

# FONDATION PERE FAVRON

## EVALUATION EXTERNE DU SESSAD RAPHAEL BABET

### Rapport

Type d'établissement	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
Coordonnées	29, boulevard Lenepveu – Cayenne 97480 SAINT JOSEPH
Numéro FINESS	97 040 573 4

## Sommaire

<b>1.</b>	<b><i>Eléments de cadrage</i></b> .....	<b>4</b>
1.1.	Présentation de la Fondation Père Favron .....	4
1.2.	Description du service .....	4
1.3.	Missions .....	5
1.4.	L'environnement : situation géographique.....	5
1.5.	La population accompagnée.....	5
1.6.	L'activité.....	6
<b>2.</b>	<b><i>La procédure d'évaluation externe</i></b> .....	<b>7</b>
2.1.	Démarche.....	7
2.2.	Sources.....	8
2.2.1.	Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables .....	8
2.2.2.	La réglementation applicable à la structure évaluée.....	9
<b>3.</b>	<b><i>Résultats de l'analyse détaillée</i></b> .....	<b>10</b>
3.1.	La stratégie du service .....	10
3.1.1.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement .....	10
3.1.2.	La pertinence et la cohérence de la stratégie .....	12
3.1.	Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue.....	15
3.1.1.	Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne .....	15
3.1.2.	Priorisation et communication des propositions d'amélioration .....	16
3.1.3.	Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration .....	16
3.1.4.	Les autres volets de la dynamique génération d'amélioration continue de la qualité.....	17
3.2.	Le parcours de l'utilisateur .....	19
3.2.1.	Le processus d'admission et d'accueil .....	19
3.2.2.	L'élaboration et la mise en œuvre du projet individualisé .....	21
3.2.3.	La fin d'accompagnement : les orientations.....	23
3.3.	La qualité de l'accompagnement proposé .....	23
3.3.1.	Qualité du cadre de vie .....	23
3.3.2.	L'accompagnement proposé .....	24
3.3.3.	La coordination de l'accompagnement .....	27
3.4.	L'effectivité des droits des usagers .....	29
3.4.1.	Le respect des droits fondamentaux .....	29
3.4.2.	Les modalités concrètes d'exercice des droits.....	29
3.5.	La prévention et la gestion des risques.....	31
3.5.1.	La prévention des risques professionnels et la santé au travail .....	34
3.5.2.	La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance .....	35
3.6.	L'ouverture du service à et sur son environnement .....	36

3.6.1.	L'inscription du service dans le territoire .....	36
3.6.2.	La perception du service par son environnement .....	38
<b>3.7.</b>	<b>Organisation, gestion des ressources humaines et management.....</b>	<b>39</b>
3.7.1.	La politique de gestion des ressources humaines .....	39
3.7.2.	<b>Organisation et management .....</b>	<b>41</b>
<b>4.</b>	<b>Synthèse de l'évaluation externe .....</b>	<b>43</b>
<b>5.</b>	<b>Abrégé du rapport d'évaluation externe .....</b>	<b>48</b>
5.1.	La démarche d'évaluation interne .....	48
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm.....	50
5.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers .....	50
5.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....	54
5.5.	Personnalisation de l'accompagnement .....	55
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	56
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques .....	57
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	61
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe .....	61
5.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe .....	62
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>63</b>
6.1.	Contrat .....	63
6.2.	Composition des équipes.....	66
6.3.	Calendrier de réalisation .....	69
6.4.	Attestation sur l'honneur .....	70

# 1. Eléments de cadrage

## 1.1. Présentation de la Fondation Père Favron

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

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

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

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

**La Fondation Père Favron défend et promeut les valeurs suivantes :**

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

## 1.2. Description du service

Le Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (ci-après SESSAD) Raphaël Babet s'intègre à l'Institut médico-social (IMS) Raphaël Babet, situé à Saint-Joseph, au sud de l'île de la Réunion. L'IMS regroupe :

- Le SESSAD polyvalent de 33 places, pour jeunes polyhandicapés, déficients intellectuels, déficients moteurs ;
- Un institut médico-éducatif (IME) de 52 places ;
- Un centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CEAP) de 10 places ;
- Un institut d'éducation motrice (IEM) de 10 places.

Le SESSAD est autorisé par l'arrêté 4139 DRASS/PSMS du 03 décembre 2007 à l'accueil de 33 jeunes handicapés âgés de 0 à 20 ans.

L'IMS gère en outre, par arrêté du 18 avril 2012 d'un SAMSAH de 15 places, ne faisant pas partie du champ de l'évaluation externe.

### 1.3. Missions

L'action des SESSAD est orientée, selon les âges, vers :

- L'accompagnement précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, le traitement et la rééducation qui en découlent, le développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
- Le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent : domicile, crèche, établissement s'enseignement et locaux du service.

Le SESSAD œuvre en liaison étroite avec les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce. Les centres médico-psycho-pédagogiques. Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

### 1.4. L'environnement : situation géographique

**L'IMS Raphaël Babet, où est sis le SESSAD, est situé 23 boulevard Lenepveu, à Saint-Joseph au sud de l'île de la Réunion.**

La ville de Saint-Joseph est une commune de 36 401 habitants située dans le Sud Sauvage de l'île de la Réunion, région et département français d'outre-mer. Commune rurale, elle abrite trois collèges et quatre lycées publics.

Seul opérateur du Sud Sauvage dans l'accompagnement de jeunes handicapés, l'IMS intervient sur un territoire s'étendant de Saint-Philippe à l'entrée de Petite-Île.

### 1.5. La population accompagnée

Le SESSAD est scindé en trois :

- Le SESSAD de l'IME : 22 places autorisées pour les enfants déficients intellectuels, garçons et filles, de 3 à 14 ans ;
- Le SESSAD de l'IEM : 5 places autorisées pour les déficients moteurs avec troubles associés de 3 à 18 ans ;
- Le SESSAD du CEAP : 6 places autorisées pour l'accueil de personnes polyhandicapées de 0 à 20 ans.

En l'absence de demande sur le polyhandicap, les 6 places accordées au SESSAD polyhandicap ont été redéployées sur les autres déficiences, pour lesquels la demande est plus forte. Ainsi, à la date de l'évaluation, la répartition des places était la suivante :

Structure	Effectif autorisé	Effectif installé	Ecart autorisé/ installé
SESSAD IME	22	20	-2
SESSAD IEM	5	12	+7
SESSAD CEAP	6	0	-6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>-1</b>

Toutefois, le SESSAD entend conserver ces places dédiées aux jeunes polyhandicapés et rester un SESSAD polyvalent. En outre, l'IMS travaille actuellement à un projet visant l'ouverture de places de « SESSAD TED » (*voir développements dans la partie 3.1.2 La pertinence et la cohérence de la stratégie*).

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

- Les usagers étaient originaires du Sud Sauvage de la Réunion, de Petite-Ile à St-Philippe ;
- La moyenne d'âge s'établissait à 11,5 ans ;
- Le SESSAD accueillait plus de garçons, ceux-ci constituant 66,7% des effectifs ;
- La durée moyenne de séjour était de 2,3 ans.

A date d'évaluation, le plus jeune accompagné avait 6 ans, et le SESSAD commençait à accompagner des jeunes au-delà de 16 ans. Les jeunes sont principalement scolarisés dans des écoles primaires, collèges, lycée. Un jeune est en IUT et une jeune n'est plus scolarisée (insertion professionnelle). Le SESSAD n'accompagne plus d'enfant en crèche ou en école maternelle, un enjeu est repéré autour de la réactivation de ces partenariats.

## 1.6. L'activité

En 2013, le service affichait un taux d'occupation de 123,03%, réalisant 4 850 journées au lieu des 3 942 budgétées, soit un surplus de 908 jours.

	2011	2012	2013
<b>Nombre de journées budgétées</b>	2787	3652	3942
<b>Nombre de journées réalisées (au 31 décembre N)</b>	4194	4149	4850
<b>Taux d'occupation</b>	150,48 %	113,60 %	123,03 %

## 2. La procédure d'évaluation externe

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

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

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

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

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

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

### 2.1. Démarche

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

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

#### **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 a été mutualisée pour tout l'IMS pour s'adapter à la configuration actuelle. Elle s'est déroulée autour de plusieurs temps :

- Une visite complète de l'établissement,
- Des entretiens avec :
  - o Le Directeur respectivement sur le CEAP, l'IME, l'IEM puis le SESSAD ;
  - o Les trois binômes chefs de service / psychologues ;
  - o Les trois chefs de services ensemble ;
  - o L'infirmière du semi-internat ;

- Les médecins généralistes ;
- Les professionnels du groupe CEAP ;
- Les professionnels de l'UED primaire (école Lenepveu) ;
- Les professionnels du groupe PVS ;
- Les professionnels du groupe Villa ;
- Les professionnels du groupe IMPro ;
- Les professionnels du groupe Vacoas et Gecko ;
- Les professionnels du SESSAD (dont l'infirmière affectée au SESSAD) ;
- La famille d'accueil ;
- Les services administratifs ;
- L'assistante sociale ;
- Les agents polyvalents de service (sur le volet hygiène et restauration) ;
- Les agents polyvalents de services logistiques (sur le volet convois et maintenance) ;
- Le comité de pilotage des suites de l'évaluation interne ;
- Une consultation des usagers : un entretien de groupe a été mené des usagers pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS) ; un autre entretien a été réalisé avec leurs familles.
- Des temps d'observation des pratiques :
  - Déjeunes avec les usagers du CEAP, des groupes Vacoas et Gecko, PVS et Arc en ciel ainsi que de l'IMPro ;
  - Des temps de réunion pluridisciplinaire de projet : UED primaire, Arc en ciel, Gecko ;
  - Des temps d'accompagnement pédagogiques : Arc en ciel, UED primaire ;
  - Des temps d'accompagnement éducatif : UED primaire ;
  - Un temps d'accompagnement rééducatif : kinésithérapie ;
  - Une réunion de CVS.
- 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 élu de la mairie de Saint-Joseph
  - Une orthophoniste libérale,
  - Le directeur de l'école Lenepveu,
  - La directrice de l'association Arts pour tous
  - Une éducatrice de l'accueil temporaire de Saint Gilles Les Hauts

**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 7 novembre 2014 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 19 décembre 2014.

