n'y a pas de présentation collective.

**Un « coordonnateur des investigations », référent temporaire, est nommé à l'accueil,** au regard des éléments recueillis par le binôme d'accueil et restitués en réunion d'équipe avec l'ensemble des professionnels. Ce coordonnateur peut être changé par la suite si la nomination d'un autre professionnel semble plus pertinente au regard des prises en charge.

**La mission tient à souligner le bon déroulement du processus d'admission et d'accueil du SESSAD qui permet au nouvel usager et à sa famille une bonne prise de repères sur le fonctionnement du service.**

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

- **L'effectivité des projets personnalisés**

**Le travail d'individualisation de l'accompagnement est réalisé sur le SESSAD** et chaque enfant dispose d'un projet personnalisé, au sens de la loi 2002-2, suivi et révisé tous les ans.

- **Les modalités d'élaboration, de restitution et de réactualisation du projet personnalisé**

**Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du projet personnalisé est organisé et structuré.**

**Un « Guide pour l'élaboration du PIA »** a été élaboré afin d'appuyer les professionnels dans cette démarche et d'identifier les éléments à y intégrer.

**Des premiers objectifs, très larges, sont définis à l'admission** et une phase d'observation de trois à quatre mois est enclenchée, à l'issue de laquelle le PIA est formalisé.

**Le recueil des attentes de la famille et de l'enfant est effectué** par le coordonnateur de projet au domicile de la famille, éventuellement avec l'appui d'un second professionnel.

**En parallèle, chaque professionnel élabore un bilan et l'ensemble des bilans réalisés fait l'objet d'un échange pluridisciplinaire en réunion d'équipe.** Suite à cette réunion, le référent prend contact avec la famille pour convenir d'un rendez-vous et rebalayer le contenu du projet, apporter des modifications éventuelles et le signer. Le projet est ensuite transmis à la MDPH et fait l'objet d'un avenant au DIPC. Un courrier avec le PIA est également envoyé à la famille un mois après.

**La planification des projets est organisée et structurée par le cadre de proximité** qui prévoit les dates de réunions projets sur l'année. Le PIA constitue un avenant au DIPC.

**Le projet personnalisé est un outil bien identifié et approprié par les professionnels et constitue un véritable guide dans l'accompagnement au quotidien.**

▪ **La formalisation du contenu du projet personnalisé**

Une trame de projet personnalisé a été élaborée et répond aux exigences et recommandations de l'Anesm :

- Le projet présente la situation de l'enfant ou les objectifs du précédent projet ;
- Les attentes du jeune et de la famille sont inscrites dans le document ;
- Les différentes dimensions de l'accompagnement apparaissent clairement (santé, apprentissage, vie sociale / développement psychoaffectif / dynamique familiale) ainsi que les différents objectifs et modalités d'intervention pour chacune d'entre elles ;
- Les besoins du jeune repérés par l'équipe sont inscrits.

**Par ailleurs, en tant que document complet et conforme à la réglementation et aux recommandations ANESM, les projets personnalisés sont transmis à la MDPH et font office de document de renouvellement d'orientation, afin d'optimiser le temps d'élaboration du document. De ce fait, les professionnels s'assurent très particulièrement de l'accord de la famille sur l'ensemble du contenu du projet avant sa signature.**

**En revanche, la mission d'évaluation souligne l'absence d'indicateurs d'évaluation dans les trames de PIA et de bilan intermédiaire.**

▪ **Suivi, évaluation et actualisation du projet**

**Le projet personnalisé respecte le délai d'actualisation annuel.**

**Les projets sont revus tous les six mois** lors du bilan intermédiaire puis tous les ans pour l'élaboration du nouveau PIA. Les bilans intermédiaires font également l'objet d'une planification par le cadre de proximité afin d'être anticipés par les référents. Ils ont lieu au domicile du jeune avec la famille et sont également signés. Une trame commune a été élaborée. En revanche, seule les actualisations annuelles font l'objet d'un avenant au DIPC.

**Le projet peut également être revu en anticipation en cas de problème dans la mise en œuvre** : là encore, un avenant au DIPC est prévu.

### **3.3.3. La fin de prise en charge**

**La réorientation constitue un objectif d'accompagnement inscrit au sein du PIA.**

Les enfants accompagnés par le SESSAD sont en général réorientés vers l'IEM, l'IMPro ou moins souvent vers les ESAT. Certains jeunes sont également réorientés en milieu ordinaire (CAP, BTS, parfois université) et le milieu spécialisé ne constitue pas une orientation majoritaire.

**L'accompagnement est en général assuré par le coordonnateur**, qui veille à ce que le psychologue ou l'assistante sociale mettent en place les relais nécessaires.

**Un accompagnement dans les démarches administratives** est assuré par le référent ou l'assistante sociale pour des montages de dossier. Le référent peut par ailleurs accompagner les familles sur des visites d'établissement si elles en émettent le souhait.

En outre, bien que la demande ne se soit pas encore présentée, le SESSAD reste disponible pour accompagner un enfant sur un établissement pour un stage d'observation afin de faire le lien avec la nouvelle structure et rassurer l'enfant.

▪ **L'accompagnement post sortie**

L'obligation de suivi à 3 ans est respectée et permet de rassurer les familles sur la continuité de l'accompagnement de leur enfant. En revanche, aucune place sur le SESSAD n'est conservée pour l'enfant.

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

#### 3.4.1. L'environnement et les locaux

**Les locaux du SESSAD sont situés sur la commune de Saint-Pierre, proches des principaux services de proximité.**

**Bien que la plupart des prises en charges s'effectuent à domicile ou sur les lieux de vie de l'enfant, le bâtiment apparaît peu adapté à l'accompagnement :**

- L'ensemble des professionnels ne disposent pas d'un bureau propre, ce qui limite le confort de travail et le respect de la confidentialité des informations ; en outre, certains professionnels sont accueillis au sein d'espaces Algeco ;
- Le bâtiment ne satisfait pas aux exigences d'accessibilité (parking, accessibilité fauteuil et piétons) et l'espace entre les Algeco et les toilettes n'est pas couvert ;
- Les locaux sont étroits et imposent une cohabitation difficile et préjudiciable lorsque plusieurs usagers sont présents, d'autant que les parois murales et les portes sont mal isolées et laissent filtrer les conversations ;
- Les locaux sont partagés avec le SESSAD IME, une situation rendant nécessaire une vigilance constante.

Des accompagnements peuvent également être proposés sur le site de l'IMS de Saint-Louis, la mission encourage le service à poursuivre cet accueil de proximité pour mieux répondre aux besoins de certains bénéficiaires.

**L'ensemble des locaux visités sont propres et entretenus par l'ESAT du Pont-Neuf et un agent de maintenance commun avec l'IMP Charles Isautier.**

#### 3.4.2. L'accompagnement médical

**Le SESSAD dispose d'un médecin de rééducation fonctionnelle (0,3 ETP) en charge du suivi médical du jeune, des prescriptions diverses et du lien avec les médecins traitants et les rééducateurs. Ce médecin exerce également au sein du CAMSP de l'IMS ce qui permet une meilleure connaissance de la situation médicale des jeunes orientés du CAMSP au SESSAD IEM.**

**Le médecin de rééducation fonctionnelle rencontre le jeune en consultation au moins une fois par an** en présence de la famille et du coordonnateur de projet, lorsque sa présence est souhaitée. En fonction des besoins, d'autres professionnels peuvent être associés, en accord avec la famille.

**Le médecin assure le suivi orthopédique et neurologique** des enfants du SESSAD. Il élabore les prescriptions de rééducations, de soins orthopédiques et des appareillages, ainsi que des traitements adaptés pour lutter contre la douleur.

**Il coordonne l'ensemble des informations et des actes médicaux et paramédicaux effectués dans le cadre libéral et hospitalier** : orthopédie, hôpital, pédiatrie, neurochirurgie, médecine scolaire, professionnels de santé libéraux (orthophonistes, kinésithérapeutes), etc. Il est également en charge du suivi des appareillages et de leur prescription.

**Une consultation médicale est prévue tous les six mois avec chaque enfant** afin de faire un point sur leur situation et de modifier leur traitement si nécessaire. Le médecin a en outre constitué une trousse de secours nominative pour chaque enfant, disponible en cas d'urgence.

**Les besoins de l'enfant sont déterminés lors des premières consultations**, entre le médecin, les professionnels du SESSAD et les professionnels libéraux. A cette fin, le médecin rééducateur participe à la première réunion projet afin de déterminer l'accompagnement à mettre en place. En revanche, il ne participe aux réunions suivantes que sur sollicitation de l'équipe.

**Des réunions entre l'équipe rééducative et le médecin sont organisées chaque semaine** et permettent de faire le point et d'ajuster certaines situations. Toutefois, la mission relève que les 0,3 ETP dédié au médecin coordonnateur limitent une coordination suffisante du service.

### 3.4.3. L'accompagnement socio-éducatif

**L'accompagnement socio-éducatif est assuré par une équipe de deux professionnels (1,9 ETP) dont un éducateur spécialisé et une EJE.**

**Le niveau de qualification et de formation des équipes est adapté**, ce qui est un atout pour assurer un accompagnement de qualité.

L'équipe éducative est en charge de l'épanouissement personnel du jeune (activités individuelles ou de groupe), de la valorisation de leurs capacités et de l'aide et du soutien à la fonction parentale.

#### ▪ Offre d'accompagnement

**L'analyse documentaire et les entretiens conduits mettent en évidence la qualité de l'accompagnement qui est proposé par les équipes, et son adaptation aux besoins et au mode de vie de l'enfant et de son entourage.**

**Les prises en charges**, définies de façon pluridisciplinaire à partir des besoins repérés et attentes de la famille, sont collectives ou individuelles.

**Les activités proposées sont variées et adaptées :**

- Les activités de groupe sont adaptées aux difficultés de chacun et les professionnels ont le souci de ne pas mettre les jeunes en situation d'échec : activités à visée motrice (cirque, tricycle, piscine, etc.), activités d'expression (musique, art dramatique), activités à visée thérapeutique (contes thérapeutiques, jeu dramatique, travail sur l'imaginaire, la parole), en partenariat avec les dispositifs de droit commun présents sur le territoire.
- Les activités sont par ailleurs ouvertes aux familles qui souhaitent y participer, afin d'étayer la fonction parentale et d'aider les parents à passer le cap des sorties en milieu ordinaire.
- De nombreux ateliers sont animés en collaboration avec l'équipe de rééducateurs et permettent un regard pluri professionnel et croisé ; un projet d'atelier d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle est en cours de mise en place avec le psychomotricien et l'assistante sociale qui sont des personnels formés disposant d'un DU en ce domaine.
- Des accompagnements individuels sont également proposés sur les différents lieux de vie de l'enfant (repas avec un jeune au lycée, transports en commun, médiathèque, école, domicile, etc.).

#### ▪ Structuration et coordination

**Chaque enfant a un référent**, garant de la mise en œuvre des projets élaborés dans le cadre des synthèses. A l'issue de l'admission, les suivis des enfants et des jeunes sont attribués en fonction de l'accompagnement thérapeutique principal de l'enfant. Le référent est défini lors de la réunion de PIA.

**Les modalités d'accompagnement sont définies en réunion de synthèse sur la base des besoins repérés et des attentes des enfants et de leurs familles.** Elles donnent lieu à l'élaboration d'un emploi du temps hebdomadaire type pour chaque enfant. Certaines activités collectives récurrentes sont également planifiées sur l'année.

**Par ailleurs, les activités sont structurées :**

- Des projets d'activités sont élaborés et mettent en avant les objectifs et le contenu des activités proposées. En outre, les activités sont en lien avec les besoins repérés dans les PIA, validées par le référent, le cadre de proximité et les familles ;
- Une évaluation et un bilan des activités sont réalisés via une grille d'observation éducative ;
- Un nouvel outil en intranet permet le partage des dossiers et facilite les observations et évaluation pour chaque enfant.

**Enfin, les accompagnements sont définis et régulièrement réévalués** en réunion, de façon pluridisciplinaire (éducateurs, psychologues, psychomotriciennes...), en partant des besoins repérés et des attentes des enfants et de leurs familles. Les professionnels font preuve d'une grande capacité d'adaptation aux situations, aux familles, au tissu partenarial, etc., dans l'intérêt supérieur de l'enfant (minimum de coupures, de trajets).

En matière d'accompagnement socio-éducatif, la mission relève toutefois que le service n'a pas formalisé de projet éducatif global et pluriannuel.

En outre, au vu des **différences d'approches constatées entre les professionnels, il serait intéressant que les équipes s'interrogent collectivement sur l'existence d'une approche partagée de l'accompagnement au SESSAD (et sa définition le cas échéant).**

### 3.4.4. L'accompagnement thérapeutique et rééducatif

**L'accompagnement thérapeutique et rééducatif est exercé par des professionnels qualifiés (5 ETP) : psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeute, ergothérapeute.** Il peut être complété par l'intervention de spécialistes libéraux tels que des orthophonistes.

▪ **Les soins de rééducation**

**Sous la responsabilité du médecin de rééducation fonctionnelle, une équipe de rééducation intervient sur le SESSAD.** Chacun intervient en séance individuelle ou en séance collective, sur ses axes spécifiques de travail :

- En kinésithérapie : rééducation et suivi des appareillages, développement ou entretien des capacités motrices de l'enfant
- En psychomotricité : travail sur les capacités motrices, sensorielles, et relationnelles de l'enfant (activités neuro-motrices, domaine cognitif, notions spatio-temporelles...)
- En ergothérapie : autonomie dans la vie quotidienne, aide à la scolarisation et accessibilité des lieux de vie de l'enfant

L'offre du SESSAD est complétée par l'intervention d'orthophonistes et de kinésithérapeutes libéraux, qui interviennent auprès des bénéficiaires en fonction des besoins identifiés dans leur PIA. Des conventions sont signées avec les professionnels libéraux.

**Chaque professionnel rééducateur est référent de plusieurs enfants et est en charge de faire le lien avec les différents intervenants :** AVSI au collège, ergothérapeutes du CRFI (post-opératoire), professeurs d'EPS, professionnels libéraux, éducation nationale (organisation de séances au collège), orthopédiste, appareilleurs, revendeurs de matériel médical, orthoprothésistes et podoprothésiste, chirurgiens orthopédistes,...

**La prise en charge paramédicale est jugée de qualité** au regard de plusieurs éléments :

- Un bilan rééducatif est réalisé pour chaque enfant si ce dernier n'en a pas réalisé dans l'année ;
- Les professionnels disposent du matériel nécessaire à leur activité et ont également recours au matériel du domicile (coussins, couverts et ustensiles de cuisine, jeux, etc.), dans une volonté de reprise par l'enfant et la famille par la suite ; les professionnels peuvent également utiliser la balnéothérapie de l'IEM ;
- Les modalités d'accompagnement sont diversifiées : en groupe ou en individuel, sur les différents lieux de vie de l'enfant (domicile, école, lieux de loisirs, au SESSAD, etc.) ;
- Les activités de groupe proposées sont adaptées (atelier cirque, poney) et font appel à des intervenants extérieurs.