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

## 2.2. Sources

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

#### Les recommandations transversales

- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (septembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)

- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Décembre 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre » (Juillet 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (Avril 2008)

#### Les recommandations spécifiques à la structure évaluée

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Juillet 2013)
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Juin 2011)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Mars 2012)
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (Juillet 2008)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (Janvier 2010)

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

- Convention internationale des droits de l'enfant
- Code de l'action sociale et des familles et en particulier les Articles D312-75 et suivants relatifs services d'éducation spécialisée et de soins à domicile
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses textes d'application
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et ses textes d'application
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et ses textes d'application
- Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés dans les établissements spécialisés

### 3. Résultats de l'analyse détaillée

#### 3.1. La stratégie du service

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

###### ▪ La démarche d'élaboration du projet

L'IMS Raphaël Babet dispose d'un projet d'établissement commun aux différentes structures qui le composent, valable pour la période 2012-2016. Sa rédaction s'est étalée sur deux ans (entre mars 2010 et avril 2012) : la première année a été principalement consacrée à une réflexion théorique sur l'accompagnement, qui a conduit à la formalisation du modèle de prise en charge de l'IMS autour d'une **approche transversale et décloisonnée de la prise en charge des différents types de population**. Pour mener à bien cette réflexion, l'IMS a été épaulé par deux intervenants de l'ANCRAI/IRTS de la Réunion. Une revue de littérature a notamment été réalisée pour permettre de repérer les expériences similaires. La seconde année a consisté à développer les idées selon un plan élaboré en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

**L'écriture du projet a été participative.** A l'instar de l'ensemble des projets et réflexions menées sur l'IMS (*voir développements infra*) un **comité de pilotage** (ci-après appelé COPIL) pluridisciplinaire a été constitué pour piloter la démarche d'élaboration du projet d'établissement. Ce COPIL a rassemblé deux psychologues, un éducateur spécialisé également représentant du personnel, une infirmière, un professeur des écoles et deux cadres de proximité. Ont également été associés des professionnels des services logistiques et administratifs, des rééducateurs, ainsi que les représentants du personnel et l'administrateur délégué. Une harmonisation finale des écrits a été assurée par le directeur.

**Le projet a été ensuite successivement présenté** pour approbation à la commission Personnes Handicapées de la Fondation, au CVS et au CE. Il a été adopté par le Conseil d'administration de la Fondation Père Favron le 21 juin 2012.

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

- Il n'y a eu une représentation de tous les établissements et services qui constituent l'IMS mais pas de tous les « groupes éducatifs » qui constituent l'IMS dans le COPIL. Toutefois tous les groupes ont participé à travers des réunions de service à des réflexions sur des thèmes précis.
- Les partenaires n'ont été que ponctuellement partie prenante (hors les enseignants et l'IRTS via le CREA) ;
- Les usagers et familles n'ont été qu'indirectement associés par le biais du CVS (information régulière sur le contenu des travaux). A noter que cette démarche d'élaboration du projet a marqué le début d'une implication croissante des familles dans la vie de l'établissement, qui a pris particulièrement corps dans le cadre de l'évaluation interne (*voir paragraphe dédié 3.2 Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue*).

Il sera recommandé, lors de la prochaine révision du projet, d'associer de façon plus large et selon des modalités adaptées (questionnaire, enquête, participation aux groupes de travail...), les différentes parties prenantes conformément à la recommandation de l'ANESM.<sup>1</sup>

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

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

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

- L'histoire et projet de l'organisme gestionnaire sont présentés en première partie ;
- Les missions sont rappelées via la mention des textes relatifs à la catégorie de l'établissement ; les politiques (schémas) sont présentés ;
- Le public et son entourage sont décrits : caractéristiques, évolutions et besoins en découlant ;
- La nature de l'offre de service et son organisation :
  - o Modalités d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement et participation des personnes accompagnées et de leur entourage
  - o Modalités de travail avec les familles
  - o Organisation interne de l'offre de service (modalités d'admission, les différentes dimensions de l'accompagnement : activités, journée type etc.). En particulier l'organisation du SESSAD fait l'objet d'un paragraphe ;
  - o L'ancrage des activités dans le territoire : partenariats et ouverture
- Les principes d'intervention :
  - o Sources, référentiels, valeurs
  - o Modalités de régulation et instances d'échange
- Les professionnels et les compétences mobilisées :
  - o Les compétences et qualifications
  - o Les fonctions et délégations
  - o Organisation de l'interdisciplinarité (cf. *travail d'équipe notamment*)
  - o Entretien professionnel et d'évaluation
  - o Soutien aux professionnels, politique de formation, accueil de stagiaires et fonctions tutorales
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement selon deux axes (1. évolution de la prise en charge - 2. développement des modes des prises en charge et développement de nouvelles activités) déclinés en un plan d'action lui-même décliné en fiches action très précises (objectifs, groupe projet, responsabilité, personnes/services/organismes concernés, moyens à mettre en œuvre, échéancier, indicateurs, analyse globale).

**Des annexes viennent compléter le document :**

- Réunion de projet : fiche de procédure, schéma récapitulatif du protocole de la réunion de projet, avenant au contrat de séjour ;
- Outils de la loi 2002-2 : contrat de séjour / DIPC, charte des droits et libertés de la personne accueillie, livret d'accueil, règlement de fonctionnement ;
- Fiches de poste ;
- Chapeau théorique du projet d'établissement (travail réalisé avec l'ANCRAI/IRTS de la réunion en 2011).

A noter qu'il a été fait le choix de ne pas adopter un plan qui ferait succéder le projet de soins, le projet pédagogique, le projet éducatif et rééducatif etc. dans une approche globale de l'accompagnement des personnes.

**Un élément mériterait d'être plus développé : la gestion des paradoxes.** La recommandation ANESM afférente au projet d'établissement<sup>2</sup> précise en effet qu'« *Il est recommandé d'explicitier, sur le plan éthique et technique, la manière dont l'établissement ou le service va prendre en compte les paradoxes propres à la prise en charge et l'accompagnement des personnes, que ce soit dans le domaine de la citoyenneté, de la personnalisation des réponses, de la dynamique collective, de la prise de risques, de la protection des personnes, de la recherche de l'autonomie...* ».

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

Le projet formalisé est constitué de 55 pages (hors annexes), ce qui est au-delà de ce que préconise la RBPP de l'Anesm (une trentaine de pages) mais à pondérer par le fait qu'il concerne quatre structures administratives (IME, IEM, CEAP, SESSAD).

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

perspectives de développement en fin de document permet une identification rapide des axes de progression que la structure se fixe.

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

Aussi, **la mission suggère l'élaboration d'une synthèse de quelques pages** qui permettrait de faciliter l'appropriation et la communication du projet aux différents acteurs (dont les usagers, les familles et les partenaires). Si une synthèse de la partie « théorique » existe déjà, il s'agirait là d'un document plus opérationnel présentant l'établissement et les objectifs de progression. De plus, il serait intéressant d'agrémenter le document de davantage d'illustrations, photos, schémas, graphiques...

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

**Le projet a été terminé et mis en application en avril 2012**, date à laquelle la politique de transversalité et de décloisonnement des services a véritablement été mise en œuvre (des intentions étaient déjà existantes). C'est ainsi que de nouveaux groupes ont été créés : groupe « préparation à la vie sociale » dit PVS à l'attention des jeunes déficients intellectuels et moteurs pour lesquels l'état de santé ou la fatigabilité ne permettent pas de perspectives d'intégration dans le monde du travail, groupe Vacoas à destination des jeunes au profil TED. D'autres groupes ont été créés par la suite (groupe « Villa », classe externalisée en collège etc. - voir développements dans la partie 3.4 La qualité de l'accompagnement proposé).

**Le projet a été présenté et restitué aux professionnels et aux familles.** Actuellement en cas d'embauche, il est signalé sa mise à disposition sur le serveur informatique partagé (avec l'ensemble des autres pièces utiles : évaluation interne, rapports d'activités, règlement de fonctionnement, projets divers...). Il est également disponible en version papier à l'accueil (possibilité d'accès aux familles, stagiaires etc.) et sur le site internet de la Fondation Père Favron.

**Le projet d'établissement fait l'objet d'un suivi de l'évaluation interne** (qui sera également mobilisé sur l'évaluation externe – voir développements dans la partie 3.2). Ce COPIL réunit le directeur, la secrétaire, un éducateur spécialisé membre du CE, un chef de service, une autre éducatrice spécialisée, trois familles dont la présidente du CVS, un représentant du Conseil d'administration. Il est en charge de suivre les fiches actions.

**A noter que les entretiens menés par la mission d'évaluation ont démontré une identification et une appropriation variables du projet d'établissement.** Un rappel pourrait utilement être effectué, de même qu'une **déclinaison plus précise au sein du projet d'établissement des spécificités de chaque entité** (CEAP, IME, IEM, SESSAD) - type déclinaison en « projet de service » - permettant aux professionnels de mieux s'approprier les axes du projet d'établissement et de mieux préciser les spécificités de chaque service.

### 3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie

#### ▪ **La cohérence du projet au regard des orientations de l'organisme gestionnaire**

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

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

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

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

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

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

*« Le projet d'établissement répond aux missions pour l'accueil des publics relevant des annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter. La mixité du public participe du projet en tant que tel et projette les adaptations nécessaires en fonction des profils qui seront effectivement accueillis au sein de l'institution.*

*Ce projet répond en outre à la logique de proximité pour des familles qui n'ont pas bénéficié d'offre de prise en charge sur le secteur de Saint-Joseph et Saint-Philippe jusqu'à présent. Le projet de service (cf. SESSAD) est déjà mis en œuvre avec une implantation temporaire à Saint-Joseph. La réalisation de cette présente construction permet de regrouper l'ensemble de l'offre et de finaliser la diversité des prestations de l'Institut Médico-Social tel que considéré dans le projet initial. Au sein du SESSAD comme au sein de l'établissement, la multiplicité d'intervenants potentiels justifie de définir par le biais de conventions leur modalité de coopération dans le cadre du projet individuel de l'enfant (lieu, fréquence, bilan et synthèse...) »<sup>5</sup>*

**Plus spécifiquement, le projet est conforme. Le SESSAD assure :**

- L'accompagnement précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
- Le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

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

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile œuvre en liaison étroite notamment avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psycho-pédagogiques.

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

**Le dispositif IMS dans son ensemble est pertinent et l'établissement et propose une bonne réponse aux besoins du territoire.** Il est le seul établissement pour enfants du bassin géographique de Saint-Joseph. Très bien repéré, il constitue un pôle de services qui apporte une **réponse plurielle aux besoins de jeunes déficients intellectuels, moteurs et polyhandicapés**, quelle que soit la lourdeur de leur handicap, en observant une souplesse dans les agréments.

**En effet, depuis 2012 l'IMS Raphaël Babet met en œuvre les nouvelles orientations de son projet d'établissement**, en faisant un **espace décroisé au service des besoins des personnes accueillies**, prônant la mixité de jeunes ayant en commun des projets ou besoins proches plutôt que les dimensions administratives habituelles de référence (annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter). Ainsi, des groupes ont été constitués susceptibles d'accueillir aussi bien des jeunes déficients moteurs que des jeunes déficients intellectuels et polyhandicapés, du moment que l'âge et le projet concordent.

**Le SESSAD est pour sa part conforme à son affectation administrative.** Il a fait l'objet d'extensions successives pour arriver à 33 places aujourd'hui. Son taux d'activité au-delà du budgété témoigne de la réponse qu'il apporte à des besoins exprimés sur le territoire ; toutefois, il est à noter le nombre de jeunes inscrits sur liste d'attente (23 jeunes déficients intellectuels, 9 jeunes déficients moteurs à date d'évaluation) qui sont autant de besoins

sans réponse, faute de places. A noter que le service opère une gestion souple entre les places, du fait d'une disproportion entre les demandes de jeunes polyhandicapés (quasi-nulles) et celles des jeunes déficients moteurs et déficients intellectuels. Ainsi à date d'évaluation, aucun jeune polyhandicapé ne fait l'objet d'un accompagnement par l'équipe du SESSAD. Malgré cela, l'IMS entend conserver le caractère polyvalent du service.

**La localisation du SESSAD dans les locaux de l'IMS à Saint-Joseph comprend bon nombre d'atouts :** il permet de rayonner de Petite-Île à Saint-Philippe en occupant une position centrale. L'implantation légèrement à l'écart du centre-ville permet aux professionnels de ne pas souffrir trop des embouteillages. Il permet de plus au SESSAD de bénéficier du plateau technique de l'IMS (balnéothérapie, salle de psychomotricité...), ce qui est d'autant plus intéressant que certains jeunes sont accueillis au SESSAD faute de place en semi-internat (jeunes avec doubles notification, bénéficiant utilement d'activités en commun avec les jeunes semi-internes). En outre, on note que le SESSAD est très impliqué dans la vie institutionnelle de l'IMS (projet d'établissement commun, inclusion dans les différentes réunions et commissions etc...) ce qui permet une prise en compte de la dimension « domicile » dans les réflexions qui se mènent. On note également, dans la même logique, que le SESSAD est représenté au sein du CVS de l'IMS (un parent SESSAD assiste aux réunions).

**L'IMS et le SESSAD en particulier s'inscrivent dans dynamique d'adaptation et d'anticipation constante aux besoins.** L'IMS est inscrit dans un processus d'adaptation de son offre de service et de ses modes d'accompagnement. Quelques éléments illustrent cette dynamique :

- **La politique de transversalité et de décloisonnement mise en œuvre sur l'IMS depuis 2012** (et déjà anticipée auparavant) qui met au centre la personne, ses projets et ses besoins plus qu'une approche administrative, ainsi que la « réorganisation » en découlant, témoignent d'une bonne connaissance des jeunes et d'une très bonne capacité de réflexion, d'innovation et d'adaptation des équipes de l'IMS, même si le SESSAD est moins directement impacté.
- Du fait de besoins croissants, **l'IMS s'apprêtait à date d'évaluation à déposer un projet de « SESSAD TED »**. 7 places sont sollicitées, en réponse à une file active estimée entre 15 et 25 jeunes sur le territoire. Le projet a été travaillé avec le centre ressource (CRIA) et le CMPEA qui soutiennent le dossier. Notons qu'il s'agit d'un acte de candidature et non d'une réponse à appel à projet, correspondant à une extension limitée du nombre de places.
- **La politique de formation est très active et contribue à techniciser les professionnels.** A noter que de façon globale, l'établissement se veut un lieu d'expertise et un pôle ressource apte à proposer des solutions très adaptées aux besoins des jeunes et des familles du Sud Sauvage, où il est le seul opérateur. L'offre est ajustée en fonction des besoins. En particulier, au SESSAD, des formations spécifiques sur l'intervention à domicile ont été organisées, de même qu'une formation sur l'aménagement du domicile à destination de l'ergothérapeute par exemple. En vue de l'ouverture possible d'un « SESSAD TED », les formations sont actuellement dirigées sur l'autisme.

**Les ressources humaines sont globalement satisfaisantes, tant en termes de compétences que de qualification.** L'équipe dispose des profils métiers et des compétences et diplômes adaptés au regard des besoins de la population accompagnée : volet médical, volet éducatif, volet rééducatif, volet social. On observe un très bon niveau de qualification (uniquement des profils éducateurs spécialisés au sein de l'équipe éducative du SESSAD).

De plus, **l'équipe du SESSAD bénéficie des ressources administratives et logistiques de l'IMS :** la direction, le secrétariat (assistante administrative ressources humaines, agent administratif, secrétaire médicale, comptable), l'équipe d'ouvriers et de chauffeurs, l'équipe d'entretien des locaux. L'IMS recourt régulièrement à des contrats aidés, dans une logique de formation et d'accompagnement vers un dispositif qualifiant.

**Enfin, le SESSAD a tissé des partenariats efficaces,** en particulier avec l'Education nationale avec qui une convention cadre a été signée.

**Les ressources matérielles sont de qualité.** L'IMS, où se rendent pour des prises en charge certains jeunes du SESSAD, est daté de 2007. Il est accessible et bien entretenu alors que sa localisation proche de la mer le soumet à des conditions peu favorables (vent, embruns...). Les professionnels du SESSAD disposent de bureaux et d'une salle de réunion dédiée, chacun dispose d'un ordinateur et d'un téléphone. L'IMS dispose en outre d'une flotte de véhicules mutualisée, c'est-à-dire non dédiés par groupe ou service, ce qui peut poser des problèmes ponctuels de disponibilité ponctuelle malgré un système de réservation.

## 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>6</sup>

L'IMS Raphaël Babet a réalisé son évaluation interne entre fin 2011 et mi-2012 pour l'ensemble des établissements et services qui le composent (hors SAMSAH), de façon largement participative, avec un accompagnement par un cabinet de conseil spécialisé.

Un comité de pilotage (ci-après désigné COFIL) a été constitué pour piloter, suivre et garantir l'effectivité de la démarche, composé de représentants des différentes catégories professionnels, des IRP (CE, CHSCT), des familles et d'un membre du Conseil d'administration. Une première réunion de présentation de l'évaluation interne au COFIL a été réalisée en novembre 2011, puis une présentation générale à l'ensemble du personnel de l'IMS a été réalisée en janvier 2012.

Il a été fait le choix, au niveau de la Fondation Père Favron, d'utiliser le même référentiel Périclès (logiciel de l'ANCREAI), qui couvre bien l'ensemble des champs réglementaires et recommandés par l'ANESM. Toutefois, certains aménagements ont été faits par le cabinet conseil dans ce référentiel, afin d'approfondir davantage l'analyse des causes des problèmes posés

Des groupes pluridisciplinaires incluant les professionnels, les familles, les principaux partenaires (ARS, enseignants de l'éducation nationale) ainsi qu'un membre du Conseil d'Administration ont été constitués sur la base du volontariat, afin de se positionner sur le référentiel, sur les thématiques suivantes :

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

Une veille sur la composition des groupes a été assurée afin de garantir leur pluridisciplinarité. Au total, l'ensemble des professionnels a été impliqué.

La participation d'un grand nombre de familles est également à souligner (plus d'une trentaine, soit un tiers des parents – certains dans les groupes professionnels et les autres dans le cadre d'un groupe dédié), même si le rapport d'évaluation interne mentionne que « le manque d'habitude à participer, à réfléchir collectivement à un travail de cette ampleur, dans le mélange - salariés et familles - où chacun partage et échange ensemble sur les mêmes préoccupations mais avec des angles d'approche différents, a sans doute été parfois déstabilisant pour les familles plus habituées à parler de leur situation que d'aborder un point de vue partagé, le résultat de cette évaluation en est sans doute un peu teinté. »<sup>7</sup>

A l'issue des groupes de travail, une synthèse du matériel récolté a été effectuée par le cabinet conseil, avant présentation au COFIL pour élaboration des fiches actions (voir ci-dessous), validées in fine par la direction.