**L'accompagnement rééducatif est structuré grâce à plusieurs outils :**

- L'emploi du temps des enfants fait l'objet d'une grande attention, l'objectif étant de proposer un maximum d'activités et d'accompagnement, tout en évitant les déplacements aux familles et l'épuisement de l'enfant (certains enfants pouvant nécessiter jusqu'à quatre prises en charge par semaine) ;
- Chaque professionnel propose une prise en charge en lien avec le projet individualisé d'accompagnement déterminé en équipe pluridisciplinaire. Les prises en charges sont réévaluées tous les six mois en bilan intermédiaire et/ou en synthèse ;
- Les projets de groupes et d'activité sont systématiques et transmis aux parents. Ils détaillent les objectifs/lieu/encadrant/jeune/moyens/horaires/matériel pour chaque activité ;
- Les activités mises en place font l'objet d'une évaluation en individuel (sur la base d'une grille d'observation par jeune, pilotée par les éducateurs) et collective (sur la base de grilles différentes en fonction des professionnels).

**A noter par ailleurs que l'accompagnement global des enfants est facilité par la présence d'un chauffeur** en contrat avenir à temps plein, en charge du transport des enfants. Il participe aux réunions d'équipe, ce qui lui permet de prendre connaissance des plannings de la semaine,

**Quelques points de vigilance sont cependant soulevés en ce qui concerne l'accompagnement rééducatif :**

- La transversalité entre métiers mériterait d'être approfondie afin de renforcer la coordination et d'harmoniser les pratiques et les outils des professionnels ;
- Les activités collectives mériteraient d'être développées.

**Les accompagnements éducatifs et rééducatifs proposés favorisent l'inclusion scolaire.** Les professionnels interviennent principalement au sein de l'établissement scolaire sur des temps repérés. Certains d'entre eux réalisent un accompagnement en classe directement, avec l'accord des professeurs. Les professionnels participent aux réunions des ESS (équipes de suivi de la scolarisation) qui permettent de proposer des ajustements. La communication entre les professionnels du SESSAD et les enseignants est fluide et régulière.

**Les prises en charge visent également l'acquisition d'autonomie,** par le biais d'activités individuelles au SESSAD, à domicile ou en extérieur, ou encore d'activités en petit groupe si cela répond à un besoin de l'enfant (socialisation).

**Le soutien parental et familial** est également une des missions du SESSAD, bien intégrée et mise en œuvre par les équipes (« apporter aux familles conseils et accompagnement »). Ce soutien se matérialise dans l'écoute et la disponibilité des professionnels (rencontres au SESSAD ou à domicile) et dans la participation possible des familles aux activités et aux temps d'accompagnement. Les professionnels interviennent dans une logique de soutien à l'exercice de l'autorité parentale.

#### ▪ La dimension psychologique

**La prise en charge psychologique est assurée par un psychologue clinicien (1 ETP).**

**Elle se déroule le plus souvent sur le service, dans les lieux de scolarisation de l'enfant et au domicile des familles.** Le psychologue peut également intervenir à l'hôpital lorsque les enfants sont hospitalisés. Le planning sur site du psychologue est partagé avec les autres professionnels, afin que les prises en charge soient regroupées sur une même journée et éviter par-là de trop nombreux déplacements de l'enfant et de sa famille.

**Le psychologue intervient majoritairement sur des séances individuelles en entretien avec les enfants.** Certaines familles (y compris la fratrie) peuvent également être accompagnées, à leur demande ou sur proposition des équipes. Il arrive que le psychologue accompagne le référent du jeune au domicile dans un principe de co-intervention, lorsque le besoin a été identifié en équipe.

**La fréquence des séances est variable, adaptée en fonction des situations,** le psychologue intervenant aussi bien sur des questions ponctuelles (ex. relatives à la vie affective et à la sexualité) que sur un suivi plus régulier. L'accompagnement est en général proposé par les rééducateurs ou par la famille mais plus rarement par l'enfant directement.

**Le psychologue participe aux réunions de bilans intermédiaires à domicile et lors des réunions de projet,** afin d'apporter un éclairage clinique sur la situation de l'enfant. Il intervient également sur le temps de binôme d'accueil, lors du recueil de l'histoire de vie de l'enfant.

**Il peut être amené à réaliser un bilan psychologique lorsque le besoin s'en fait sentir :** réorientations, renouvellement MDPH, difficulté scolaire, etc. Les bilans sont basés sur des outils psychométriques et des tests projectifs.

**Le psychologue a réalisé un travail pour rencontrer et connaître les partenaires,** ce qui facilite l'accompagnement des enfants et la coordination des prises en charge. Des bilans complémentaires peuvent être demandés au CMPP ou au CMPEA, le psychologue étant aujourd'hui bien identifié auprès de ces structures. Il peut également faire le relais avec le GUT et les services sociaux de secteur.

Sur les fins d'accompagnements, il a un rôle de soutien auprès des familles dans l'acceptation des orientations spécialisées.

**Le psychologue intervient également auprès des équipes sur des temps d'analyse clinique une fois par mois** pour faciliter l'expression des ressentis de chacun et l'élaboration de nouvelles hypothèses de travail.

**Deux axes de travail mériteraient toutefois d'être peut-être davantage développés** au regard des besoins croissants, à savoir : l'accompagnement des familles sous un format plus collectif, et l'animation de commissions de réflexion pluridisciplinaires ou de groupes de parole thématiques (ex : citoyenneté, droits, etc.).

### 3.4.5. L'accompagnement social

**L'accompagnement social est assuré par une assistante de service social diplômée (0,5 ETP) présente les lundi, mercredi et jeudi après-midi.**

**L'ASS est présente aux réunions de fonctionnement et aux réunions de projet** lorsque ces dernières nécessitent un suivi social ou sur demande de l'équipe. Elle est surtout sollicitée par les coordinateurs sur les mesures de placement ou d'assistance éducative ou sur des situations familiales complexes. Elle est également référente de deux projets, généralement sur des situations à enjeux sociaux.

**L'accompagnement social a le plus souvent lieu au domicile, auprès des familles qui souhaitent un accompagnement** (logistique, administratif, moral, aux aides techniques, à l'aménagement du logement, sur les montages de dossier pour la MDPH). L'ASS peut également proposer des accompagnements extérieurs dans les administrations, afin d'aider les familles à devenir autonomes dans leurs démarches auprès des différentes institutions (MDPH, Conseil général, tribunal, etc.).

**Certains accompagnements sont collectifs**, par exemple lors de visite d'établissement pour des réorientations avec les éducateurs ; ces accompagnements collectifs permettent de croiser les besoins et inquiétudes des familles.

**L'ASS intervient par ailleurs sur le groupe d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle** avec le psychomotricien et a suivi une formation à cet effet (formation universitaire à l'éducation sexuelle entre 2009 et 2011) appuyée par la Fondation Père Favron. Elle participe à ce sujet au comité départemental inter associatif d'éducation à la vie sexuelle. Elle intervient également sur les situations de maltraitance et sur les informations préoccupantes, qui lui sont remontées le cas échéant.

Enfin, elle participe à des sorties avec les jeunes de 15 à 18 ans, en lien avec l'équipe éducative, afin de développer l'éducation à la sexualité, l'esprit citoyen (droite de vote, carte d'identité, etc.), la première autonomie dans les documents administratifs et le lien avec les tutelles.

**La coordination avec l'ASS est bien assurée au niveau du SESSAD et avec l'extérieur :**

- Au niveau du SESSAD, elle facilite le cheminement et le handicap de l'enfant, en lien avec l'ergothérapeute et le psychologue et est également régulièrement en lien avec le médecin rééducateur pour connaître les besoins humains à domicile ;
- Au niveau externe, elle fait le lien avec les différents intervenants sociaux autour de l'enfant (PJJ, MDPH, CG, etc.) et avec l'éducation nationale.

**Elle intervient par ailleurs dans le processus d'admission** et du binôme d'accueil (cf. 3.3.1 *Le processus d'admission*) **et dans les réorientations** (cf 3.3.3. *La fin d'accompagnement*).

### 3.4.6. La coordination de l'accompagnement

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

**Plusieurs réunions sont organisées pour structurer l'accompagnement et coordonner l'intervention des professionnels, notamment :**

- Des réunions d'équipe sont organisées tous les lundis matin en deux parties : un premier temps sur le fonctionnement général du service (comptes-rendus du CE, gestion du planning sur la semaine en fonction des agendas de chacun, organisation des transports avec le chauffeur, etc.) et un deuxième temps sur la reprise de situations de jeunes (événements marquants, organisation des consultations, etc.). Sont présents à cette réunion l'ensemble de l'équipe à l'exception du médecin, et de la secrétaire et du chauffeur sur le second temps de réunion ;
- Les réunions PIA ont lieu tous les jeudis après-midi entre les professionnels concernés par la situation du jeune et le cadre de proximité ou le psychologue ;
- Les réunions des rééducateurs sont organisées tous les jeudis entre le médecin et l'ensemble des rééducateurs, afin de faire un point sur les rééducations en cours et de s'accorder sur les prises en charge.

**Un compte-rendu des réunions est systématiquement rédigé** par l'un des professionnels présent sur un cahier de réunion dédié à cet effet.

En raison du temps partiel de médecin, **la mission note l'absence de temps de coordination entre le médecin, l'équipe des rééducateurs et l'équipe éducative**, ce qui ne favorise pas la transmission des informations, la coordination de l'accompagnement, la transversalité et l'harmonisation des pratiques, même si les professionnels se rencontrent de manière informelle pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

En outre, les professionnels à mi-temps ont autant de temps de réunion que les professionnels à temps-plein, ce qui limite le temps dédié aux prises en charge.

#### ▪ **Le dossier de l'usager**

**Tous les enfants du SESSAD disposent d'un dossier de suivi.**

Le dossier unique est alimenté par la secrétaire, sous la responsabilité du coordonnateur qui doit en contrôler le contenu.

**L'ensemble du dossier est informatisé, et le dossier papier est conservé sur le site de Saint-Louis, au secrétariat, dans une armoire sécurisée.** La partie administrative est gérée par la GED. L'accès aux informations est différencié et verrouillé en fonction des professionnels. Sur Saint-Louis, les dossiers papiers doivent être consultés dans une salle spécialisée (annexée au secrétariat) et une procédure écrite présente les modalités de consultations.

**Le contenu du dossier est réparti en deux chemises** elles-mêmes sous-divisées en sous-chemises :

- Le dossier A : administratif, pré-admission, réunion de projet (bilan intermédiaire et PIA) ;
- Le dossier B : éducatif, scolaire, social, psychologique, psychomotricien, orthophoniste, psychiatre, kinésithérapeute, médecin.

**En revanche, si les droits d'accès au dossier sont évoqués dans le livret d'accueil, ils pourraient être plus détaillés.** En outre, si l'outil informatique permet de préserver la confidentialité des dossiers, celui-ci est un peu archaïque et ne permet pas une véritable gestion électronique.

Enfin, le principe du dossier unique n'est pas totalement respecté sur le service : le dossier est réparti sur deux sites, des informations sont doublonnées entre les deux sites et l'informatisation est partielle.

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.

## 3.5. L'effectivité des droits des usagers

### 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

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

**Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement.** Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission lorsqu'un bilan est enclenché.

**Le livret d'accueil intègre les éléments précisés dans la circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004** relative à la mise en place du livret d'accueil, notamment la localisation, l'équipe, la situation géographique, le droit de recours aux personnes qualifiées et les différents droits des usagers, les modalités d'accès au dossier, les prestations proposées. Le document est illustré par quelques photographies. Il pourrait toutefois être complété par certains éléments tels que les groupes d'expression, les formes de participation des familles ou encore la liste des personnes qualifiées. En outre, sa forme pourrait être plus adaptée à la compréhension des usagers (pictogrammes, schémas, images, bande-dessinée). Les personnes qualifiées n'étant pas nommées à la Réunion à date d'évaluation, leurs coordonnées ne sont pas intégrées au Livret d'accueil du service.

**Le règlement de fonctionnement est également conforme aux éléments décrits dans le décret n°2003-1095 du 14 nov.2003 relatif au règlement de fonctionnement.** Annexé au livret d'accueil, il se présente sous la forme d'un document dactylographié et intègre : les modalités de fonctionnement, les modalités d'exercice des droits

des usagers, la confidentialité des informations, la responsabilité des familles quant aux règles de l'établissement, la fin de prise en charge, le PIA, les transports, etc. En revanche, l'accès à la personne qualifiée, les modalités d'association des familles au fonctionnement de l'établissement et ou la gestion des situations d'urgence ne sont pas détaillés dans le document.

**La charte des droits et des libertés est affichée** à l'entrée du SESSAD. Elle est annexée au livret d'accueil.

**Le contenu du DIPC est conforme au décret n° 2004-1274 du 26 nov.2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.** Le DIPC intègre les objectifs de l'accompagnement, les modalités d'accompagnement, la clause de réserve et les modalités de participation financière des familles. Il est signé dans le respect des délais légaux. En revanche, les objectifs personnalisés de l'accompagnement n'apparaissent pas dans la trame du DIPC.

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

#### ▪ **Le droit à un accompagnement et une prise en charge adaptée**

**L'adaptation et l'individualisation de l'accompagnement sont un souci partagé par l'ensemble des professionnels.** Une attention particulière est ainsi portée sur les emplois du temps et les temps de déplacement des usagers. Les professionnels évitent également d'introduire trop de changements et trop de nouvelles personnes en même temps afin de ne pas déstabiliser ou stigmatiser l'enfant. Le système de référence permet aux usagers et familles de disposer d'un interlocuteur privilégié. L'élaboration pluridisciplinaire du projet permet par ailleurs d'éviter autant que possible qu'une dimension (médicale, rééducative, éducative, etc.) ne prime sur une autre dans l'absolu. C'est la situation du jeune, ses besoins et ses attentes qui influent sur l'accompagnement (son rythme, le choix du moment opportun pour telle ou telle intervention, etc.).

#### ▪ **Le droit à l'information**

**Les documents obligatoires** sont élaborés et remis à l'admission. Des affichages et prospectus de prévention, d'informations sont à disposition du public au sein des locaux. Le numéro d'urgence maltraitance 119 est également affiché à l'entrée.

**Les professionnels sont bien sensibilisés sur leur rôle de relais d'information.** L'équipe pluridisciplinaire est à la disposition des familles pour fournir des informations sur le travail effectué et prendre en compte les demandes et observations des usagers et leurs représentants. Le PIA est systématiquement remis aux familles.

**Le dossier de l'utilisateur est régulièrement documenté par les professionnels** (cf 3.4.6 *La coordination de l'accompagnement*), à la fois sur papier et via la GED. Le droit d'accès au dossier est mentionné dans le règlement de fonctionnement et dans le livret d'accueil.

Les **panneaux d'information aux personnels** sont bien disposés et régulièrement documentés (plannings, informations générales, informations RH, comptes-rendus CE ou CHSCT, formation, notes de service, etc.).