Notons qu'une enquête a été réalisée post évaluation par le cabinet conseil, afin de mesurer les points forts et points faibles de la démarche, ce qui constitue une pratique intéressante.

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

- Une démarche qui a suscité des débats intéressants, constructifs, même si parfois « animés » entre les professionnels ;
- Une démarche qui a permis de « libérer la parole » et de susciter un vif intérêt des professionnels pour les réflexions sur les pratiques ;
- Une démarche qui a permis d'asseoir la pratique de l'implication des familles dans les réflexions, qui était déjà existante mais plus « timide ».

En ce sens, l'évaluation interne a rempli l'essentiel de ses objectifs. **Une nuance a été également évoquée** : la démarche a été appréhendée avec sérieux mais s'est avérée longue et lourde, aboutissant à des fiches actions complexes à suivre et mettre en œuvre, ce qui a pu « décourager » les acteurs de l'établissement.

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

**Un rapport mettant en évidence la démarche**, la méthode (calendrier, moyens mobilisés...), les principaux résultats, les points forts et les difficultés rencontrées, ainsi que les des indicateurs de suivi (fréquence de participation des personnes, qualité des échanges, pertinence des propositions retenues dans le cadre des axes de progrès), a été produit. Le plan pluriannuel de progrès et les fiches actions viennent en annexe.

Les objectifs ont été obtenus selon une méthodologie de résolution de problèmes, déclinée comme suit :

Problème posé	Conséquences	Causes premières (invoqués)	Causes profondes (analysées)	Objectifs à atteindre		Actions concrètes à mettre en œuvre	Principales conditions de la mise en œuvre
		Causes racines		Objectifs stratégiques généraux	Objectifs opérationnels		

Ils ont ensuite été intégrés à un **plan d'action de progrès**, organisé en 5 axes :

- Axe 1 : le projet d'établissement et de service
- Axe 2 : les droits des usagers
- Axe 3 : les niveaux d'intervention
- Axe 4 : l'association des personnes
- Axe 5 : les domaines d'intervention

Chaque axe se décline ensuite de la façon suivante, ce qui aboutit à une trentaine de fiches actions :

Points traités	Objectifs stratégiques généraux	Objectifs opérationnels	Actions prioritaires	Fait	A faire
----------------	---------------------------------	-------------------------	----------------------	------	---------

Le planning prévisionnel et les pilotes d'actions sont également désignés.

Les résultats de l'évaluation et préconisations ont fait l'objet d'une présentation aux professionnels Ils ont également été présentés aux familles dans le cadre d'une autre réunion.

**Les outils déployés se veulent donc opérationnels et au service d'un questionnement évaluatif pérenne**, devant privilégier la production d'actions d'amélioration régulières.

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

**La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne est analysée par un COFIL dédié**, issu du COFIL ayant piloté la démarche d'évaluation interne partiellement renouvelé (du fait d'un arrêt long d'une part et d'un renouvellement des IRP d'autres part).

**Ce COFIL se réunit deux fois par an**. L'analyse des rapports, des notes et les entretiens sur site démontrent un bon niveau de mise en œuvre des actions. On peut citer par exemple (*liste non exhaustive*) :

- La mise en œuvre de réflexions autour du devenir des jeunes après l'IMS, s'étant traduite opérationnellement par l'ouverture du SAMSAH, le renforcement de la réflexion avec les partenaires du travail protégé ou non (organisation de stages...), les projets de création d'un FAO, l'ouverture de la villa etc.
- La mise en œuvre du concept de transversalité et de décloisonnement (*voir développements dans la partie 3.1 La stratégie du service*) ;
- Les réflexions autour du droit au répit ;
- La dynamique d'implication des familles dans la vie institutionnelle : élargissement des réunions de CVS aux familles non élues, organisations d'autres rencontres par ailleurs etc.
- L'uniformisation des pratiques et de la méthodologie autour des projets personnalisés.
- Etc

Toutefois, la nature des actions identifiées, complexes et pour certaines ne dépendant pas de la seule compétence de l'IMS mais plutôt d'autres intervenants (pouvoirs publics, Conseil d'administration etc.) a pu compliquer leur mise en œuvre et « décourager » certains acteurs internes (sentiment d'un manque de prise sur les actions identifiées). De même, la nature de ces actions, et le fait que les membres du COPIL ne se réunissent que deux fois par an sans disposer d'un temps de préparation en amont, les questionne sur leur « légitimité » à se prononcer sur la priorisation, l'ajournement ou l'abrogation de certaines actions. Enfin, il apparaît que les travaux menés par le COPIL, et plus globalement les suites de l'évaluation interne, sont assez mal identifiés par les autres professionnels et les familles, et que l'investissement dans la phase de diagnostic a pu quelque peu s'éroder dans la phase de suivi.

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

- Veiller à une plus grande opérationnalité et faisabilité des actions identifiées ;
- Identifier des indicateurs de suivi et de résultats, permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés ;
- Organiser une communication régulière sur les actions issues de la démarche d'évaluation interne ;
- Etendre le rôle du COPIL au-delà du pilotage des suites de l'évaluation interne, pour en faire un véritable « COPIL qualité » dont la mission serait de traiter de l'ensemble des thématiques afférentes à la démarche d'amélioration continue (étude des plaintes, analyse des événements indésirables, etc.). Ceci permettrait de donner corps au groupe COPIL au-delà et en dehors de l'évaluation interne.

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

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

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

**L'action du COPIL de suivi de l'évaluation interne est centrée autour du suivi du plan d'action de progrès.** Il sera également missionné sur le suivi de l'évaluation externe.

Par ailleurs, l'établissement a mis en place depuis plusieurs années, et dès avant l'évaluation interne, **un fonctionnement par « comités de pilotage » (COPIL) sur les différents projets qu'il entend mener.** C'est ce mode-là qui a été employé pour la réalisation du projet d'établissement par exemple. Le fonctionnement habituel des COPIL est le suivant :

- La thématique est généralement présentée lors des réunions institutionnelles animées par le directeur, qui ont lieu deux fois par an ;
- Les professionnels volontaires s'inscrivent sur le groupe, sachant qu'il y a une attention à impliquer a minima les personnes les plus concernées par le projet d'une part, et à assurer une bonne représentativité de l'ensemble de l'IMS d'autre part.

- Un pilote est désigné, la mission du COPIL est cadrée par une fiche projet.
- Les réunions s'organisent à une fréquence qui varie selon les thèmes. Ainsi, certains COPIL sont permanents (ex : le COPIL sur l'événementiel, celui en charge du suivi de l'évaluation interne) et d'autres ponctuels (ex : le COPIL sur le rôle du référent qui a abouti à l'élaboration d'une charte, le COPIL sur les travaux, sur la mise en place de la classe externalisées etc.).

**Ce fonctionnement participatif est intéressant** et présente la caractéristique de permettre aux professionnels, - ainsi qu'aux familles et aux jeunes dans certains cas - de s'impliquer dans les réflexions institutionnelles. La mission d'évaluation a d'ailleurs pu observer, à l'occasion de sa visite sur site et des différents entretiens menés, une très bonne qualité de réflexion au sein de l'IMS Raphaël Babet, ce qui témoigne d'une habitude des débats et du questionnement autour des pratiques et des besoins de la population accueillie.

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

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

- **Bien cibler les thématiques qui doivent être abordées collectivement** (c'est-à-dire en COPIL), et celles qui ne le nécessitent pas. En effet il peut s'avérer inefficace d'adopter une démarche participative dans plusieurs cas : par exemple quand le projet est très cadré/normé et ne laisse pas de place à la co-construction ; quand l'objet du COPIL est trop vaste et dépasse le champ d'action des membres du COPIL etc. ;
- Aussi, il apparaît utile bien définir, au sein d'un COPIL, à **quelles questions précises le groupe mobilisé doit réfléchir et apporter une réponse**, en posant le cadre de ce qui est défini/ posé et ce qu'il reste à définir/co-construire.

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

**La satisfaction des usagers est au cœur des préoccupations de l'IMS Raphaël Babet** et passe par plusieurs canaux (*liste non exhaustive*) :

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

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

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

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

Un cas ancien de plainte avait été traité par la direction, avec l'appui des cadres pour la recherche d'éléments de réponse à la demande exprimée. La réponse avait été apportée par oral, les familles étant pour certaines d'entre-elles peu lectrices.

Par ailleurs, le directeur conserve un classeur comprenant l'ensemble des éléments relatifs aux événements indésirables (*voir développements dans le § 3.6.1 La sécurité des lieux et des personnes - Le signalement, l'analyse et le traitement des risques à travers un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents*).

**La formalisation d'une procédure de gestion des plaintes et réclamations serait souhaitable** pour encadrer ces pratiques, en prévoyant une analyse consolidée des motifs d'insatisfaction venant alimenter la dynamique d'amélioration continue.

#### ▪ **La gestion documentaire**

**L'IMS dispose de pratiques bien établies et connues des professionnels** d'une part, et d'une base documentaire constituée de plusieurs catégories de documents d'autre part :

- Des notes de services, affichées, qui exposent la conduite à tenir dans plusieurs situations : cyclone, visites, présence de personnes étrangères à l'établissement, pandémie grippale, absence pour arrêt maladie etc ;
- Des « procédures » mentionnées dans le projet d'établissement : modalités d'admission, modalités d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement etc. ;
- Des procédures établies par le siège sur le recrutement et la gestion des ressources humaines ;
- Des protocoles de soins généraux et individualisés (voir développements dans la partie 3.4.2 L'accompagnement proposé).
- D'autres outils et documents : outil informatique de gestion des dossiers, charte du référent etc.

En dehors des notes de services (datées-signées-affichées), les autres documents sont sur des supports hétérogènes. **Aussi, il serait utile, compte-tenu de la taille de la structure, de mener un travail sur la gestion documentaire** en :

- Définissant bien la terminologie employée au regard des « standards » qualité (définition de ce qu'est un processus, une procédure, un protocole, une charte etc.) ;
- Définissant le circuit documentaire : élaboration, validation, diffusion révision, archivage des documents ;
- Complétant certaines procédures manquantes (dossier de l'utilisateur, fin d'accompagnement etc.).

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

**Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement.**

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet individualisé etc.). Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

### 3.3. Le parcours de l'utilisateur

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

##### ▪ **Accueil physique et téléphonique**

**L'accueil physique et téléphonique est assuré par un agent administratif à mi-temps et une secrétaire à temps plein (exerçant à mi-temps les fonctions de secrétaire médicale) pour l'ensemble de l'IMS.** Il se fait du lundi au vendredi, de 7h30 à 16h. La présence d'autres professionnels administratifs jusqu'à 17h permet une réponse jusqu'à cette heure.

**L'accueil physique se fait sur le site unique de l'IMS,** qui regroupe tous les établissements et services (CEAP, IME, IEM, SESSAD). L'espace d'accueil est adapté :

- Il constitue le premier espace par lequel se fait l'entrée. En cela, il est parfaitement repérable et accessible ;
- Des bancs sont disposés dans une zone d'attente ;

- Le secrétariat est directement ouvert sur la zone d'attente et les espaces administratifs et de direction sont localisés à l'entrée de l'IMS. Cela permet la présence physique du personnel amené à accueillir et recevoir les visiteurs.

**Le premier niveau de réponse et d'information est de qualité.** Les professionnels d'accueil peuvent donner des informations relatives à l'admission (liste d'attente, places disponibles, etc.) et orienter vers les personnes compétentes.

**L'accueil téléphonique est efficace et pertinent.** L'amplitude de réponse est satisfaisante et en adéquation avec le rythme des familles et partenaires et avec l'accompagnement en semi-internat réalisé par l'IMS. En cas d'absence des professionnels d'accueil, un répondeur prend le relais. Des astreintes téléphoniques sont prévues et le répondeur prévient l'interlocuteur de la personne qui est d'astreinte.

#### ■ Processus d'admission

A la date de l'évaluation, il n'existe pas de procédure qui formalise la démarche d'admission. **Toutefois, le projet de l'IMS détaille le processus et ses spécificités au SESSAD.** Une liste d'attente propre au SESSAD est tenue. Le temps d'obtention d'une place est estimé à 2-3 ans.

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

- La chef de service, qui reçoit les parents et le jeune lors d'un premier entretien pour faire visiter l'IMS et expliquer le fonctionnement. Sont également organisées à cette étape des rencontres avec la psychologue et l'équipe du SESSAD, parmi laquelle un référent est désigné ;
- Le médecin, qui réalise systématiquement une consultation avec le jeune, en présence de sa famille ;
- Le Directeur, qui se prononce sur l'admission lors de la réunion de direction hebdomadaire sur la base des éléments et avis colligés par la chef de service.

**Les partenaires sont systématiquement rencontrés par la chef de service lorsque l'enfant bénéficiait d'un suivi antérieur (CAMSP, CMPP).** Cette rencontre permet d'échanger les informations sur la situation du jeune, ses difficultés et ses compétences. Elle fait le lien entre les différentes prises en charge. De même dans le cas d'une famille ou d'un jeune suivi par le GUT, les contacts et les échanges se font régulièrement. Le référent GUT est invité aux réunions de projet et un représentant de l'établissement participe aux réunions organisées par le service.

**La liste d'attente est établie en fonction des arrivées des notifications à l'établissement,** et les familles sont contactées au fur et à mesure des places disponibles. Il est à noter qu'il n'y a plus d'enfant sur la liste d'attente du SESSAD CEAP. En compensation et après information de l'ARS, l'IMS accueille des jeunes des listes d'attente des SESSAD IME et IEM car ces listes d'attentes sont importantes et ont du mal à se résorber.

**Le consentement de l'utilisateur et/ou de son représentant légal est systématiquement recherché.** L'entretien mené avec les usagers a montré que ce fonctionnement était effectif ; en outre, l'analyse d'un panel de 10 dossiers d'usagers a montré que tous les contrats de séjour étaient signés. La mission attire toutefois l'attention sur le fait moins de la moitié des contrats de séjours examinés lors de l'analyse documentaire n'étaient pas tous été signés dans le mois suivant l'admission.

**Les documents légaux sont remis et explicités au cours du processus d'admission** (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte). Un temps d'explicitation orale avec les familles est prévu. Toutefois, ces documents n'ont pas été adaptés à la compréhension des usagers (cf. 3.5. *L'effectivité des droits*) et l'entretien mené avec les usagers a montré que la charte et le livret d'accueil n'étaient pas identifiés par les usagers. Seul le règlement de fonctionnement et les règles de vie à l'IMS l'étaient.

**Le processus d'admission est donc pertinent,** impliquant directement ou indirectement un grand nombre de professionnels, et conforme aux recommandations. Il permet de valider l'adéquation des besoins et attentes du jeune et de sa famille avec le projet de l'établissement (prenant en compte toutefois la limitation de l'offre d'établissement dans le Sud Sauvage et la présence obligatoire de la notification MDPH).

#### ■ L'attention portée à l'accueil du nouvel usager et son suivi

**L'entrée des jeunes est préparée :**

- Les professionnels du SESSAD sont systématiquement informés de l'admission d'un nouvel usager et peuvent être consultés ;
- Un référent est nommé pour chaque usager afin d'en faciliter l'entrée ;
- L'organisation d'une visite et de temps d'inclusion progressifs lorsque la réorientation se fait en interne permet la prise de repère.

**Quelques axes de progrès peuvent être proposés :**

- La formalisation de la procédure d'admission ;
- La formalisation de la procédure d'accueil.

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

▪ **L'effectivité des projets individualisés**

La démarche de projets individualisés est effective de longue date sur l'ensemble de l'IMS et constitue un vrai point fort de l'institution.

Chaque usager dispose d'un projet individualisé élaboré et formalisé sur un format type, commun à tous les établissements et services de l'IMS. Cette homogénéisation a fait suite à l'évaluation interne.

L'examen d'un échantillon de 10 dossiers a montré que la plupart des projets avaient été réalisés au-delà des 6 mois suivant l'admission. Toutefois, ce constat doit être mis en perspective avec le fait que la plupart des usagers sont arrivés à l'IMS à son ouverture ou peu après, à un moment où la démarche projet était en train de se mettre en œuvre. Les projets les plus récents ont bien été réalisés dans les 6 mois suivant l'admission.

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

*\*NB : il s'agit de chiffres annoncés par la Direction et vérifiés sur site lors de l'examen d'un échantillon de 10 dossiers. A noter que la réactualisation des projets les plus anciens se faisait tous les 18 mois. Les projets récents donnaient une réactualisation annuelle.*

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

La démarche a été structurée et répond aux attendus légaux, réglementaires ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm.

**L'élaboration du projet est structurée.** Elle est portée par le référent du jeune, qui coordonne les apports des différents professionnels et veille à la récupération des éléments d'analyse nécessaires à l'écriture du projet. Comme précisé ci-avant, la démarche de formalisation des projets individualisés a été revue suite à l'évaluation interne afin d'homogénéiser le format des PI et les pratiques des professionnels : une trame a été revue et élaborée avec l'IREPS à cette occasion.

**La démarche permet une véritable co-construction avec l'utilisateur :**

- Un temps de recueil des attentes des usagers est prévu. Ces dernières sont rapportées par le référent de l'utilisateur lors de la réunion pluridisciplinaire de projet ;
- Le recueil des attentes du jeune comme de sa famille/ de son représentant légal est formalisé dans le projet ;
- Un temps de présentation et d'échange est prévu avec l'utilisateur et sa famille/ représentant légal est prévu dans le cadre d'un temps de contractualisation. Le projet est revu au regard des éléments échangés avec la famille ;

- Le projet est systématiquement signé par la famille et éventuellement l'utilisateur.

**L'élaboration du projet donne lieu à un processus d'élaboration pluridisciplinaire** qui fait intervenir tous les professionnels intervenant autour du jeune (éducatif, pédagogique, thérapeutique, médical etc.). Le référent récupère les informations nécessaires à l'élaboration d'un premier projet individualisé qui est discuté en réunion transversale, entre professionnels. Il est à noter l'effort de l'équipe du SESSAD de collaborer avec les partenaires qui interviennent autour du jeune lors de la formalisation du projet : le GUT ou les rééducateurs libéraux sont ainsi invités aux réunions de projet. Dans le cas contraire, ils peuvent formaliser des bilans. Il est également à noter la présence lors de cette réunion de tous les professionnels du SESSAD, même ne prenant pas en charge le jeune concerné, ce qui permet un large croisement de regards sur les situations.

#### Observations de différents temps de réunion PI

**L'observation de plusieurs temps de réunion de PI a montré la grande efficacité et pertinence de leur organisation.**

Les échanges sont de qualité : les interactions se font de manière fluide ; la réunion est cadrée par le chef de service qui l'anime et la structure. Les éléments évoqués sont exhaustifs et la première partie de la réunion permet de revenir sur l'histoire familiale et l'historique institutionnel du jeune.