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

##### Le conseil de vie sociale

**Un groupe d'expression est organisé trois fois par an.** Conformément à la réglementation, il réunit l'ensemble des professionnels du SESSAD et une dizaine de familles et usagers. Trois représentants des familles et des usagers ont été élus par leurs pairs. Un rappel des missions et objectifs des groupes d'expression est systématiquement prévu à chaque début de réunion par le cadre de proximité, pour les nouveaux arrivants.

**Un compte-rendu de séance est systématiquement élaboré** par la secrétaire du SESSAD et diffusé aux familles. Les comptes-rendus des groupes sont mis à disposition des usagers et familles dans un classeur situé à l'accueil du SESSAD.

**Les groupes d'expression sont associés aux différentes démarches du service,** notamment à l'évaluation interne et au projet de service.

**En outre, une réunion des présidents des CVS de l'IMS Charles Isautier** est organisée chaque année et permet de faire un point sur l'année écoulée et l'année à venir.

## Les autres formes d'expression

**En 2011, les usagers et leurs représentants légaux ont été consultés par le biais d'une enquête de satisfaction.** L'enquête a abordé plusieurs thématiques : l'accueil, l'admission, l'accompagnement et les prestations logistiques.

Une nouvelle enquête a été effectuée au second semestre 2014 dont les résultats sont en cours d'exploitation.

En outre, les groupes d'expression sont ouverts à l'ensemble des usagers et/ou leurs représentants.

La mission encourage le service à pérenniser son enquête de satisfaction destinée aux bénéficiaires et aux familles.

### ▪ **Le droit à l'autonomie**

L'accompagnement proposé par le SESSAD est centré les attentes et les besoins repérés des enfants et des jeunes, mis en lumière de façon pluridisciplinaire et régulièrement réévalués. **Le droit à l'autonomie constitue de ce fait un axe de travail transversal à tout projet d'accompagnement.** Les modalités de mise en œuvre du projet sont discutées avec les enfants et leurs familles. Il s'agit pour les professionnels d'être présents en tant que de besoin, tout en gardant une juste distance, notamment par rapport aux parents. Cette distance permet aux enfants (et à leur entourage) de s'essayer à de nouvelles situations et de vivre les réussites et les échecs d'une vie ordinaire.

### ▪ **Le droit à l'intimité**

**L'intimité des enfants et de leur famille est respectée par l'ensemble des professionnels**, qui se placent dans un positionnement de non jugement. Les professionnels veillent à ne pas se montrer intrusifs et à respecter les lieux de vie lors des interventions à domicile.

### ▪ **La vie sexuelle et affective**

**La question de la vie affective et sexuelle des jeunes n'a pas fait l'objet d'une réflexion collective à l'échelle du service.** Lorsqu'une problématique apparaît (demande d'un jeune ou d'une famille), elle est traitée individuellement.

**Toutefois, un groupe relatif à l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle vient d'être mis en place** sur le SESSAD, animé par le psychomotricien et l'assistante sociale, qui ont été formés à cette thématique. Ces groupes s'adressent à des adolescents âgés de 13 à 15 ans en moyenne et ont pour but d'apporter aux jeunes des conseils pour éviter les difficultés en milieu ordinaire et notamment à l'école (abus sur les téléphones, agressions gratuites et récurrentes) ainsi que des conseils pour une meilleure connaissance de leurs corps. La participation à ces groupes se fait en lien avec le PIA.

La Fondation Père Favron a retenu le thème du droit à la vie affective et sexuelle comme axe de développement des droits individuels des personnes accueillies dans son CPOM 2014-2018.

### ▪ **Le droit à la protection et à la confidentialité**

**La protection des usagers est correctement assurée.** Elle passe par l'identification des risques et de mesures attenantes, afin de trouver un juste équilibre entre protection et autonomie. Elle se concrétise principalement dans l'organisation d'activités à l'extérieur et sur les différents lieux de vie du jeune : évaluation des capacités d'autonomie de l'enfant ou du jeune, travail d'accompagnement dans les transports, organisation des transports le cas échéant, familiarisation avec les outils et objets du quotidien, etc.

Les professionnels travaillent dans le cadre du secret partagé. Ils communiquent les informations strictement utiles et nécessaires (vigilance sur certains dossiers). Ils font preuve de discrétion dans leurs interventions.

Le dossier usager n'est consultable sur Saint-Louis que dans une salle dédiée et la GED permet un accès différencié aux informations du dossier informatique en fonction des professions.

**En revanche, les locaux du SESSAD ne favorisent pas le respect de l'intimité et de la confidentialité** (cf 3.4.1 L'environnement et les locaux)

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

**La relation entre les professionnels, les usagers et les familles est jugée ouverte et « équilibrée ».** Les professionnels ont le souci de respecter la place des familles et de les associer à l'accompagnement de leur enfant, tout en respectant et favorisant le développement de l'autonomie de l'enfant ou du jeune. Le service est

très attentif à instaurer une relation de confiance avec les familles qui sont parties prenantes de l'environnement du jeune et de son évolution. Le soutien familial proposé par le psychologue inclut le soutien parental mais également le cas échéant celui de la fratrie.

Outre le respect des droits et obligations liés à l'autorité parentale, **les parents sont reconnus par les professionnels dans leur situation singulière de parents d'enfants en situation de handicap avec le cas échéant des besoins d'accompagnement et de conseils.** Les familles sont associées annuellement à l'élaboration du PIA, mais également au quotidien lors des visites à domicile ou lors de séances éducatives et rééducatives. Des représentants des familles siègent également aux groupes d'expression. Toutes ces actions visent à soutenir les parents dans un rôle actif auprès de leur enfant.

**Toutefois, les modalités d'accompagnement pourraient être diversifiées afin de permettre une association plus étroite des familles à la vie du service** (ex. mise en place d'un groupe de parole des familles, journées thématiques avec la fratrie, moments festifs, organisation voire co-animation d'ateliers avec des parents, etc.). De même, les supports de communication et d'échange avec les familles sont à développer.

### 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 service Plans et Travaux est en charge, à l'échelle de la Fondation Père Favron :**

- de la construction, réhabilitation et mise aux normes de tout le parc immobilier de la Fondation (une vingtaine de projets en cours ou en lancement) ;
- de la coordination de la prévention et la gestion des risques – et à ce titre assure la gestion et le suivi des contrôles périodiques de toutes les structures ;
- de la validation et supervision de tous les gros travaux et achats des établissements ;
- de la coordination et formation de tous les agents de maintenance de la Fondation. La montée en compétence et autonomisation de ces derniers est dans la stratégie du département Plans et Travaux.

**En termes de coordination** avec les structures de la Fondation, le service souhaite s'appuyer sur des binômes « agent de maintenance-personnel administratif » au sein des structures.

**La dernière visite périodique de la commission de sécurité des locaux du SESSAD date du 27 Juillet 1993 à Saint-Pierre et Saint-Louis du 17 avril 2012 pour les locaux de l'IMS à Saint-Louis. Les deux sites ont reçu un avis favorable de la Commission de sécurité.**

Les locaux du SESSAD sont situés dans le bâtiment de l'IMS à Saint-Pierre qui est globalement en conformité avec les normes en vigueur en matière de sécurité, risque incendie et sanitaire :

- Le registre de sécurité est globalement à jour et géré par le service Entretien et maintenance des locaux de Saint-Pierre du Pôle Isautier. Il est stocké dans le bureau du service administratif du site de Saint-Pierre. Toutefois, un point de vigilance est repéré puisqu'un deuxième registre de sécurité, incomplet, est également à disposition dans les locaux du SESSAD ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits dans les locaux ;
- Les numéros de téléphone en cas d'urgence sont diffusés et affichés ;
- Des formations incendie et premiers secours sont organisées. La mission souligne la nécessité d'actualiser ces formations régulièrement pour tout le personnel.<sup>2</sup>
- Les établissements et services de l'IMS Charles Isautier disposent d'un plan de gestion des risques épidémiques et d'un plan d'alerte cyclonique qui leur sont communs ;

<sup>2</sup> Article R4227-39 : *La consigne de sécurité incendie prévoit des essais et visites périodiques du matériel et des exercices au cours desquels les travailleurs apprennent à reconnaître les caractéristiques du signal sonore d'alarme générale, à se servir des moyens de premier secours et à exécuter les diverses manœuvres nécessaires. Ces exercices et essais périodiques ont lieu au moins tous les six mois. Leur date et les observations auxquelles ils peuvent avoir donné lieu sont consignées sur un registre tenu à la disposition de l'inspection du travail.*

- Les véhicules utilisés sont régulièrement entretenus et assurés pour les trajets professionnels.

**Des points de vigilance sont toutefois relevés :**

- Organiser la venue d'une nouvelle commission de sécurité sur le site de Saint-Pierre ;
- La mission d'évaluation encourage le service en charge de la sécurité des locaux de Saint-Pierre à ne disposer que d'un seul registre de sécurité, à revoir la structuration du registre de sécurité afin d'assurer une meilleure visibilité et un accès simplifié aux différents documents de traçabilité. L'avis de la dernière Commission de sécurité ainsi que la traçabilité des actions mises en œuvre pour répondre aux prescriptions de la commission doivent figurer dans le registre. Les différents contrôles périodiques obligatoires doivent être réalisés régulièrement et apparaître dans le registre (traçabilité des contrôles et des climatisations notamment) ;
- Former annuellement les professionnels à la sécurité incendie.

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

**Les activités de maintenance sont assurées sur le site de Saint-Pierre, par un ouvrier qualifié à temps plein**, en lien avec les cadres de proximité du site de Saint-Pierre, l'équipe d'entretien du site de Saint-Louis et la Direction de l'IMS.

**Les opérations de maintenance sont globalement bien coordonnées, gérées et suivies** par l'ouvrier, en lien avec l'équipe de l'IMS. Une liste des travaux à mener est tenue par l'ouvrier, en lien avec les Cadres de Proximité du site et l'équipe d'entretien de l'IMS. Celle-ci permet d'assurer le suivi des travaux effectués.

Le service Plans et Travaux de la Fondation prépare actuellement l'édition d'une application mobile sur smartphone qui permettra à terme de tracer (et suivre) en temps réel les opérations et demandes de maintenance sur les établissements et services.

L'ouvrier du site de Saint-Pierre assure certaines opérations (tour quotidien des organes de sécurité, ...) mais la majorité des opérations de maintenance sont sous-traitées et réalisées par des prestataires extérieurs. Ces interventions sont encadrées par l'agent.

**Il n'existe toutefois pas, à date d'évaluation, d'outil centralisant le recueil des réparations à mener ni d'outil de suivi de toute la maintenance technique sur l'ensemble des sites de l'IMS.**

■ **La continuité et la sécurité des interventions**

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

- Un système d'astreinte administrative organisé ;
- Une analyse des risques réalisée dans les projets individualisés d'accompagnement des enfants/adolescents ;
- La gestion effective des remplacements ;
- L'existence de temps et d'outils de transmissions entre les professionnels ;
- L'élaboration et la diffusion de protocoles établis par le médecin de rééducation fonctionnelle : épilepsie, asthme, ...

**La mission d'évaluation encourage le service à :**

- Poursuivre l'élaboration de protocoles en cas d'urgence (notamment sur la distribution des médicaments lors des sorties, ...) ;
- Former chaque année les professionnels à la sécurité incendie.

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

**Une fiche de signalement des événements indésirables est en place au sein des établissements et services de l'IMS.** Elle permet de retracer les personnes concernées par les événements, la nature de l'évènement, l'analyse de ses causes et permet de tracer les suites données à chaque évènement. Toutefois, les fiches restent peu utilisées par les professionnels et les événements importants font davantage l'objet de remontées orales auprès

du Cadre de proximité du SESSAD et de la Direction de l'IMS qui mettent en œuvre les mesures prises pour chaque évènement.

**Le système de recueil des évènements indésirables est en cours de restructuration sur les établissements et services afin de construire en équipe pluridisciplinaire un protocole de signalement et de traitement des évènements indésirables plus adaptée aux particularités de chaque structure.** Cette action a été identifiée lors des évaluations internes menées sur le Pôle. Une formation sur le signalement des évènements indésirables est prévue avant la fin de l'année afin de sensibiliser les professionnels à la nécessité de faire remonter les informations.

**La mission d'évaluation encourage l'IMS à poursuivre le travail amorcé pour élaborer des procédures de signalement, à les diffuser auprès de l'ensemble des établissements et services et à définir les modalités de suivi.**

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

**Le CHSCT est commun pour l'ensemble des établissements et service de l'IMS.** Son fonctionnement est effectif et conforme aux exigences réglementaires. Il se réunit quatre fois par an (hors CHSCT extraordinaire). Les comptes rendus sont diffusés dans l'ensemble des établissements.

**Un DUERP a été élaboré pour l'ensemble des établissements de l'IMS depuis 2011. Ce document a été réalisé par le CHSCT, les cadres de proximité et des représentants de chaque établissement et service. Ce document intègre l'évaluation des risques pour le SESSAD.** Les professionnels ont été associés à son élaboration par le biais d'un questionnaire remis à chaque professionnel de la structure. Il est réactualisé annuellement depuis 2012 par l'équipe qui l'a élaboré en lien avec le retour des professionnels. Des actions ont été définies et priorisées. Le suivi de leur réalisation est régulier et commenté dans le plan d'actions.

**La démarche d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux n'est pas encore développée** sur l'IMS. Un travail de réflexion est en cours entre le siège de la Fondation et les organisations syndicales, afin de préciser la démarche appropriée au sein de la Fondation, qui sera déclinée dans les établissements.

**L'IMS a pris un certain nombre de mesures permettant de prévenir l'usure professionnelle** dans les établissements et services :

- Une évaluation sur la pénibilité au travail a été menée par l'IMS avec la mise en œuvre d'actions dédiées ;
- La formation professionnelle : des actions de formations sont proposées aux salariés. Il peut s'agir de formations collectives, individuelles, ou mutualisées au niveau de la Fondation. Les thématiques proposées apparaissent en bonne adéquation avec les besoins des professionnels et du service ;
- La mise en place des entretiens professionnels tous les deux ans jusqu'en 2011, par l'équipe de Direction de l'IMS. Il est toutefois à noter qu'à date d'évaluation, ces entretiens ne sont plus organisés sur l'IMS, en raison de la réorganisation et la redéfinition des entretiens professionnels actuellement en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Les entretiens professionnels vont être repris en 2015 par la Direction de l'IMS ;
- La promotion par la direction, si un professionnel en exprime le souhait, de mobilités dans une logique de parcours professionnel ;
- Les réunions hebdomadaires organisées sur le service avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'échanger sur des thématiques de prise en charge et contribuent à la prévention de l'usure professionnelle ;
- L'organisation d'analyses de pratiques avec un intervenant extérieur ;
- Le psychologue du SESSAD peut également apporter un soutien aux professionnels.

**Des axes d'amélioration sont repérés par la mission d'évaluation :**

- Réactualiser le DUERP en y associant les professionnels et en y intégrant les risques psychosociaux ;
- Réorganiser les entretiens professionnels.