L'observation de la réunion montre que la pluridisciplinarité est effective : les professionnels de différentes fonctions sont présents et partagent, tour à tour, le bilan du jeune sur l'accompagnement (éducatif, rééducatif, médical etc.) qui le concerne, s'appuyant sur son dossier et ses notes personnelles. Les professionnels rebondissent entre eux de façon pertinente, se posant mutuellement en personnes ressources.

Le rôle du référent est tout à fait effectif et repérable.

**Au global, la mission d'évaluation souligne la très bonne coordination des professionnels autour des PI.** Une seule limite est à noter concernant cette démarche : il n'existe pas de procédure détaillant les modalités d'élaboration des PI, alors même que le processus est structuré.

#### ■ Le contenu du projet individualisé

**L'examen de la trame de projet individualisé puis de 10 PI sur l'ensemble de l'IMS a permis à la mission d'évaluation que son format présentait plusieurs atouts :**

- Le projet inclut l'ensemble des dimensions de l'accompagnement (éducatif, médical, soignant, rééducatif, pédagogique) et formalise les échanges pluridisciplinaires de la réunion de PI ;
- Le contenu des projets est homogène d'un projet à l'autre : la trame est commune et les écrits se font sur le même modèle ;
- Le projet détaille systématiquement, sous forme de tableau, les besoins repérés de l'utilisateur, les actions et méthodes d'intervention ainsi que les intervenants et la fréquence pour y répondre ;
- Le projet est systématiquement mis à l'avenant du contrat de séjour sous une forme synthétique récapitulant les objectifs du projet individuel.

**La mission d'évaluation note que le contenu du PI est particulièrement pertinent.** Une remarque : il n'existe pas de synthèse du projet individualisé qui récapitule de façon concise les grands objectifs par type d'accompagnement.

#### ■ Suivi et évaluation du projet individualisé

Si les premiers projets réalisés étaient révisés à une fréquence moyenne de 18 mois (avant 2008 établissement ouvert en août 2007), sur les dernières années précédant l'évaluation, le projet individualisé était revu chaque année, conformément à l'obligation légale.

**Le suivi est organisé grâce à un planning tenu par le chef de service :** cette dernière organise à chaque rentrée, le planning des réunions de projets de l'année. Un projet peut également être révisé infra-annuellement lorsque la situation d'un jeune le nécessite particulièrement.

**Les objectifs posés dans chaque projet individualisé sont revus d'une année sur l'autre** : chaque PI est précédé de l'évaluation du précédent projet sur une trame d'évaluation type détaillant les besoins, les actions réalisées, intervenants et fréquences ainsi que l'évaluation qualitative de ces éléments.

**La mission d'évaluation juge ce suivi et cette évaluation pertinents.** Elle souligne le sérieux et la régularité avec lesquels sont suivis les projets. Ce dernier pourrait encore être affiné par la désignation, pour chaque objectif projet et action lui correspondant, d'indicateurs de suivi et/ou de résultat.

### 3.3.3. La fin d'accompagnement : les orientations

#### ■ Préparation et organisation des orientations

**Au SESSAD, la plupart des orientations concernent des sorties en milieu ordinaire.** L'IMS souffre du manque de places d'aval dans le sud de l'île. Les orientations posent en particulier des problèmes lorsque les jeunes sortent d'ULIS (collège) : rien de spécifique n'existe pour eux et la sortie de l'ULIS constitue, pour beaucoup, la fin de leur parcours. Un ULIS Pro à Saint-Joseph a ouvert peu avant l'évaluation externe mais ne convient pas nécessairement aux besoins des jeunes.

**Les orientations sont préparées en amont.** Elles sont anticipées et travaillées avec l'utilisateur et son représentant légal dans le cadre de la préparation du projet individualisé. Les équipes sont vigilantes à formuler tôt des observations à la chef de service, la psychologue, ou à les rapporter en réunion d'équipe pour anticiper la fin de prise en charge.

**Si la situation se présente, le SESSAD aide à la recherche de nouveaux lieux et aux démarches administratives** : le référent ou l'assistante sociale peuvent accompagner aux visites sur de nouveaux lieux de vie et aider aux démarches administratives liées à cette réorientation

Le dossier est récupéré par l'utilisateur et sa famille pour transmission à la nouvelle structure d'accueil ou d'accompagnement. Les notes personnelles de l'assistante sociale ne sont pas transmises quand il s'agit de départ vers l'extérieur. En interne, en revanche, les équipes se coordonnent entre elles pour faciliter le passage du SESSAD à un autre établissement de l'IMS.

#### ■ L'accompagnement post sortie

**En tant que structure d'accompagnement d'enfants et adolescents handicapés, l'IMS assure un service de suite, conformément à son obligation légale.** Ce service suit pendant trois ans les usagers sortis de son dispositif.

Le service est pris en charge par l'assistante sociale du site depuis 2011. Aujourd'hui, environ 23 jeunes sont suivis.

Toutefois, les familles sollicitent peu l'IMS et ce dernier travaille surtout à ce que son intervention en tant que service de suite soit perçue comme un soutien et non comme une intrusion. Quand les jeunes du SESSAD sont accompagnés par un autre établissement ou service médico-social qui dispose en interne des services d'une assistante sociale, l'IMS veille à ne pas réaliser de doublons.

## 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

### 3.4.1. Qualité du cadre de vie

#### ■ Les locaux

**Le site de l'IMS, dans lequel sont implantés les locaux du SESSAD, est de qualité. Il est agréable et accueillant, tant dans ses espaces extérieurs (présence de petits jardins et de verdure) que dans ses salles et bureaux.**

Les locaux sont globalement adaptés et accessibles. L'IMS dispose de plusieurs équipements liés à l'accompagnement : salle de kinésithérapie, balnéothérapie, ateliers pour l'IMPro, etc. La réunion, sur un même site, de différentes offres (éducatives, thérapeutiques, pédagogiques) est riche et permet leur mutualisation, au bénéfice de tous.

Toutefois, ces espaces présentent plusieurs inconvénients :

- Les locaux ont été construits en méconnaissant certains des besoins des populations accueillies et des professionnels du site (absence de grande salle de réunion par exemple) ;

- Ils sont exigus : les locaux comprennent beaucoup de petites pièces et les couloirs ne permettent pas le passage simultané de deux fauteuils roulants.

Des travaux d'agrandissements étaient en cours en date d'évaluation. De plus, la désinstitutionnalisation à l'œuvre actuellement (dispositifs délocalisés, redéploiement des offres en services, etc.) permettra de réduire cet écueil

#### ■ L'entretien des locaux

**L'entretien des locaux est pour partie sous-traité à un ESAT, et pour partie assuré un agent de service polyvalent.**

**La visite de l'établissement a permis de conclure à la qualité de l'entretien des locaux**, en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité :

- Les produits nettoyants sont stockés dans un placard fermant à clé ;
- L'agent polyvalent a été formé au bio-nettoyage et dispose des équipements nécessaires à la réalisation de ce dernier ;
- Les fiches-produits sont disponibles.

**Toutefois, la mission d'évaluation attire l'attention sur un élément** : les ressources humaines mobilisées pour le nettoyage (cette tâche est réalisée par un seul agent polyvalent, mobilisé sur d'autres tâches en parallèle – lingerie et restauration) semble insuffisantes à la charge de travail que la mission implique : si l'ESAT intervient, il ne nettoie pas tout et il incombe à l'agent polyvalent de nettoyer les salles de restauration, la salle du personnel et du comité d'entreprise, de repasser derrière l'ESAT pour les toilettes et d'organiser les réunions de famille le samedi matin 3 fois par an.

### 3.4.2. L'accompagnement proposé

**L'accompagnement au SESSAD est structuré.** Comme les autres établissements de l'IMS, le SESSAD est encadré par une chef de service travaillant en binôme avec une psychologue désignée. Elles encadrent l'équipe, organisent les plannings d'intervention et animent les réunions d'équipe (cf. partie 3.2.3. *La coordination de l'accompagnement*). Chaque jeune dispose d'un planning établi en réunion de PI et par ailleurs si nécessaire, de même que les professionnels.

#### ■ L'accompagnement socio-éducatif

**L'accompagnement socio-éducatif au SESSAD est assuré par une équipe composée de trois éducateurs spécialisés.** Il est tourné vers l'intégration au milieu ordinaire en favorisant la prise d'autonomie des usagers.

Les professionnels ES ne sont pas spécialisés par « déficience » et peuvent prendre en charge des jeunes du SESSAD IEM comme IME (pas de jeunes SESSAD CEAP à date d'évaluation).

**L'accompagnement socio-éducatif n'est pas formaté mais ajusté au plus près des besoins de chaque jeune, formalisés dans son PI, articulant prises en charge individuelles et collectives, à l'IMS (minoritairement) et sur les lieux de vie (domicile, lieu de scolarisation, milieu associatif...).**

En tant que référent, les éducateurs spécialisés ont un rôle de **coordination dans la mise en œuvre du PI**, dont ils sont garants.

**L'accompagnement socio-éducatif s'adresse également aux familles** : action de soutien à la parentalité, travail sur les dynamiques familiales, en lien étroit avec la psychologue (*voir ci-dessous*).

**Les prises en charges collectives** se réalisent en fonction de besoins communs, souvent en binôme professionnel (éducateur-psychomotricienne, éducateur psychologue etc.) sur la base de décisions prises en réunion d'équipe, et le plus souvent dans les locaux de l'IMS (cuisine thérapeutique, psychomotricité, informatique, etc.).