### 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 bientraitance est énoncée en tant que fondement** des pratiques et principes d'action des professionnels de la Fondation et du service. La bientraitance et l'éthique ont été des thèmes particulièrement présents dans les réflexions des groupes de travail lors de la réactualisation du Projet d'Établissement et lors de l'évaluation interne.

**Des formations mutualisées ont été menées sur la bientraitance en 2013 au de l'IMS.** Plusieurs professionnels de l'IEM y ont participé. Des formations sont prévues pour 2014 et 2015. Il existe un Référent Bientraitance nommé sur l'IMS qui est venu sensibiliser les équipes de chaque établissement et service sur la prévention de la maltraitance.

Enfin, **d'autres leviers contribuent à prévenir les situations de maltraitance** et promouvoir une dynamique de bientraitance :

- L'existence de plusieurs supports : Livret d'accueil professionnel, Charte de la Fondation, rappels en réunion...
- La bonne définition et répartition des fonctions et métiers au sein du service ;
- Des temps de réunions et coordination réguliers et institués qui participent directement de la prévention de la maltraitance par la gestion préventive des situations complexes ;
- La promotion de l'expression et des échanges avec les enfants/adolescents et les familles, bien intégrées au fonctionnement du service ;
- L'existence de groupes d'analyses de pratiques ;
- La continuité de l'accompagnement et la sécurisation des interventions ;
- Le soutien et la disponibilité de l'encadrement de proximité favorisent les échanges et la remontée d'information des professionnels ;
- La démarche d'amélioration continue de la qualité.

**Une véritable culture de bientraitance émerge des pratiques professionnelles quotidiennes du service.** Les professionnels rencontrés sont « conscients » du risque, et des mesures sont prises pour « circonscrire » ce dernier au niveau de l'institution.

La mission encourage toutefois le service à poursuivre la formation de l'ensemble des professionnels sur les thématiques liées à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.

#### ▪ **La mise en œuvre de l'obligation de signalement**

**Les procédures de signalement** sont décrites dans les projets d'Établissement et de service de l'ensemble des établissements de l'IMS. Le projet de service est mis à disposition de l'équipe du SESSAD. Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation connaissent les obligations et les règles de signalement.

Les directives sont claires pour les professionnels rencontrés.

Pour les faits de maltraitance présumée de la part de professionnels, les remontées se font essentiellement de manière orale au Cadre de proximité ou à l'équipe de Direction qui procède à un signalement aux autorités compétentes. Un travail sur le signalement des événements indésirables est actuellement en cours de redéfinition sur les établissements et services du Pôle.

Le numéro d'appel national (119) est bien affiché dans les locaux du SESSAD.

**La procédure de signalement et les coordonnées des services nationaux de lutte contre la maltraitance (numéro national) ne sont toutefois pas mentionnées dans le livret d'accueil ni dans le règlement de fonctionnement.**

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

### 3.7.1. L'inscription du service dans le territoire

#### ■ Implantation territoriale et accessibilité

**La localisation des locaux sur la commune de Saint-Pierre est pertinente** : le service est proche des établissements scolaires, du centre-ville et des principaux partenaires. En revanche la signalétique externe mériterait d'être renforcée.

**L'accessibilité de la structure est facilitée par la présence d'un temps plein de chauffeur, en charge du transport des jeunes.** Toutefois, le temps de chauffeur apparaît insuffisant au regard du nombre d'enfants et de déplacements à prévoir le mercredi. Les autres professionnels, ponctuellement, suppléent au surcroît d'activité.

Si des accompagnements de l'équipe peuvent être proposés sur le site de Saint-Louis, la création d'une antenne du SESSAD sur Saint-Louis semblerait appropriée.

#### ■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

**L'ouverture à et sur l'environnement est un point fort du SESSAD.** La vocation même du service, ses missions et ses modalités d'intervention (interventions majoritairement au sein des écoles) induisent une réelle capacité d'ouverture et de travail partenarial de la part de la direction et des professionnels.

**Le service est ouvert à son environnement**, comme l'illustrent les actions facilitant la venue de personnes extérieures dans le service :

- accueil régulier de familles et des jeunes ;
- accueil de partenaires (enseignants, professionnels de santé libéraux...) lors de réunions ou de points informels ;
- accueil de stagiaires ;
- ...

**L'établissement est surtout très ouvert sur l'environnement.** Les professionnels font preuve d'une grande ouverture et d'une souplesse dans les différents champs et travaillent en réseau sur le territoire. Ainsi, le SESSAD a développé des **partenariats pertinents**, qui intègrent tous les domaines susceptibles d'interagir sur le quotidien de l'enfant et son intégration scolaire, dans le souci d'articuler au mieux la prise en charge du service avec celle des autres intervenants :

- Sur la dimension scolaire : collaboration active avec les établissements scolaires dans le cadre d'un partenariat avec l'Education Nationale : séances de travail communes, temps de réunion et d'échanges institutionnalisés avec l'ESS, rencontres avec les professeurs et instituteurs, contacts informels, etc. ;
- Sur la dimension socio-culturelle : de nombreux partenariats sont établis avec les structures du territoire (ludothèque, médiathèque, piscine, centre équestre, associations Cirquez décalé, participation au Festival de théâtre Komidi), permettant de proposer aux enfants des activités individuelles et collectives variées ;
- Sur la dimension sociale et médico-sociale : partenariat avec l'IMS Charles Isautier, l'Aide sociale à l'enfance, les services de la justice, les juges pour enfants et juges des tutelles, la protection judiciaire de la jeunesse, la CRIP, le GUT, la PMI, et les CCAS ;
- Sur la dimension médicale : le SESSAD est en lien avec les différents professionnels libéraux intervenant auprès des jeunes (orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins traitants, appareilleurs), avec le CHGR, les Centres de rééducation fonctionnelle infantile et adulte, la pédiatrie, le secteur pédopsychiatrique, le CAPAS pour l'accueil des adolescents en souffrance, etc.

**La plupart des partenariats principaux sont formalisés par une convention**, ce qui assure leur pérennité et pose les modalités collaboratives : objectifs, actions mises en œuvre et moyens disponibles, rôle de chaque partenaire. Aussi, à l'admission, le référent est en charge de faire le lien et de formaliser des conventions avec les principaux intervenants autour de l'enfant.

### 3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement

#### ▪ Les usagers : enfants, adolescents et familles

Les entretiens conduits avec les usagers indiquent la **satisfaction des enfants et de leurs familles** quant à l'accompagnement qui leur est proposé par le SESSAD. Ils font état d'échanges très réguliers et constructifs avec les professionnels et d'une grande adaptabilité des équipes. Les qualités humaines et professionnelles des membres de l'équipe sont soulignées : écoute, disponibilité, empathie, propos et postures respectueux. Les familles interrogées ont le sentiment que leurs droits sont respectés (expression, information, dignité, intimité) ainsi que leur place.

#### ▪ Les partenaires

**Les trois partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation se disent tous satisfaits de leur collaboration avec le SESSAD IEM de Charles Isautier.** Ils évoquent une équipe « sympathique », disponible et réactive. Les partenariats sont pérennes et ils font l'objet d'une convention pour la majorité.

**Si la plupart des partenaires soulignent une bonne communication, certains partenaires relèvent des difficultés à coordonner les équipes pluri-professionnelles sur la prise en charge de l'utilisateur.** La mission d'évaluation propose ainsi au SESSAD de poursuivre les réunions entre l'ensemble des professionnels et les acteurs extérieurs.

## 3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

### 3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

#### ▪ Le recrutement

**Un Responsable des Ressources Humaines intervient** au niveau du siège de la Fondation. La politique de recrutement des professionnels est structurée et définie par le Siège de la Fondation dans une procédure formalisée en 2012. Le processus prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation du candidat retenu. Une Commission de recrutement est mise en place sur chaque établissement avec l'équipe de Direction et le Cadre de proximité. Les entretiens de recrutement peuvent avoir lieu soit individuellement, soit collectivement. Ce choix est tranché en fonction des postes à pourvoir avec le RH. Certains postes (postes encadrants) nécessitent un entretien avec la Direction et des membres du Siège de la Fondation.

Le recrutement des postes en CDD est géré au niveau de la Commission de recrutement mise en place sur le Pôle Isautier par les cadres de proximité et l'équipe de Direction de l'IMS.

Il n'existe pas une procédure détaillée de gestion des remplacements sur le service.

**A date d'évaluation, le SESSAD ne rencontre pas de difficultés de recrutement.**

#### ▪ L'accueil des nouveaux salariés

**Si le processus d'accueil du nouveau salarié n'est pas formalisé sur le service, il est bien organisé et permet à chaque nouveau professionnel de prendre ses repères :**

- A son embauche, le livret d'accueil du nouveau salarié créé par l'IMS est remis au professionnel ainsi que plusieurs documents lui expliquant le fonctionnement de l'IMS et du SESSAD IEM (plaquette de présentation, règlement intérieur, Livret d'accueil, Charte des droits et libertés des personnes accompagnées, ...). Le salarié se voit également remettre des documents sur la Fondation (plaquette et charte) ainsi que les documents liés à son fonction (contrat de travail, fiche de poste, organigramme, ...). Des documents sont également consultables sur le service pour les nouveaux salariés : Projet de service, Fiche d'incident et procédures ;
- Un temps est organisé à la prise du poste du nouveau salarié avec la Direction de l'IMS pour lui faire signer son contrat. Il rencontre ensuite le Cadre de proximité pour prendre connaissance des plannings et du fonctionnement du service. Le nouveau professionnel est présenté aux autres membres de l'équipe ;

- Le cadre de proximité est l'interlocuteur privilégié de la personne durant ses premiers jours et la guide dans sa prise de poste. Des temps d'échange réguliers sont ensuite organisés avec le Cadre pour s'assurer de la bonne intégration du professionnel ;
- En fin de période d'essai, un bilan d'intégration est réalisé avec le professionnel et le Cadre de proximité. Cette rencontre permet d'échanger sur les pratiques, le sentiment d'intégration, les atouts et les points d'amélioration à travailler par le candidat.

**Un Livret d'accueil du nouveau salarié vient d'être finalisé au sein de la Fondation.** Ce document présente plusieurs informations : 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 standard, congés, questionnaire de satisfaction, ...). Un questionnaire de satisfaction sur l'accueil du salarié fait également partie de ce Livret d'Accueil. **Ce document sera prochainement remis à l'ensemble des professionnels afin de favoriser la création d'une culture commune au sein des établissements de la Fondation.**

**Un nouveau temps d'accueil des salariés vient d'être mis en œuvre au niveau de la Fondation :** une matinée d'accueil de tous les nouveaux salariés de la Fondation est organisée deux fois par ans avec une présentation des valeurs et des missions ainsi que la distribution du Livret d'accueil des salariés et des documents de la Fondation. La première matinée d'accueil à la Fondation a eu lieu en octobre 2014.

Le service accueille régulièrement des stagiaires.

**La formalisation de la procédure d'accueil du nouveau salarié ainsi que celle de l'accueil des stagiaires permettrait de garantir la pérennité de l'accueil pour chaque nouveau professionnel.**

▪ **La formation et l'adaptation des compétences**

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

La politique de formation est prise en charge par l'IMS Charles Isautier pour tous ses établissements et services, sur la base d'orientations données par la Fondation et le recueil des demandes des établissements.

Le recueil des besoins et l'élaboration du plan sont structurés :

- La Direction de l'IMS diffuse chaque année au mois de juin un recueil des demandes de formation aux cadres de proximité de chaque établissement et service afin de recenser les besoins et pouvoir les intégrer dans le Plan de formation formalisé en octobre. Une synthèse est faite et présentée au Comité de Direction de l'IMS, au CE ainsi qu'à la Commission Formation de l'IMS composée, des membres du CE ainsi que des représentants des professionnels de chaque établissement et service.
- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), des besoins et souhaits communs tout en respectant le budget. Il est établi également en tenant compte des orientations de la filière Handicap de la Fondation Père FAVRON ;
- Les représentants du personnel sont informés et consultés sur le plan de formation. Le plan de formation annuel est présenté en CE et au Comité de Direction de l'IMS. Il est ensuite affiché pour information.

La Commission Formation se réunit une fois par an, elle est chargée de faire la synthèse des demandes des professionnels, d'analyser les besoins des publics accueillis afin de mettre en œuvre des formations adaptées aux différentes demandes.

La recherche de fonds autres que le plan de formation est effectuée par la Direction de l'IMS.

**La mission d'évaluation encourage le service et l'IMS à poursuivre la communication sur l'élaboration du Plan de Formation et le rôle de la Commission. Cette dernière pourrait également se réunir en vue d'évaluer les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme.**

## Adéquation de l'offre de formation aux besoins

### **L'examen des plans de formation du SESSAD IEM permet de conclure que le centre répond aux besoins liés à l'activité de l'établissement.**

Le plan de formation commun aux établissements de l'IMS est élaboré chaque année et reprend les demandes des professionnels remontés par le biais du recueil des demandes diffusé en juin, les axes stratégiques développés dans le Projet de service, les axes du CPOM, les politiques de l'IMS et de la Fondation. Ce plan de formation est présenté et concerté avec les représentants du personnel. Il est également présenté au service Ressources Humaines de la Fondation.

Une partie des formations concerne la sécurité (une partie des professionnels a suivi des formations « Recyclage SST »).

Le reste des formations proposées permet de répondre aux enjeux l'accompagnement et d'adaptation à l'évolution du public (Connaissance des différents publics : « Le syndrome dys-exécutif de l'enfant (trouble de l'attention, de l'inhibition, de la planification », « Accompagnement des enfants souffrant des maladies évolutives (projet de vie) », « Troubles du développement du langage oral, aspect théorique, rééducatif et pédagogique », « Evaluation des compétences socio-adaptatives : utilisation de l'échelle de Vineland », Rôle et place des familles : « Pratique de la relation d'aide et relation avec la famille », « Entretien d'aide avec les personnes accueillies et les parents », Adaptation au public : « Sensibilisation ABA », « Formation Interculturalité Mayotte/Réunion)...).

### **Quelques axes d'amélioration sont identifiés :**

- Former l'ensemble des professionnels à la sécurité incendie chaque année ;
- Poursuivre l'organisation régulière de formations des professionnels sur l'évolution des besoins des bénéficiaires (évolution de l'âge et de l'accompagnement, ...) ;
- Former régulièrement les équipes à la prévention de la maltraitance ;
- Evaluer les effets produits par les formations sur les pratiques professionnelles ;
- Inclure de nouvelles thématiques en lien avec les résultats de l'évaluation interne : formations sur la prévention des risques psychosociaux.

#### ■ **La promotion de la mobilité**

**L'IMS, le SESSAD IEM et la Fondation permettent la mobilité interne des professionnels** (entre antennes, entre établissements de l'IMS et de la Fondation). La Direction des ressources Humaines de la Fondation diffuse régulièrement des notes d'information sur les modalités à suivre pour faire remonter les souhaits de mobilité au Siège. Ce dispositif sera développé dans le cadre de la GPEC. Les offres d'emploi ouvertes dans les établissements de la Fondation sont diffusées à l'ensemble des structures. Un suivi trimestriel de la situation de chaque salarié candidat à la mobilité est assuré par les cadres de proximité des établissements de l'IMS.

#### ■ **La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)**

**Une politique de GPEC est initiée** depuis 2014 par le service RH de la Fondation et la Direction de l'IMS. Des fiches de poste ont été élaborées et sont diffusées dans les établissements depuis 2013. Un travail de réactualisation des fiches de postes vient d'être finalisé au niveau du Siège, 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 sur le contrat de génération vient d'être signé. Sa mise en œuvre est en cours de définition au niveau de la Fondation.

La Fondation procède au recensement des départs en retraite et procède à des simulations à 5 ans.

### 3.8.2. Organisation et management

**Le cadre d'organisation est posé et structuré.** L'organigramme est formalisé et clair. Un document unique de délégation (DUD) est effectif, il précise les délégations des Directeurs, Directeur Adjoint et cadres de proximité. Il existe plusieurs outils qui précisent les places des acteurs (fiches de poste, Projet de service...). Les fiches de postes sont distribuées aux professionnels.

Les fonctions sont définies (fiches de postes), globalement connues et les personnels sont bien identifiés.

Par ces différents outils, les professionnels interrogés indiquent avoir globalement une bonne lecture de l'organisation en place et de la répartition des rôles et responsabilités de chacun, qui paraissent claires. Des notes d'information sont également régulièrement diffusées auprès des salariés pour les tenir informés de leurs droits et des dispositifs en vigueur (frais, mobilité, congés payés, etc.). Elles sont affichées sur les panneaux dédiés et diffusées durant les réunions d'équipe. Les réunions font l'objet d'ordre du jour et de comptes rendus rédigés et diffusés dans les locaux du service.

**Les temps managériaux sont effectifs et efficaces.** En dehors des réunions d'équipe, évoquées dans la partie coordination de l'accompagnement du présent rapport, plusieurs réunions permettent d'assurer la coordination, la circulation des informations et le travail sur des démarches projets :

- **Une réunion d'équipe a lieu tous les lundi matin** avec l'ensemble de l'équipe du SESSAD, elle est animée par le Cadre de proximité. Cette réunion est divisée en deux parties et aborde dans un premier temps les questions générales relatives au fonctionnement du service (planning, projets, CR des autres réunions, ...) puis aborde les situations des usagers dans le second temps ;
- **Une réunion des cadres de proximité** IEM et SESSAD IEM est organisée toutes les deux semaines et permet également d'échanger sur les problématiques rencontrées par l'équipe ainsi que de diffuser des informations sur les orientations et les projets du service ;
- **Le Comité de direction de l'IMS** avec les Directeurs techniques, les médecins, les cadres de proximité des établissements et services et la Direction a lieu tous les trois mois. Il permet de faire un point sur les questions de l'encadrement, les problématiques du moment, la communication, etc. ;
- **Une réunion des Cadres de proximité des deux SESSAD** a lieu une fois par mois, permettant d'harmoniser certaines pratiques, d'échanger sur les problématiques rencontrées par les services et les projets communs ;
- **Des réunions en Comité qualité** sont organisées avec le Cadre de proximité et le référent Qualité de l'IMS en moyenne 2 à 3 fois par an, elles permettent d'assurer le suivi du Plan d'actions de l'évaluation interne et de la Démarche Qualité initiée ;
- **Des réunions spécifiques peuvent également être organisées** entre les différents professionnels (rééducateurs, éducateurs, psychologue, assistante sociale, équipe administrative,...) ;
- **Les réunions avec les IRP** ;
- **La réunion de Direction de la Fondation** a lieu une fois par mois avec l'ensemble des Directeurs, Directeurs Adjoints et les cadres du Siège.

**Les ordres du jour et comptes-rendus sont diffusés au personnel par le cahier des réunions ou par voie d'affichage.**

**La diffusion de la revue de la Fondation Messages tous les deux mois** permet également aux salariés d'être informés des événements et projets de la Fondation.

**Quelques axes d'amélioration sont soulevés par la mission d'évaluation :**

- L'ajustement du temps de présence sur le SESSAD du médecin de rééducation fonctionnelle ne lui permet plus d'assister aux réunions d'équipe, ce qui ne facilite ni la coordination des équipes ni son positionnement au sein de l'équipe ;
- La mission encourage le SESSAD, l'IMS et la Fondation à poursuivre la mise en œuvre d'actions visant à promouvoir la cohésion d'équipe en interne, la meilleure connaissance des missions de chaque établissement au sein du Pôle et des actions visant à favoriser l'émergence d'une culture commune au niveau de la Fondation.

Des **Entretiens professionnels ont été organisés tous les deux ans par l'équipe de Direction jusqu'en 2011**. La réorganisation et la redéfinition des entretiens professionnels sont en cours au niveau de la Fondation dans le cadre d'un accord GPEC. Les entretiens professionnels vont être repris en 2015 par la Direction et les Cadres de proximité.

## 4. Synthèse de l'évaluation externe

### 4.1. Introduction

#### 4.1.1. La démarche d'évaluation interne

**Le SESSAD a réalisé 2 évaluations internes. La première a été menée en 2007 puis une seconde a été réalisée sur l'année 2012.** L'IMS Charles Isautier s'est fait accompagner par un organisme extérieur (Jet Conseil) pour mener à bien la démarche sur l'ensemble de ses établissements et services. Le Référent Qualité de l'IMS a été chargé de la coordination globale de l'ensemble des évaluations internes.

**Le référentiel utilisé intègre bien les quatre volets réglementaires et les 5 axes précisés dans la recommandation Anesm.**

**Sur l'ensemble des établissements et services du Pôle, la démarche d'évaluation interne a été participative et pluridisciplinaire, les modalités d'implication, de consultation, d'association des professionnels, ainsi que les modalités de remontée des informations ont été multiples (un Comité de pilotage, un groupe opérationnel pour l'IEM et le Sessad IEM, deux groupes de travail SESSAD, un groupe d'expression des bénéficiaires et des parents du SESSAD, des réunions d'information à l'intention de tous les professionnels.)**

Un rapport final d'évaluation interne a été élaboré en 2013. Il a ensuite été adressé aux autorités de tutelle. Le document met bien en exergue **les points forts et les points d'amélioration** du SESSAD.

**L'évaluation interne du SESSAD a bien été menée de manière participative avec la volonté d'y associer l'ensemble des professionnels, les bénéficiaires et les familles.** La mission encourage toutefois le service à associer l'ensemble des parties prenantes (professionnels, usagers, familles et partenaires) lors de sa prochaine évaluation, comme préconisé dans la recommandation ANESM relative à la conduite de l'évaluation interne.

**Le Référent Qualité de l'IMS, en charge de la démarche qualité sur chaque établissement et service du Pôle, coordonne la mise en œuvre et le suivi de la démarche d'amélioration** en lien avec le Comité de Pilotage du SESSAD, composé du Cadre de proximité et de l'équipe de Direction.

**Au-delà du pilotage de l'évaluation interne, l'IMS a souhaité développer une culture d'amélioration continue de la qualité.** Un Référent Qualité coordonne l'ensemble de la démarche Qualité sur les établissements et services. **La démarche Qualité est bien structurée sur l'IMS Isautier.** L'amélioration quotidienne de l'accompagnement des bénéficiaires est au fondement des pratiques professionnelles du SESSAD. Le questionnement est permanent pour mieux adapter l'accompagnement au besoin.

**L'appréciation des usagers et des familles sur les prestations est recueillie en continu par les professionnels à travers des rencontres régulières.** La mission encourage le SESSAD à formaliser les modalités de recueil de la satisfaction des usagers et familles (outils, fréquence d'utilisation) et leur suivi (centralisation des données) afin de pouvoir les mettre en lien avec la dynamique d'amélioration continue.

**Une bonne dynamique entoure la structuration de la gestion documentaire sur l'IMS Isautier.** Celle-ci est coordonnée par le Référent Qualité qui a mis en place un schéma directeur de la gestion documentaire. Les procédures créées ou réactualisées par les établissements et services doivent être soumises au Référent Qualité qui les transmet pour validation à la Direction de l'IMS.

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

**Le SESSAD a utilisé les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm lors des grandes démarches structurantes (Projet de service, Evaluation interne, ...).** Elles sont également parfois évoquées lors des réunions d'équipe.

Les RBPP sont disponibles dans le système documentaire de l'établissement (intranet et version papier dans bureau du Référent Qualité).

**La mission d'évaluation encourage toutefois le service à poursuivre la diffusion des recommandations et à les évoquer régulièrement lors des réunions d'équipe ou groupes de travail.**

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

**Le SESSAD dispose bien d'un projet de service valide pour la période 2012-2017.**

La méthodologie de réactualisation des projets d'établissement et de service de l'IMS Charles Isautier est commune à l'ensemble des structures.

**La démarche a permis une réactualisation participative et pluridisciplinaire incluant des représentants des différents corps de métier du SESSAD dans plusieurs groupes de travail en 2012** (un groupe de pilotage avec les représentants de la direction de l'IMS, le référent qualité et les cadres de proximité ainsi qu'un groupe de travail avec l'équipe pluridisciplinaire du SESSAD). **Un groupe opérationnel composé du cadre de proximité, du Référent Qualité et des représentants des groupes de travail s'est réuni** régulièrement afin de suivre les productions des groupes de travail, d'apporter les ajustements nécessaires au regard des exigences réglementaires et recommandations de bonnes pratiques et d'identifier les axes de progrès à 5 ans spécifiques pour le service.

**Lors de la prochaine réécriture de son projet, la mission encourage le SESSAD à associer l'ensemble des parties prenantes à la démarche (professionnels, bénéficiaires, familles et partenaires), afin de faciliter la diffusion et l'appropriation du projet.**

**Le Projet de service du SESSAD est bien établi pour une durée de cinq ans (2012-2017), conformément à l'article L.315-8 du CASF.** Le document constitue un cadre de référence structuré et détaillé. Il intègre l'ensemble des éléments exigés par la réglementation (loi 2002-2) et recommandés dans les RBPP de l'ANESM.

**Le projet de service du SESSAD ne décline pas ses objectifs d'évolution dans un plan d'action opérationnel.** Les objectifs ont été repris dans le Plan d'action issu de l'évaluation interne réalisée entre 2012 et 2013, permettant un suivi facilité des axes d'amélioration.

**Un temps de présentation des grandes thématiques du projet a été organisé en réunion d'équipe. Le document est présenté lors de l'arrivée d'un nouveau salarié.** Le projet réactualisé est mis à disposition des professionnels du service.

**Le projet écrit prévoit la réactualisation annuelle du document.** L'instance de suivi du projet est le Comité de Pilotage, constitué du Cadre de proximité, du Référent Qualité et de l'équipe de Direction de l'IMS qui suit l'état d'avancement de la démarche d'amélioration Qualité sur le service.

**La mission encourage le service à organiser régulièrement le suivi du Projet et à y associer davantage l'ensemble des professionnels du SESSAD.**

**Le SESSAD s'inscrit dans le cadre des missions définies par les annexes XXIV bis (décret n° 56-284 du 9 mars 1956- modifiées par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989) qui précisent les conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale.**

**Le projet de service décline également pleinement les thématiques des droits des usagers, de personnalisation et promotion de la bientraitance** découlant de la mise en œuvre de la loi 2002-2 et ses différents décrets d'application.

L'extension de la capacité d'accueil créant 10 places supplémentaires et la multiplication des types d'accompagnements proposés illustrent la volonté et **le processus d'adaptation aux besoins des personnes et aux orientations de politiques publiques.**

**Le service répond pleinement aux besoins du territoire** au regard du taux d'occupation qui dépasse les 100 % et de l'existence d'une liste d'attente.

**Le service accompagne des enfants et adolescents présentant une déficience motrice prévalente pouvant s'accompagner de troubles associés. Le projet permet de répondre aux besoins du public sur une large tranche d'âge (3 – 18 ans).**

**Les équipes sont bien équipées au niveau des moyens matériels** (véhicules, équipement des salles, ...).

**L'évaluation pointe cependant des limites à l'adéquation du dispositif aux besoins** tels que la rénovation du site St-Pierre, l'augmentation du temps de certains professionnels, etc...

**La politique de formation est prise en charge par l'IMS Charles Isautier pour tous ses établissements et services**, sur la base d'orientations données par la Fondation et le recueil des demandes des établissements. La mission d'évaluation encourage le service et l'IMS à poursuivre la communication sur l'élaboration du Plan de Formation et le rôle de la Commission. Cette dernière pourrait également se réunir en vue d'évaluer les effets des actions organisées par les établissements à moyen et long terme. **L'examen des plans de formation du SESSAD IEM permet de conclure que le centre répond aux besoins liés à l'activité de l'établissement.**

**Le processus d'accueil du nouveau salarié n'est pas formalisé sur le service**, toutefois, il est bien organisé et permet à chaque nouveau professionnel de prendre ses repères (livret d'embauche du nouveau salarié est remis, les documents relatifs à la Fondation, un temps est réservé à la prise de poste du nouveau salarié, un cadre de proximité est l'interlocuteur privilégié du nouveau salarié, un bilan est réalisé à la fin de la période d'essai.) **Un Livret d'accueil du nouveau salarié vient d'être finalisé au sein de la Fondation.**

**Le CHSCT est commun pour l'ensemble des établissements et service de l'IMS.** Son fonctionnement est effectif et conforme aux exigences réglementaires. Il se réunit quatre fois par an (hors CHSCT extraordinaire). Les comptes rendus sont diffusés dans l'ensemble des établissements. **Un DUERP a été élaboré pour l'ensemble des établissements de l'IMS depuis 2011.** Ce document a été réalisé par le CHSCT, les cadres de proximité et des représentants de chaque établissement et service. Ce document intègre l'évaluation des risques pour le SESSAD.

**L'accompagnement proposé est structuré, il est de qualité.**

Sur l'accompagnement médical, **le SESSAD dispose d'un médecin de rééducation fonctionnelle (0,3 ETP)** en charge du suivi médical du jeune, des prescriptions diverses et du lien avec les médecins traitants et les rééducateurs. Ce médecin exerce également au sein du CAMSP de l'IMS ce qui permet une meilleure connaissance de la situation médicale des jeunes orientés du CAMSP au SESSAD IEM.

**Le médecin de rééducation fonctionnelle rencontre le jeune en consultation au moins une fois par an** en présence de la famille et du coordonnateur de projet.

**Le médecin assure le suivi orthopédique et neurologique** des enfants du SESSAD. **Il coordonne l'ensemble des informations et des actes médicaux et paramédicaux effectués dans le cadre libéral et hospitalier**

**Les besoins de l'enfant sont déterminés lors des premières consultations**, entre le médecin, les professionnels du SESSAD et les professionnels libéraux.

**Sur l'accompagnement socio-éducatif**, il est assuré par une équipe de deux professionnels (1,9 ETP) dont deux éducateurs spécialisés et une EJE. Le niveau de qualification et de formation des équipes est adapté, ce qui est un atout pour assurer un accompagnement de qualité.