**L'accompagnement est correctement formalisé et structuré par des outils** : les activités font l'objet de fiches projets, détaillant les objectifs de celles-ci et de grilles ou trames de recueil de données (distinguées par profil DI, DM, TED, polyhandicap). Pour chaque prise en charge collective, des objectifs personnalisés viennent préciser les objectifs généraux.

Au global, la mission souligne la qualité de l'accompagnement socio-éducatif et l'efficacité de ce fonctionnement.  
**Elle formule toutefois quelques points d'attention :**

- Le SESSAD ne dispose pas de projet de service spécifique, décliné sur la base du projet de l'IMS, ce qu'il serait intéressant de mettre développer au titre d'un fonctionnement spécifique à domicile ;
- La contrepartie des atouts qu'implique l'implantation au sein de l'IMS (en termes de mutualisation des fonctions supports, ressources, équipement...) est que le SESSAD n'est pas implanté en cœur de ville, ce qui l'éloigne quelque peu de sa mission en tant que service d'accompagnement à domicile, en ce sens que les jeunes et à fortiori les parents sont amenés ponctuellement à venir à l'IMS qui est un établissement spécialisé identifié comme tel.

#### ■ **L'accompagnement thérapeutique et psychologique**

**Le SESSAD dispose d'un médecin dédié, budgété à 0,20 ETP, et d'une infirmière (dédiée au SAMSAH mais elle consacre une journée par semaine au SESSAD).** Cette structuration par « référence » apparaît pertinente en ce qu'elle permet d'identifier un interlocuteur par service.

##### Le suivi médical

**Le médecin référent du SESSAD assure la surveillance générale des jeunes.** Il n'est pas le médecin prescripteur des enfants, qui conservent leur médecin traitant. Toutefois, il voit chaque jeune en consultation médicale au moins une fois par an et réalise les prescriptions de rééducation. Opérationnellement, ces consultations se tiennent à l'infirmerie de l'IMS. L'IDE et la secrétaire médicale interviennent en appui sur la préparation de la consultation.

**Le médecin référent est impliqué dans le processus d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement :** il participe aux échanges pluridisciplinaires impliquant tous les professionnels du service et les partenaires (orthophonistes, enseignant, kinésithérapeute...) conduisant au projet, qui peuvent conduire à des prescriptions médicales.

En revanche son temps de présence ne lui permet pas d'assister à une réunion se tenant chaque mardi sur les aspects « santé » réunissant l'IDE et les équipes.

##### Le suivi infirmier

**Le SESSAD dispose d'une infirmière dédiée,** par ailleurs mobilisée sur le SAMSAH pour un total de 0,5 ETP (0,10 ETP environ passé sur le SESSAD).

**Son rôle est un rôle de coordination :** faire le lien entre l'équipe et le médecin, centraliser les éléments d'ordre médicaux, assurer la tenue des dossiers, coordonner les prises en charges rééducatives etc.

Le repérage récent de ce temps au SESSAD a pour conséquence une organisation en cours de structuration, qui peut néanmoins prendre appui sur l'expérience et les outils mis à en place à l'IMS.

Quelques enjeux, communs pour tout l'IMS, sont repérés au titre des soins :

- Le temps d'intervention du médecin psychiatre (0,10 ETP) est limité au regard des besoins de suivi des jeunes (0,20 ETP sont disponibles. Un travail de recensement des besoins est en cours avec l'ARS pour permettre l'embauche par le secteur hospitalier de psychiatres mis sous forme de convention à disposition des établissements. En parallèle l'IMS recherche activement un médecin psychiatre plusieurs échanges sont en cours avec un médecin actuellement résident en Belgique qui souhaiterait à terme s'installer à la Réunion) ;
- Le partenariat avec le secteur psychiatrique est encore un peu moins structuré qu'avec les autres secteurs, même si des initiatives sont lancées (avec le CMPEA notamment) ;
- Temporairement du fait des travaux, la taille de l'infirmerie est limitée au regard du nombre d'intervenants. Ainsi le jeudi, deux consultations médicales peuvent se tenir en même temps alors qu'il n'existe qu'un seul bureau équipé lui-même exigü, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes du CEAP dont le fauteuil roulant est imposant. De même, l'insonorisation des locaux de consultation n'est pas parfaite. Enfin, l'infirmerie ne dispose pas d'une vraie paillasse adaptée. Ces problématiques trouveront une réponse dans les travaux en cours, qui devront conduire à un meilleur agencement de l'infirmerie et sur lesquels les médecins ont été consultés ;

- L'informatisation complète du dossier, incluant les transmissions et autres éléments de traçabilité (aide à la prise des médicaments, poids...) serait un plus compte-tenu de l'éclatement du site. (cf. développements ci-dessous) ;
- Le développement de la prévention constitue un axe à renforcer, même si des initiatives ponctuelles ont été prises (travaux avec la PMI sur la vie sexuelle et affective, atelier en 2008 sur l'alimentation et la prévention de l'obésité, interventions ponctuelles de l'IDE lors de groupes de parole sur des thèmes spécifiques, actions de prévention et de promotion de la santé individuelles en fonction des problématiques spécifiques des jeunes, projet autour des soins dentaires etc.).

Par ailleurs, le temps dédié au SESSAD peut apparaître limité au regard du nombre de situation et d'une structuration à mettre en place.

#### La prise en charge rééducative

**L'équipe rééducative du SESSAD est composée d'une psychomotricienne à temps plein dont 0,05% sont dédiés au CEAP et d'une ergothérapeute à temps plein.** Des orthophonistes et kinésithérapeutes libéraux peuvent également intervenir selon le besoin de chaque jeune.

**Les rééducations sont prescrites par le médecin.** Elles peuvent être discutées dans le cadre de la réunion de projet individualisé et/ou dans le cadre des réunions.

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

- Les séances sont réalisées en individuel ou en groupe ;
- Les prises en charges sont fréquemment co-animées en binôme professionnel : avec les éducateurs ou un autre professionnel rééducatif ;
- Les prises en charge peuvent s'effectuer à l'IMS ou sur le lieu de vie. Notamment les équipements de l'IMS peuvent être utilisés : salle de kinésithérapie, balnéothérapie, salle de psychomotricité etc.

**Le nombre de séances par semaine est ajusté en fonction de la spécialité et des besoins de chaque jeune**, qui dispose d'un planning individualisé de prise en charge. L'ergothérapeute en particulier peut accompagner les jeunes au CRRF et/ou chez le podologue, comme les autres professionnels éducatifs et rééducatifs peuvent accompagner à des rendez-vous médicaux.

**Les ateliers font l'objet de projets écrits**, et chaque séance est suivie d'une évaluation qui vient alimenter le dossier du jeune, en vue de la réalisation des bilans.

**Les rééducateurs sont très bien intégrés et le projet de rééducation est bien pris en compte comme une dimension fondamentale de l'accompagnement.** Ces professionnels participent à l'élaboration et à la réactualisation des projets individualisés (écrits de bilan préparés par chaque professionnel en amont, participation à la réunion pluridisciplinaires etc.).

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

- Un plateau technique diversifié et adapté aux besoins des jeunes, des moyens humains satisfaisants ;
- Un équipement matériel intéressant à l'IMS dont peuvent bénéficier les jeunes du SESSAD : balnéothérapie, salle de kinésithérapie etc.
- La diversité des supports et modalités d'accompagnement (individuel, petit groupe, atelier...) ;
- Le travail réalisé en équipe (co-animation, binôme avec éducateurs, entre rééducateurs...) ;
- Une bonne structuration (planning des jeunes réalisés en début d'année) et coordination des interventions via des réunions pluridisciplinaires entre professionnels médicaux, rééducatifs et éducatifs.

#### L'accompagnement psychologique

**L'accompagnement psychologique est réalisé par une psychologue dédiée au SESSAD et Gecko** Elle intervient en binôme d'une chef de service qu'elle accompagne sur l'encadrement. La psychologue intervient auprès des usagers eux-mêmes, des familles et des professionnels.

Après des jeunes, la psychologue réalise des suivis individuels, selon l'approche systémique. Ces derniers se font à la demande des jeunes, des parents ou des équipes. La psychologue anime également, avec la psychologue et les usagers de l'unité d'enseignement de l'IMS, des groupes de parole pour les jeunes adolescents du SESSAD : en fonction des âges, ces groupes peuvent traiter de l'amour et de la sexualité ; du handicap ; de l'orientation ; de la scolarité, etc.

Après des familles, la psychologue travaille la place des parents et peut les accompagner, si nécessaire, vers une thérapie plus spécifique à l'extérieur du service.

Après des équipes, le travail est davantage individuel : la psychologue aide la mise en place des outils éducatifs avec chaque professionnel.

Il est à noter que la psychologue actuelle est arrivée récemment : l'accompagnement est encore en cours de structuration.

#### ▪ **L'accompagnement social**

**Une assistante sociale intervient au service des usagers et des familles de l'ensemble de l'IMS.** 20% de son temps est dédié au SESSAD mais l'accompagnement social au SESSAD étant très important, il est souvent géré en direct par l'équipe éducative. L'assistante sociale se pose en ressource.

**L'assistante sociale a pour mission d'assurer l'accompagnement social et le service de suite de l'IMS** (cf. § 3.1.3). Sur ce premier volet, elle accompagne les usagers dans les démarches administratives d'ouverture et de renouvellement des droits. Elle vient en appui des professionnels éducatifs dans les réorientations et orientations des usagers.

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

**Enfin, elle intervient sur l'accompagnement à l'autonomie** en aidant les jeunes adultes à mieux comprendre le fonctionnement et les moyens d'obtenir l'allocation adultes handicapés (AAH). Toutefois, elle n'organise pas de temps d'activité spécifiques sur les droits des usagers (explicitation de la charte, des droits civiques, visite de CAF, etc.) ce qu'il pourrait être intéressant de développer.