**La qualité de l'accompagnement qui est proposé par les équipes est mise en évidence lors des entretiens**, ainsi que son adaptation aux besoins et au mode de vie de l'enfant et de son entourage. Les prises en charges, définies de façon pluridisciplinaire à partir des besoins repérés et attentes de la famille, sont collectives ou individuelles.

**Chaque enfant a un référent**, garant de la mise en œuvre des projets élaborés dans le cadre des synthèses. **Les références sont réparties de façon équilibrée entre les différents professionnels.**

**Sur l'accompagnement thérapeutique et rééducatif, il est exercé par des professionnels qualifiés (5 ETP) : psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeute, ergothérapeute.** Sous la responsabilité du médecin de rééducation fonctionnelle, une équipe de rééducation intervient sur le SESSAD. Chacun intervient en séance individuelle ou en séance collective.

L'offre du SESSAD est complétée par l'intervention d'orthophonistes et de kinésithérapeutes libéraux

Chaque professionnel rééducateur est référent de plusieurs enfants et est en charge de faire le lien avec les différents intervenants. **Les accompagnements éducatifs et rééducatifs proposés favorisent l'inclusion scolaire** **Le soutien parental et familial** est également une des missions du SESSAD, bien intégrée et mise en œuvre par les équipes (« apporter aux familles conseils et accompagnement »).

Sur la prise en charge psychologique, la prise en charge psychologique est assurée par un psychologue clinicien (1 ETP). **La prise en charge psychologique est assurée par un psychologue clinicien (1 ETP). Elle se déroule le plus souvent sur le service, dans les lieux de scolarisation de l'enfant et au domicile des familles.** Le psychologue intervient majoritairement sur des séances individuelles en entretien avec les enfants. La fréquence des séances est variable, adaptée en fonction des situations, le psychologue intervenant aussi bien sur des questions ponctuelles (ex. relatives à la vie affective et à la sexualité) que sur un suivi plus régulier. Le psychologue a réalisé un travail pour rencontrer et connaître les partenaires, ce qui facilite l'accompagnement des enfants et la coordination des prises en charge.

**L'accompagnement social est assuré par une assistante de service social diplômée (0,5 ETP) présente les lundis, mercredis et jeudis après-midi.** L'ASS est présente aux réunions de fonctionnement et aux réunions de projet lorsque ces dernières nécessitent un suivi social ou sur demande de l'équipe. **L'accompagnement social a le plus souvent lieu au domicile, auprès des familles qui souhaitent un accompagnement** (logistique, administratif, moral, aux aides techniques, à l'aménagement du logement, sur les montages de dossier pour la MDPH).

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

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

**La localisation des locaux sur la commune de Saint-Pierre est pertinente :** le service est proche des établissements scolaires, du centre-ville et des principaux partenaires. En revanche la signalétique externe mériterait d'être renforcée. **L'accessibilité de la structure est facilitée par la présence d'un temps plein de chauffeur, en charge du transport des jeunes.**

**L'ouverture à et sur l'environnement est un point fort du SESSAD.** La vocation même du service, ses missions et ses modalités d'intervention (interventions majoritairement au sein des écoles) induisent une réelle capacité d'ouverture et de travail partenarial de la part de la direction et des professionnels.

**Le service est ouvert à son environnement,** comme l'illustrent les actions facilitant la venue de personnes extérieures dans le service (accueil des familles, accueil des partenaires, accueil des stagiaires...)

L'établissement est surtout très ouvert sur l'environnement.

**L'établissement est surtout très ouvert sur l'environnement.** Les professionnels font preuve d'une grande ouverture et d'une souplesse dans les différents champs et travaillent en réseau sur le territoire. Le SESSAD a développé des partenariats pertinents, qui intègrent tous les domaines susceptibles d'interagir sur le quotidien de l'enfant et son intégration scolaire, dans le souci d'articuler au mieux la prise en charge du service avec celle des autres intervenants. Les partenariats sont relatifs à la dimension scolaire, socio-culturelle, sociale et médico-sociale et médicale.

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

**Le travail d'individualisation de l'accompagnement est réalisé sur le SESSAD et chaque enfant dispose d'un projet personnalisé, au sens de la loi 2002-2, suivi et révisé tous les ans.**

Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du projet personnalisé est organisé et structuré. Un « Guide pour l'élaboration du PIA » a été élaboré afin d'appuyer les professionnels dans cette démarche et d'identifier les éléments à y intégrer. Des premiers objectifs, très larges, sont définis à l'admission et une phase d'observation de trois à quatre mois est enclenchée, à l'issue de laquelle le PIA est formalisé.

Le recueil des attentes de la famille et de l'enfant est effectué par le coordonnateur de projet au domicile de la famille, éventuellement avec l'appui d'un second professionnel.

En parallèle, chaque professionnel élabore un bilan et l'ensemble des bilans réalisés fait l'objet d'un échange pluridisciplinaire en réunion d'équipe.

**Le projet personnalisé est un outil bien identifié et approprié par les professionnels et constitue un véritable guide dans l'accompagnement au quotidien.**

**En tant que document complet et conforme à la réglementation et aux recommandations ANESM**, les projets personnalisés sont transmis à la MDPH et font office de document de renouvellement d'orientation, afin d'optimiser le temps d'élaboration du document.

**En revanche, la mission d'évaluation souligne l'absence d'indicateurs d'évaluation dans les trames de PIA et de bilan intermédiaire.**

**Le projet personnalisé respecte le délai d'actualisation annuel.** Les projets sont revus tous les six mois lors du bilan intermédiaire puis tous les ans pour l'élaboration du nouveau PIA.

**Conformément à la réglementation, un groupe d'expression réunit l'ensemble des professionnels du SESSAD et une dizaine de familles et usagers.** Il est organisé trois fois par an.

Les groupes d'expression sont associés aux différentes démarches du service, notamment à l'évaluation interne et au projet de service. Un compte-rendu de séance est systématiquement élaboré par la secrétaire du SESSAD et diffusé aux familles. Les comptes-rendus sont mis à disposition des usagers et familles dans un classeur situé à l'accueil du service.

De plus, en 2011 et en 2014, **les usagers et leurs représentants légaux ont été consultés par le biais d'une enquête de satisfaction.** L'enquête a abordé plusieurs thématiques : l'accueil, l'admission, l'accompagnement et les prestations logistiques.

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

**Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés, diffusés et affichés dans l'établissement.** Ils sont également remis dans le cadre de la procédure d'admission lorsqu'un bilan est enclenché. **Le livret d'accueil intègre les éléments précisés dans la circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004** relative à la mise en place du livret d'accueil, notamment la localisation, l'équipe, la situation géographique et les différents droits des usagers, les modalités d'accès au dossier, les prestations proposées.

La charte des droits et des libertés est affichée à l'entrée du SESSAD. Elle est annexée au livret d'accueil.

**Le contenu du DIPC est conforme au décret n° 2004-1274 du 26 nov.2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge. Le DIPC intègre les objectifs de l'accompagnement, les modalités d'accompagnement, la clause de réserve et les modalités de participation financière des familles.**

**L'intimité des enfants et de leur famille est respectée par l'ensemble des professionnels**, qui se placent dans un positionnement de non jugement. Les professionnels veillent à ne pas se montrer intrusifs et à respecter les lieux de vie lors des interventions à domicile.

L'accompagnement proposé par le SESSAD est centré sur les attentes et les besoins repérés des enfants et des jeunes, mis en lumière de façon pluridisciplinaire et régulièrement réévalués. **Le droit à l'autonomie constitue de ce fait un axe de travail transversal à tout projet d'accompagnement.**

**La relation entre les professionnels, les usagers et les familles est jugée ouverte et « équilibrée ».** Les professionnels ont le souci de respecter la place des familles et de les associer à l'accompagnement de leur enfant, tout en respectant et favorisant le développement de l'autonomie de l'enfant ou du jeune.

**La dernière visite périodique de la commission de sécurité des locaux du SESSAD date du 27 juillet 1993 à Saint-Pierre et Saint-Louis du 17 avril 2012 pour les locaux de l'IMS à Saint-Louis. Les deux sites ont reçu un avis favorable de la Commission de sécurité. Le passage de la commission de sécurité devra être organisé sur le site de Saint-Pierre.**

**Les activités de maintenance sont assurées sur le site de Saint-Pierre, par un ouvrier qualifié à temps plein**, en lien avec les cadres de proximité du site de Saint-Pierre, l'équipe d'entretien du site de Saint-Louis et la Direction de l'IMS.

**Les opérations de maintenance sont globalement bien coordonnées, gérées et suivies** par l'ouvrier, en lien avec l'équipe de l'IMS. Il n'existe toutefois pas, à date d'évaluation, d'outil centralisant le recueil des réparations à mener ni d'outil de suivi de toute la maintenance technique sur l'ensemble des sites de l'IMS.

La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées à travers des outils comme des astreintes administratives organisées, une analyse des risques dans les PIA, la gestion des risques....

**Les procédures de signalement** sont décrites dans les projets d'Etablissement et de service de l'ensemble des établissements de l'IMS. Le projet de service est mis à disposition de l'équipe du SESSAD. Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation connaissent les obligations et les règles de signalement.

**La bientraitance est énoncée en tant que fondement des pratiques et principes d'action des professionnels de la Fondation et du service.** La bientraitance et l'éthique ont été des thèmes particulièrement présents dans les réflexions des groupes de travail lors de la réactualisation du Projet d'Etablissement et lors de l'évaluation interne. Des formations mutualisées ont été menées sur la bientraitance en 2013 au de l'IMS.

## 5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

### 5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deux évaluations internes menées en 2007 puis en 2012</li> <li>▪ La constitution d'un Comité de pilotage pluridisciplinaire afin de lancer et cadrer la démarche</li> <li>▪ Un référentiel adapté, qui intègre les 4 volets réglementaires et les RBPP de l'Anesm</li> <li>▪ Une démarche menée de façon participative par l'organisation de groupes opérationnels et de groupes d'évaluation pluridisciplinaires</li> <li>▪ Un bon niveau d'information des professionnels tout au long de la démarche, par la diffusion de notes, l'organisation de restitutions et de réunions</li> <li>▪ L'avis des bénéficiaires et familles pris en compte dans la démarche</li> <li>▪ La création d'un Plan d'amélioration de la Qualité (PAQ) opérationnel et mis en cohérence avec les axes du Projet d'Etablissement</li> <li>▪ Une communication et une diffusion du PAQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des partenaires n'ayant pas été associés à la démarche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Associer l'ensemble des parties prenantes lors de la prochaine évaluation externe</li> <li>▪ Poursuivre l'appropriation du plan par les professionnels</li> </ul>
<b>Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La constitution d'un Comité de pilotage se réunissant plusieurs fois par an</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (Projet de service, Evaluation externe, CPOM...). Un plan d'actions unique regroupant toutes les démarches d'amélioration pourra être créé de façon à faciliter le pilotage du Comité de veille</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décliner le plan global en fiches action opérationnelles, intégrant des indicateurs permettant de mesurer les effets des actions engagées</li> <li>▪ Veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions. Un point d'avancement sur le PAQ pourra par exemple être mis à l'ordre du jour de chaque réunion institutionnelle</li> <li>▪ Assurer le pilotage régulier de la démarche par le COPIL et communiquer régulièrement aux professionnels</li> </ul>
<p><b>La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche qualité structurée et coordonnée par le Référent Qualité de l'IMS en lien avec l'équipe du SESSAD (COPIL) ;</li> <li>▪ Des outils permettant de recueillir la satisfaction et les plaintes des bénéficiaires et familles : groupes d'expression, questionnaire de satisfaction en 2011, recueil au quotidien ;</li> <li>▪ Une gestion documentaire coordonnée par le Référent Qualité en lien avec l'équipe du SESSAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un COPIL de suivi composé uniquement de l'équipe de Direction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser régulièrement le COPIL de suivi de la démarche en y intégrant d'autres membres de l'équipe afin de bien l'identifier comme l'instance de suivi</li> <li>▪ Créer un outil de pilotage de l'ensemble des actions et démarches menées au sein de l'établissement (Projet de service, convention tripartite, évaluation interne, recueil de la satisfaction,..) afin d'en faciliter le suivi</li> <li>▪ Poursuivre le travail amorcé pour définir les modalités de recueil de la satisfaction et de recueil des plaintes des bénéficiaires et familles en adaptant les outils aux besoins afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations pouvant permettre une analyse consolidée, découlant sur des actions d'amélioration spécifiques</li> <li>▪ Poursuivre le travail amorcé de formalisation des pratiques sur le SESSAD (procédures, ...)</li> <li>▪ Poursuivre la structuration de la gestion documentaire et la diffusion des documents</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la communication sur la démarche Qualité à l'ensemble des professionnels</li> </ul>
--	--	--	---

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Les modalités d'appropriation des RBPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBPP) de l'Anesm diffusées</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes et leur mise en perspective avec l'ensemble des travaux menés ou en cours</li> </ul>
<b>La mobilisation des recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des RBPP utilisées lors des grandes démarches structurantes de l'établissement (Projet de service, EI)</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un projet datant de 2012, structuré, approuvé par le Conseil d'administration de la Fondation</li> <li>▪ Sa rédaction dans le cadre d'une démarche participative qui a associé les professionnels (COPIL, groupes de travail, ...)</li> <li>▪ Le traitement des thématiques préconisées par la réglementation et la RBPP Anesm,</li> <li>▪ La mise à disposition du projet et sa présentation en réunions institutionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'association directe des usagers, familles et partenaires à l'élaboration du projet</li> <li>▪ L'absence d'une synthèse facilitant la communication et l'appropriation du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiller à organiser régulièrement le COPIL de veille et à y intégrer des représentants de l'équipe</li> <li>▪ Décliner chaque objectif du projet en fiche action avec précision des moyens, échéances, indicateurs de résultats</li> <li>▪ Engager une démarche participative avec l'association de l'ensemble des parties prenantes du SESSAD (professionnels, bénéficiaires, familles, partenaires) lors de la réactualisation prochaine du Projet de service</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des objectifs du projet intégrés dans le Plan d'action de l'évaluation interne</li> <li>▪ La création d'une plaquette de présentation du SESSAD pour communiquer sur ses missions</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rédiger une synthèse du futur projet permettant la communication et l'appropriation du projet</li> </ul>
<p><b>Cohérence et pertinence du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un service qui s'inscrit en grande partie dans la réponse aux besoins du territoire (taux d'occupation supérieur à 100 % et existence d'une liste d'attente d'une vingtaine d'usagers)</li> <li>▪ Un projet cohérent avec les orientations de l'association et avec les missions et orientations de politiques publiques</li> <li>▪ Localisation pertinente en plein centre-ville de Saint-Pierre, au regard du projet et de l'activité du SESSAD (proximité d'intervention, possibilités de travail en réseau avec des partenaires).</li> <li>▪ L'accompagnement des enfants de 3 à 18 ans permettant la prise en charge sur une large tranche d'âge</li> <li>▪ L'accompagnement diversifié proposé en terme de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lieux d'intervention : en milieu scolaire, lieux périscolaire, au domicile, dans les locaux du service ;</li> <li>○ modes d'accompagnement : accompagnements individualisés, temps collectifs (activités sportives, groupes éducatifs,...) ;</li> <li>○ types d'activité en fonction des tranches d'âge et des besoins des jeunes</li> </ul> </li> <li>▪ Une équipe expérimentée disposant d'un très bon niveau de qualification (équipe éducative constituée d'éducateurs spécialisés) et des profils métiers adaptés à l'accompagnement (médecin de rééducation fonctionnelle, équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux ne favorisant pas l'accompagnement des bénéficiaires dans un cadre de qualité préservant la confidentialité</li> <li>▪ Des temps de déplacements très importants pour les bénéficiaires et les professionnels, en raison de la taille du secteur du SESSAD</li> <li>▪ Le temps de médecin de rééducation fonctionnelle limité pour répondre à l'ensemble des besoins des bénéficiaires et professionnels du SESSAD</li> <li>▪ Le temps de l'ergothérapeute également limité au regard des besoins des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener à bien, comme prévu, les travaux de rénovation du site de Saint-Pierre, afin de proposer une meilleure qualité d'accueil pour les bénéficiaires et de travail pour les professionnels ;</li> <li>▪ Poursuivre la réflexion amorcée pour diminuer les temps de déplacements des bénéficiaires et usagers (utilisation des locaux de l'IMS)</li> <li>▪ Déployer le temps accordé de médecin sur le SESSAD</li> <li>▪ Déployer un temps supplémentaire d'ergothérapeute pour mieux répondre aux besoins</li> <li>▪ Poursuivre la réflexion et l'adaptation de l'accompagnement des jeunes de plus de 16 ans et poursuivre le développement du réseau de partenariat au niveau des parcours de professionnalisation ;</li> <li>▪ Poursuivre le travail amorcé avec les professionnels pour bien redéfinir les modalités d'accompagnement du SESSAD en lien avec ses missions et les projets personnalisés des bénéficiaires</li> <li>▪ Poursuivre les actions engagées pour favoriser la fluidité des parcours en lien avec l'évolution des besoins des bénéficiaires (liens avec partenaires, établissements, ...)</li> </ul>

	<p>multiple de rééducateurs, psychologue, assistante sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet de service et les adaptations conduites ces dernières années témoignent d'une très bonne prise en compte des besoins du public accueilli et de leur évolution (augmentation de l'agrément, utilisation des locaux de Saint-Louis pour une réponse de proximité)</li> </ul>		
<p><b>Qualité d'accompagnement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux propres et bien entretenus</li> <li>Un accompagnement pluridisciplinaire et diversifié (éducatif, médical, social, rééducatif, psychologique)</li> <li>Des interventions essentiellement sur les lieux de vie de l'enfant (école, domicile, loisirs)</li> <li>La présence d'un chauffeur à temps plein assurant le transport des enfants</li> <li>Un suivi médical assuré par un médecin et des consultations prévues tous les semestres</li> <li>Des activités éducatives et rééducatives variées et adaptées : activités de groupes ou individuelles, sur site ou hors site, activités animées de manières pluridisciplinaire, à visée motrice ou thérapeutique, en lien avec des intervenants extérieurs</li> <li>Les activités proposées favorisent l'inclusion scolaire, l'autonomie et le soutien parental</li> <li>L'offre éducative et rééducative est structurée : projets d'activités, évaluation et bilan, outil intranet, coordination autour du PIA</li> <li>L'intervention d'orthophonistes et kinésithérapeutes libéraux</li> <li>Une prise en charge psychologique assurée par un psychologue auprès des familles, usager et équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux peu adaptés : exigüité, proximité, manque de confidentialité</li> <li>L'absence de projet éducatif global et pluriannuel</li> <li>Un temps insuffisant de médecin rééducateur au détriment de ses fonctions de coordination</li> <li>Le manque d'approche partagée et d'harmonisation des pratiques et des outils entre les professionnels</li> <li>L'absence de temps de coordination formels entre les équipes rééducative et éducative</li> <li>Les temps de réunion, chronophages pour les professionnels à mi-temps, au détriment de l'accompagnement de proximité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener à bien les travaux de réhabilitation voire de déménagement des locaux du SESSAD</li> <li>Elaborer un projet socio-éducatif global et pluriannuel détaillant les objectifs et modalités de l'accompagnement</li> <li>Engager une réflexion sur le temps dédié au médecin rééducateur et à ses fonctions de coordination, aujourd'hui limitées par son temps réduit d'intervention</li> <li>Développer les outils communs entre les professionnels (trame de projet de groupe, trame de bilan d'activité, grille d'évaluation, etc.) afin de favoriser les pratiques communes</li> <li>Mettre en place des temps de réunions entre l'équipe éducative et rééducative</li> <li>Revoir les modalités de participation aux réunions des professionnels à mi-temps afin de leur libérer du temps pour les accompagnements directs auprès des jeunes</li> </ul>

	<p>et un lien étroit avec les acteurs spécialisés (CMPEA, GUT, services sociaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La présence d'une assistante sociale qui appuie les familles dans leurs démarches administratives, notamment dans les phases d'admission et de réorientation</li> <li>▪ Un accompagnement adaptable (fréquence, durée des séances)</li> <li>▪ Une coordination de l'accompagnement assurée par les référents</li> <li>▪ Des temps de coordination nombreux, réguliers et bien organisés entre les professionnels et la présence d'un cahier de réunion</li> <li>▪ Un dossier de soin pour chaque enfant suivi, conservé sous clef et dont le contenu est détaillé dans le projet d'établissement</li> <li>▪ La satisfaction des familles sur l'accompagnement global</li> <li>▪ L'existence d'un dossier usager papier et informatisé pour chaque jeune et une salle dédiée à leur consultation sur Saint-Louis</li> </ul>		
--	--	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p><b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une implantation qui favorise les liens avec le SESSAD IME et l'IMPro de l'IMS Charles Isautier</li> <li>▪ Des partenariats nombreux et diversifiés, sur les différents champs de l'accompagnement (médical, socio-culturel, social, médico-social)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'antenne de proximité sur Saint-Louis</li> <li>▪ L'absence de conventionnement pour certains partenariats</li> <li>▪ La difficulté de coordonner les équipes pluri-professionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les accompagnements sur Saint-Louis et les développer afin de renforcer la proximité avec les familles plus éloignées</li> <li>▪ Veiller au conventionnement régulier avec les partenariats existants et à leur actualisation, de façon à encadrer les relations et prestations</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un lien étroit avec les professionnels libéraux et de l'éducation nationale (conventions avec chaque professionnel libéral, participation aux ESS)</li> <li>▪ De nombreuses conventions formalisées</li> <li>▪ Un temps plein de chauffeur permettant de faciliter l'accessibilité du service</li> </ul>		<p>réciproques ; évaluer régulièrement et conjointement ces partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diffuser auprès des partenaires le projet de service et organiser des actions de communication locales</li> <li>▪ Veiller à l'invitation systématique des différents partenaires extérieurs sur les réunions de PIA et/ou développer les réunions communes aux professionnels du SESSAD et aux intervenants extérieurs ; organiser des espaces pour, au-delà des situations individuelles, réguler le travail de partenariat</li> </ul>
<b>Visibilité et perception de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des familles globalement satisfaites de la prise en charge proposée et des pratiques professionnelles</li> <li>▪ Des partenaires satisfaits de leur coopération grâce à des interlocuteurs identifiés et une bonne communication avec la structure</li> </ul>		

### 5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Processus d'admission et fin d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche progressive et le recueil du consentement des familles et de l'enfant aux différentes étapes de l'admission</li> <li>▪ Une démarche formalisée dans une procédure</li> <li>▪ L'envoi par courrier postal du livret d'accueil en amont de l'entretien d'admission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de regard médical systématique en amont des admissions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déplacer la consultation médicale en amont de l'entretien d'admission (lorsque le médecin n'a pas rencontré l'enfant au préalable au CAMSP)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La remise et l'explication systématique des outils de la loi 2002-2</li> <li>▪ La présence d'un binôme d'accueil adapté (psychologue, assistante sociale) en charge du recueil et de l'anamnèse de l'enfant, sur la base d'une grille dédiée</li> <li>▪ Un entretien médical systématique après l'admission</li> <li>▪ La nomination d'un référent « coordonnateur des investigations » en amont de l'admission</li> <li>▪ Un contact pris dès l'admission par le référent avec l'ensemble des intervenants autour de l'enfant et la signature d'une convention avec chacun d'entre eux</li> <li>▪ Des réorientations accompagnées par le coordonnateur et l'ASS : montage du dossier, visite d'établissement, accompagnement jusqu'au bout et suivi après la sortie</li> <li>▪ Le suivi à 3 ans des réorientations</li> </ul>		
<p><b>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La rédaction d'un « guide pour l'élaboration du PIA »</li> <li>▪ Un projet personnalisé réalisé pour chaque enfant</li> <li>▪ Des projets réalisés en réunion de synthèse pluridisciplinaire et un calendrier de réalisation géré par le Chef de service</li> <li>▪ Des premiers objectifs d'accompagnement définis au moment de l'admission</li> <li>▪ Le recueil des attentes du jeune et de sa famille</li> <li>▪ Une période d'observation de 3 à 4 mois avant l'élaboration du PIA</li> <li>▪ Une trame de projet personnalisé commune et adaptée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'indicateurs d'évaluation dans la trame de PIA et de bilan intermédiaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévoir les indicateurs d'évaluation dans les trames PIA et Bilan intermédiaire</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un bilan intermédiaire réalisé tous les 6 mois sur la base d'une grille dédiée</li> <li>▪ Une démarche coordonnée par le référent</li> <li>▪ Des projets faisant systématiquement l'objet d'un avenant au contrat de séjour</li> </ul>		
<b>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La nomination d'un référent pour chaque enfant</li> <li>▪ L'intervention des professionnels sur les principaux lieux de vie de l'enfant et la présence d'un chauffeur en charge du transport des jeunes</li> <li>▪ Le rôle de l'assistante sociale identifié comme « ressource » sur les orientations</li> <li>▪ La recherche d'individualisation et d'adaptation de l'accompagnement, facilitée par une équipe pluridisciplinaire</li> <li>▪ Le regroupement des consultations sur une journée et la volonté de limiter les déplacements des familles éloignées</li> <li>▪ Le respect de l'autorité parentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'antenne de proximité sur Saint-Louis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engager une réflexion sur la pertinence et les modalités de création d'une antenne de proximité sur Saint-Louis</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>L'effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un groupe d'expression réunissant professionnels, familles et usagers trois fois par an</li> </ul>		

<b>La prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'adaptation aux horaires des parents / jours préférentiels de rencontre pour l'organisation des séances</li> <li>▪ Des familles associées aux différentes démarches du service (évaluation interne, projet de service) dans le cadre des groupes d'expression</li> <li>▪ L'existence d'un questionnaire de satisfaction</li> <li>▪ Le recueil des attentes des familles et usagers dans le cadre de l'élaboration du PIA</li> </ul>		
---	---	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil, RF, charte des droits et libertés)</li> <li>▪ Remise et explication des documents de la loi 2002-2 aux parents lors de l'admission</li> <li>▪ Respect des droits des usagers et de leur famille : respect de l'autorité parentale, respect du rythme de l'enfant et de la famille, vigilance et discrétion de la part de l'équipe sur la confidentialité, etc.</li> <li>▪ L'information des familles tout au long de l'accompagnement et le respect de leurs choix</li> <li>▪ L'accompagnement possible des familles et fratries par les psychologues</li> <li>▪ Le respect du droit à la confidentialité et l'attachement au secret des informations recueillies en séances</li> <li>▪ Un dossier de soin élaboré pour chaque enfant et conservé de manière sécurisée au secrétariat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des outils 2002-2 peu adaptés à la compréhension des usagers</li> <li>▪ Des locaux ne favorisant pas le respect de la confidentialité des informations ni l'intimité (insonorisation, bureaux partagés entre les professionnels, etc.)</li> <li>▪ Le manque de détail dans le RF et le livret d'accueil sur les modalités d'accès des familles au dossier de leur enfant</li> <li>▪ L'absence de groupes thématiques ou de parole pour les familles et l'absence d'organisation d'activités conjointes avec les fratries</li> <li>▪ Le manque d'unicité du dossier : répartition sur deux sites, doublons entre les sites et informatisation partielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retravailler les documents de la loi 2002-2 afin de les adapter à la compréhension des usagers en fonction de leur âge (bande-dessinée, images, pictogrammes, etc.)</li> <li>▪ Mener à bien les travaux voire le déménagement des locaux du SESSAD</li> <li>▪ Communiquer auprès des familles sur les modalités d'accès au dossier usager et les détailler au sein du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement</li> <li>▪ Mettre en place des groupes thématiques « parents-enfant-fratrie » animés par le psychologue ou les éducateurs, dont les thèmes sont choisis par les familles ; organiser des activités conjointes avec les fratries</li> <li>▪ Mettre en place un système de gestion du dossier usager adapté, accessible sur les deux sites et permettant d'éviter les doublons : cela pourrait</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conditions d'accès au dossier évoquées dans le livret d'accueil</li> <li>La mise en place de groupes d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle par le psychomotricien et l'ASS</li> </ul>		passer par un système informatique plus adapté et plus complet
<b>Sécurité des lieux et de personnes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des installations aux normes d'hygiène et de sécurité, un personnel formé aux consignes de sécurité</li> <li>Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dernier passage de la Commission de sécurité datant de 1993 sur le site de Saint-Pierre</li> <li>Un registre de sécurité mal structuré ne facilitant pas sa lisibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser le passage d'une nouvelle commission de sécurité sur le site de Saint-Pierre</li> <li>Réorganiser le registre de sécurité en y intégrant l'ensemble des documents obligatoires afin d'en faciliter la lisibilité et le suivi</li> <li>Former chaque année les professionnels à la sécurité incendie</li> </ul>
<b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance suivies par le service responsable et la direction de l'établissement</li> <li>Une permanence de direction assurée en permanence</li> <li>L'existence de temps de réunions réguliers</li> <li>Une gestion des remplacements organisée</li> <li>L'existence d'un Plan d'alerte cyclonique et d'un plan de gestion des épidémies</li> <li>Des fiches de recueil des événements indésirables mises en place sur l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une traçabilité des opérations de maintenance interne non systématique</li> <li>Des fiches de recueil des événements indésirables peu utilisées par les professionnels (remontées orales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mieux formaliser le suivi des opérations de maintenance afin d'en assurer la traçabilité</li> <li>Poursuivre le travail amorcé pour élaborer en équipe pluridisciplinaire la procédure de signalement et de suivi des événements indésirables</li> </ul>
<b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un dispositif de prévention des risques psychosociaux mis en place : CHSCT de l'IMS Charles Isautier, DUERP, disponibilité et communication de la direction et de l'encadrement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un DUERP ne prenant pas en compte les risques psychosociaux</li> <li>L'absence d'entretiens professionnels depuis 2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réactualiser le DUERP en y intégrant les risques psychosociaux</li> <li>Réorganiser les entretiens professionnels régulièrement</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : fiches de pénibilité, , mobilité interne possible, dispositif de formation, analyses de pratiques</li> <li>▪ Des entretiens professionnels organisés tous les deux ans jusqu'en 2011</li> <li>▪ Un soutien des équipes par la psychologue</li> </ul>		
<p><b>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'organisation et du fonctionnement du service</li> <li>▪ Promotion de la bientraitance dans le cadre de nombreux documents (projet de service, livret d'accueil du salarié, référent bientraitance IMS...) et à travers des formations bientraitance à destination du personnel du service</li> <li>▪ Existence de dispositifs et processus de lutte contre la maltraitance : procédure de signalement, fiches d'évènements indésirables, temps dédiés à la gestion des situations complexes, analyses de pratiques</li> <li>▪ Une organisation favorisant le bien-être au travail et les échanges avec les familles</li> <li>▪ Un service ouvert à et sur son environnement</li> <li>▪ Le numéro national Prévention maltraitance affiché dans les locaux du SESSAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de référence aux dispositifs de prévention de la maltraitance dans les documents de la loi 2002-2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégrer des références à la prévention de la maltraitance dans les outils de la loi 2002-2</li> <li>▪ Elaborer les procédures de signalement des évènements indésirables et des faits de maltraitance en lien avec les professionnels</li> <li>▪ Réfléchir à la pertinence de créer un Comité Bientraitance pluridisciplinaire niveau du Pôle pour appuyer les établissements sur la prévention de la maltraitance</li> </ul>

## 5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission tient à souligner **la qualité des échanges** lors des entretiens et **la forte implication** de l'ensemble des professionnels du SESSAD. Notre visite sur site a été facilitée par un accueil ouvert, tant de la direction que des professionnels. Les consultants évaluateurs ont pu accéder à l'ensemble des éléments permettant de réaliser l'évaluation externe dans des conditions tout à fait satisfaisantes, en conformité avec les exigences réglementaires en la matière.

**Le bilan de l'évaluation est très positif. Le SESSAD propose un accompagnement tout à fait adapté aux besoins des usagers. Les axes du projet sont pertinents au regard des publics accompagnés et en cohérence avec la missions et les orientations des politiques publiques.**

**Les modes d'accompagnement mis en œuvre offrent de nombreux gages de qualité** : accompagnement personnalisé adapté au public accompagné, diversifié en termes de lieux d'intervention (en milieu scolaire, au domicile, dans les locaux du service) et modes d'accompagnement (accompagnements individualisés, temps collectifs, soutien à la fonction parentale...). Le cadre d'intervention structuré, la diversification de l'accompagnement rééducatif, des supports éducatifs et la bonne coordination des différents intervenants constituent un socle de qualité permettant cet accompagnement personnalisé.

**La garantie des droits des usagers est tout à fait effective et les pratiques professionnelles sont de qualité et bienveillantes.** Les professionnels sont pleinement investis de leur mission et travaillent en interdisciplinarité au service des usagers. La dynamique d'équipe impulsée par le management est marquée par le professionnalisme, l'engagement, l'éthique et la volonté d'amélioration permanente. La formalisation des pratiques ainsi que l'effectivité de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations sont à poursuivre afin de garantir la pérennité de la qualité de l'accompagnement du service.

Enfin, **le service est inscrit dans une forte dynamique d'ouverture vers l'extérieur et le travail en partenariat**, et la perception du SESSAD par les bénéficiaires, les familles et les partenaires est excellente.

**Les principaux enjeux sont pour le SESSAD** : la rénovation des locaux, la recherche de solutions visant à réduire les temps de déplacement parfois très longs pour les usagers et les professionnels et la poursuite de la mise en œuvre de la Démarche Qualité.

## 5.9. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><b>L'évaluation externe a permis à chacun des professionnels de s'interroger sur ses pratiques d'accompagnement et leur cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques et l'évolution des politiques publiques.</b></p> <p><b>La qualité des échanges soulignée par les évaluateurs est également soulignée par l'ensemble des professionnels, des jeunes et des familles consultés qui ont pu s'exprimer sur les différents aspects de leur accompagnement dans le cadre légal et réglementaire en la matière.</b></p> <p><b>La direction de l'IMS souligne la réelle implication des évaluateurs, la juste appropriation des problématiques d'accompagnement au travers de ses différents dispositifs et ceci dans un délai globalement très court compte tenu des impératifs de la mission.</b></p> <p><b>Cette évaluation s'est déroulée de manière satisfaisante malgré la densité des entretiens, et chacun a eu le sentiment d'y avoir apporté sa contribution. Les contraintes de chaque professionnel ont pu être prises en compte.</b></p>	<p>A compléter de vos commentaires</p> <p>La majorité de ces conclusions semblent correspondre à la réalité du SESSAD-IEM.</p> <p>Le bilan satisfaisant de l'évaluation exprimé par les évaluateurs est synonyme d'encouragement pour l'ensemble des professionnels à poursuivre dans la voie d'un accompagnement de qualité pour l'ensemble des publics accueillis, tout en prenant en compte les questionnements identifiés et les axes d'amélioration proposés.</p> <p>Les pistes d'amélioration repérées sont rassurantes dans la mesure où elles sont, à quelques détails près, inscrites au PAQ du service.</p> <p>Les bénéfices du travail de partenariat et l'intérêt de la mise en place de convention avec les praticiens libéraux auraient mérité plus de développement auprès des évaluateurs puisque ce volet y apparaît incomplet voir erroné dans ces conclusions.</p> <p>La question du temps de médecin rééducateur sur le service, non pourvu en totalité depuis plusieurs années maintenant, me semble faire écho à une problématique carencielle nationale plus qu'à une difficulté spécifique au SESSAD-IEM. Sans pour autant minimiser son impact sur notre mission de soin, elle est tout de même à relativiser. Il aurait été souhaitable que cela puisse apparaître.</p> <p>D'autres points comme « le manque d'actions collectives », « l'absence de temps de coordination entre équipe éducative et rééducative » ne font pas sens ou demandent à être explicitées.</p>

## 6. Annexes

### 6.1. Contrat



**FONDATION PERE FAVRON**  
DIRECTION GENERALE  
Service achats

Le candidat remplit un imprimé pour chaque lot et variante

**MARCHE DE FOURNITURE**  
**ACTE D'ENGAGEMENT**

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

■ **Objet du marché :**

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

Pour l'ensemble des établissements de la FONDATION PERE FAVRON :

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

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

**B - Engagement du candidat.**

**B1 - Identification et engagement du candidat :**

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

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

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire WILLIAM BOTTARO CO GERANT

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

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

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

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

**SAS EQR CONSEIL**  
**68 RUE DE LA CHAUSSÉE D'ANTIN – 75009 PARIS**  
**Téléphone : 01-40-13-03-43 Fax : 01-40-13-03-33**  
**Courriel : eqn@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<sup>er</sup> mars 2014**.

**B5 - Délai de validité de l'offre :**

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

**B6 - Délai de livraison :**

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

**B7 – Domiciliation :**

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

**C - Signature de l'offre par le candidat.**

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
WILLIAM BOTTARO CO GERANT	PARIS LE 20 JANVIER 2014	 <b>EQR CONSEIL</b> 60 rue de la Croisette - Ande 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@fevron.org](mailto:service-achats@fevron.org)

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

La présente offre est acceptée.

*n. Saint-Pierre, le 13. mars 2014*

Signature

*1/0*  
  
**FONDATION PERE FAVRON**  
Le Directeur Général Adjoint  
**Philippe BOYER**

## 6.2. Composition des équipes



### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

Présentation	
<p><b>Antenne Directrice Qualité de plusieurs établissements et services médico-sociaux. Elodie Albrecht intervient en tant que Consultante Sénior auprès d'EQR depuis 2014.</b></p> <p>Déjà d'une solide expérience auprès des acteurs du secteur, elle a travaillé à la construction d'outils adaptés aux besoins et au positionnement des structures. Elle mène l'accompagnement des établissements dans le pilotage des évaluations internes et externes, dans la mise en œuvre de Démarches Qualité adaptées ainsi que dans le pilotage de projets. Concrètement, elle favorise l'efficacité des leviers managériaux sous-tendus par la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue dans les établissements. Elle applique et promeut les bénéfices de l'évaluation interne et externe pour l'ensemble des acteurs.</p> <p>Avant même plusieurs évaluations d'établissements et services médico-sociaux (interne/externe), Elodie dispose d'une expertise opérationnelle approfondie du secteur et de ses enjeux.</p>	
Carrière	Formation
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depuis 2014 : Consultante Sénior EQR</li> <li>➤ 2013 : Consultante indépendante Evaluation interne des ESMS</li> <li>➤ 2017-2019 : Démarche Qualité Avancé - Les Pénitents</li> <li>➤ 2010-2012 : Responsable Qualité AIEPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Master Spécialisé en Management de la Qualité à PENSUM (Paris)</li> <li>➤ Thèse postdoctorale : Mise en place d'une démarche Qualité adaptée au secteur médico-social</li> <li>➤ Formation universitaire Intitulé en Sciences sociales (Licence-Master-Doctorat en cours - UITESS, Paris)</li> </ul>
Clients	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Agences publiques nationales (ANAF...)</li> <li>➤ Associations départementales ou locales (ADAPT 69, ADAPT 03, ADAPT...)</li> <li>➤ Entreprises, institutions (Association Epérouse et Ancestr, Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité...)</li> <li>➤ Diverses prestations, établissements et services sociaux et médico-sociaux</li> </ul>	



### Elodie ALBRECHT | Consultante sénior

Compétences
<p><b>Accompagnement stratégique, gestion et pilotage de projet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ANRP – Formation en région à la phase de pré-généralisation d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social</li> <li>➤ ADAPT 69 – Accompagnement de l'association à l'élaboration du nouveau projet Associatif</li> <li>➤ ADAPT Haute Normandie – Accompagnement de l'association à la mise en place de la démarche qualité</li> <li>➤ Les Pénitents – EHPAD (La Ville du Bois, Paris, Reims) : Mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils</li> <li>➤ AIEPH 03 – Mise en place de Démarches Qualité, élaboration d'outils</li> </ul> <p><b>Evaluations internes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ANPE – ITEP Le Logis – Accompagnement de l'établissement à l'évaluation interne</li> <li>➤ SESSAD Olympe de Gouges 78</li> <li>➤ Les Pénitents : EHPAD opérateur dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (La Ville du Bois)</li> <li>➤ AIEPH 08 : Siège Social de l'association, ESAT (Fumay), ESAT (Reims), Foyer d'hébergement Les Coccinelles (Fumay), Foyer d'hébergement du Bois (Fumay), MAPS (Reims), SAVS-SAMSAO (Fumay)</li> </ul> <p><b>Evaluations externes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Association Monsieur Vincent : EHPAD Saint Vincent et Saint Maurice (Metz), EHPAD La Charneye (Aché-sur-Cher), EHPAD Sainte-Hélène (Epernay-sur-Saint), EHPAD Accueil Saint-François (Fontenay-sur-Bois), SESSAD de Fontenay-sur-Bois</li> <li>➤ Association Partage Accueil : EHPAD « Les Pyrénées » (Toul)</li> <li>➤ ASAPEI : Unité de gestion de Florence (IME Alain de Charverot, SESSAD Le Liriot, FOT Henri Engulfabet)</li> <li>➤ ADAPT : ESAT « La Collombière » (Auch)</li> <li>➤ ADAPT 56 : Foyer de Vie/Foyer d'hébergement La Belle Vie de Pontivy, IMT de Plumecec, IMT de Kerdrinet</li> <li>➤ Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité : EHPAD « Clairfontaine » (Montell au Vicomte), EHPAD « Hiel » (Saint-Nazaire)</li> </ul>





## Marjorie PEREZ | Consultante

### Présentation

Marjorie PEREZ est consultante au sein du cabinet EQR. Diplômée de l'IEP et de l'IME de Toulouse ainsi que de l'Institut de Santé Publique de Bordeaux, elle a travaillé pour le compte de plusieurs Agences Régionales de Santé (Aquitaine, Auvergne, Haute-Normandie), ce qui lui confère une bonne connaissance du fonctionnement, des enjeux et des stratégies des ARS.

Elle a participé à l'accompagnement de plusieurs maîtres de santé, à l'élaboration de stratégies territoriales de santé en milieu urbain comme en milieu rural, et à des missions d'évaluation en santé publique.

Elle possède en outre une bonne connaissance des institutions médicales locales jusqu'à l'échelle de plusieurs missions d'évaluation externe, aussi bien dans le champ de l'adolescence que dans celui de la prise en charge des personnes âgées ou de l'aide sociale à l'enfance.

### Expériences

- Depuis novembre 2013 : Consultante EQR
- mai-septembre 2011 : Agence régionale de santé d'Aquitaine
- mars-avril 2011 : Institut Bergonié, Bordeaux
- mars-septembre 2010 : Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

### Formations

- ISPED de Bordeaux : Master 2 de « Santé publique, spécialité ingénierie des actions de santé, option Promotion de la santé »
- Institut d'Etudes Politiques de Toulouse
- Institut d'Administration des Entreprises de Toulouse : Master 2 « Droit et gestion des entreprises »

### Réalisations

- **Évaluations externes :**
  - ARS : IEP
  - ADAPT 12 : IME, SESSAD, ESAI, SAVS, SAIEA
  - Fondation « Les Agences d'Auvergne » : MICS St Charles
  - IRTCAM PACA - CCRST : NUS de Collobrières
  - Mutualité Française Anjou-Normandie : Foyer de day/FAM/ERS, CANSP
  - Association Partage Accueil Solidarité : EHPAD Grenelle, EHPAD Pyrénées
  - ASAPT : US Auton Val de Vire (35000) US Clermont Capelle
  - ADAPT 10 : MICS de Sère
  - Groupe DC Santé : EHPAD Les Evandreaux
- **Autres réalisations :**
  - l'élaboration de stratégies territoriales de santé : Pays Ille et Vendre, SARL de Sèze, Communauté de communes d'Yvignac
  - Accompagnement à la création de pôles et maisons de santé pluri-professionnels : Association « Soigner à Brétigny sur Oge », ARS Auvergne, Villa de Carleins, commune de Sabroussac-Moisselle, Communauté de communes d'Ojornet
  - Évaluation de politiques publiques : ARS Haute-Normandie, Agence française de développement

### 6.3. Calendrier de réalisation



## 6.4. Attestation sur l'honneur



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

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

### 1. Intégrité

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

### 2. Objectivité

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



organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

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

A Paris,  
Le 31 juillet 2013,

William BOTTARO, co-gérant

Signature





SAS EQR Conseil

68 rue de la Chaussée d'Antin  
75009 Paris  
[www.eqrconseil.com](http://www.eqrconseil.com)

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