### **3.4.3. La coordination de l'accompagnement**

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

##### Les réunions

**La coordination des équipes se fait sur trois temps de réunion hebdomadaires :**

- La réunion conduisant à la réalisation des projets individualisés, toute l'équipe étant présente ;
- Une réunion de fonctionnement et d'organisation, groupe de réflexion sur la pratique (GRP). Elles sont organisées sur un roulement de 6 semaines qui correspondent aux écarts entre les vacances scolaires. Deux fois sur six, les réunions permettent de préparer les vacances et les activités ; deux autres fois, elles servent à préparer la réunion familles ; les deux réunions restantes permettent d'évoquer la théorie de l'accompagnement.
- Enfin, une réunion de suivi médical est organisée toutes les semaines entre l'infirmière et les professionnels éducatifs. L'infirmière fait ensuite le relais avec le médecin qui n'est pas présent. Ensuite, elle quitte cette réunion qui se poursuit sur d'autres aspects de l'accompagnement.

**Chacune de ces réunions fait l'objet d'un compte-rendu consigné dans le dossier commun (partage informatique SESSAD).** Il est consultable par chacun.

##### Les transmissions

A l'intérieur de l'équipe, en plus des réunions et de leurs comptes rendus, le journal de bord permet de partager et transmettre les informations entre les différents membres de l'équipe. Les transmissions avec la famille sont réalisées par oral par l'éducateur ou le rééducateur.

## La coordination avec les partenaires

**Compte-tenu des spécificités du SESSAD, la mission note la volonté de se coordonner avec les partenaires des usagers.**

**La mise en cohérence du PI avec le PPS est effective.** La coordination avec l'Education nationale est efficace : les deux enseignants référents intervenant au SESSAD le font de manière optimale : ces derniers sont les premiers interlocuteurs de la MDPH pour le projet personnalisé de scolarité (PPS) et le suivi de l'enfant ; ils sont à l'initiative des réunions d'équipes de suivi de scolarisation (ESS) et participent pleinement de la concertation SESSAD/ Education nationale sur l'accompagnement du jeune. En outre, les auxiliaires de vie scolaire individuels (AVSI) sont systématiquement invitées aux réunions de PI.

**Plus largement, il est à noter que tous les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement des jeunes (GUT, rééducateurs libéraux), sont systématiquement invités aux réunions de PI.** Dans l'impossibilité de s'y rendre, ils réalisent des bilans qui alimenteront le projet.

**En définitive, les temps de coordination d'équipe et la circulation de l'information sont satisfaisants.** La mission note toutefois que les ordres du jour des réunions ne sont pas communiqués en amont des réunions, et une réunion de fonctionnement et d'organisation parfois un peu confuse (temps important consacré à des sujets logistiques, comme l'organisation des véhicules par exemple, au détriment d'autres sujets).

### ■ Le dossier de l'utilisateur

L'établissement a structuré un modèle de dossier unique pour l'ensemble de l'IMS. Ces dossiers sont conservés de façon sécurisée, **dans le bureau administratif, dans une armoire fermant à clé.**

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

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

Au global, la mission d'évaluation estime que la structuration des dossiers est très satisfaisante. La mission d'évaluation attire toutefois l'attention de l'établissement sur certains éléments :

- La présence isolée de certaines notes personnelles ;
- Un style rédactionnel ponctuellement inadéquat (constats subjectifs, vocabulaire inapproprié) et la présence de propos rapportés des parents qui déprécient l'enfant ;
- La présence d'éléments thérapeutiques très détaillés et s'apparentant à des projets de soin (énumération des types de consultation dans les PI, présence ponctuelle de dossiers rééducatifs, orthophoniques ou psychologiques). En outre, si les dossiers médicaux proprement dits sont séparés du dossier unique et conservés à l'infirmerie, l'accès y est libre par l'intermédiaire de l'infirmière. Il arrive régulièrement que des professionnels non-habilités prennent connaissance d'éléments médicaux concernant les usagers, alors que le secret partagé n'est pas réglementé dans le champ du médico-social (cf. 3.5.2. *Les modalités concrètes d'exercice des droits*).

Compte-tenu de l'organisation de l'IMS, **une réflexion sur l'informatisation complète du dossier pourrait être menée.** La Fondation Père Favron est engagée dans un projet régional de recherche d'un outil de gestion du dossier de l'utilisateur. Lancé une première fois fin 2013 et déclaré sans suite en mai 2014 (les propositions n'étant pas satisfaisantes), l'appel d'offres sera relancé d'ici la fin 2014 et devrait aboutir en juin 2015

### 3.5. L'effectivité des droits des usagers

#### 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

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

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

- Le livret d'accueil existe ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée à l'accueil de l'IMS;
- Le contrat de séjour existe et son contenu est tramé. Il est signé par tous les représentants légaux des usagers accueillis ;
- Le règlement de fonctionnement existe et est systématiquement remis aux familles à l'admission du jeune ;
- Le n° 119 est évoqué dans le livret d'accueil ;
- La personne qualifiée est évoquée dans le livret d'accueil.

**L'examen du contenu de ces outils montre que ces derniers ont été réalisés dans le respect des obligations légales et règlementaires ainsi que des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm.**

**Ces éléments sont donc satisfaisants. Toutefois, la mission d'évaluation note que leur effectivité pourrait être accrue :**

- Si la charte est affichée à l'entrée de l'IMS, elle n'était pas connue des familles rencontrées par la mission d'évaluation. Elle n'est pas non plus annexée au livret d'accueil des usagers. Si l'affichage de la charte n'est pas une obligation légale en soi, l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionné à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que diverses dispositions relatives aux droits des usagers soient affichées dans les établissements ou les services sociaux et médico-sociaux<sup>8</sup> ;
- Le règlement de fonctionnement n'est pas distribué aux professionnels nouvellement recrutés et n'est pas affiché dans les locaux ;
- L'examen des 10 contrats de séjour a montré qu'un peu plus de la moitié de ces contrats était signée plus d'un mois après l'admission de l'utilisateur, contrairement aux obligations légales et règlementaires. La mission note que ce retard peut être lié à la volonté de l'établissement de laisser le temps aux familles de lire ce document avant de le signer.
- Surtout, si le livret d'accueil a été quelque peu adapté à la compréhension des usagers (style simple et présentation allégée, pictogrammes), ce n'est pas le cas de l'ensemble des outils de la loi 2002-2 et en particulier du règlement de fonctionnement.

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

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

**Le SESSAD n'est pas soumis à l'obligation d'un CVS mais est de fait représenté, par un parent, dans celui de l'IMS, qui fonctionne en conformité avec son cadre légal.**

- Il est composé à plus de 50% de représentants des usagers et des familles : dans la mesure du possible, deux représentants usagers et familles sont nommés par groupe (IME, IEM, etc). Les réunions de CVS peuvent être ouvertes aux parents non élus, volontaires pour y participer.
- Se réunissant 2 à 3 fois par an, le CVS est présidé par la mère d'une jeune.

- L'ordre du jour est réalisé par le Directeur et ménage un temps de participation des jeunes et des familles, lesquelles évoquent alors les questions remontées par ces derniers. Les familles se retrouvent le samedi matin précédent le CVS pour recenser leurs questions.

**Les entretiens menés avec les usagers ont montré que le CVS était très bien identifié par les usagers.** En date d'évaluation, un vote de renouvellement du CVS devait être organisé dans les semaines suivant la visite d'évaluation externe. En outre, la Fondation a prévu de former les parents délégués au CVS en 2015.

### Observation d'une réunion du CVS

**L'observation d'une réunion de CVS a montré que ce temps était très satisfaisant.**

La réunion est structurée par le Directeur qui l'anime et prend les notes nécessaires à la réalisation des comptes rendus. Il introduit les propos, reprend l'ancien compte-rendu pour validation et répond aux questions des enfants et des parents avant d'introduire les débats.

La mission d'évaluation note que les échanges sont de qualité, respectueux et se font dans un climat détendu et cordial. La parole de chaque jeune est favorisée : chaque délégué fait part au CVS des questions remontées par les jeunes de leur groupe ; la parole des plus réservés est sollicitée. Le rôle de délégué est valorisé et chaque jeune est chargé de traduire au CVS les questions qui ont été posées par leurs groupes. Un effort de pédagogie du Directeur est à souligner quant aux projets en cours (villa, reconstructions, etc.) et à l'amendement Creton.

**Le fonctionnement du CVS est donc pleinement effectif.** Les administrateurs de la Fondation organisent chaque année une réunion entre le Conseil d'Administration, les directeurs et tous les présidents des CVS de tous les établissements de la Fondation Père Favron. La mission estime toutefois que plusieurs éléments pourraient améliorés :

- **Les familles (et en particulier celles qui sont arrivées le plus récemment) connaissent peu le CVS** et le temps de réunion des familles le samedi précédent le CVS ne permet pas réellement de formaliser l'ordre du jour de la réunion ;
- **Les usagers comme les familles ont fait savoir qu'ils ne recevaient pas de compte-rendu** de la réunion. Ce dernier est toutefois normalement transmis aux parents des usagers via le cahier de liaison. Un rappel pourrait être effectué ;
- **Le président pourrait préférentiellement être un usager ;**
- **Le CVS ne se réunit par toujours trois fois par an** (2 réunions en 2012) ;
- Les familles et les usagers interrogés dans le cadre de l'évaluation externe ont dit ne pas recevoir, ou ne pas voir affiché, de **compte-rendu de CVS** ;
- **Certaines demandes des usagers reviennent très régulièrement** depuis l'ouverture de l'IMS et n'ont pas été concrétisées. Pour exemple, les usagers de l'IMPro demandent de longue date l'installation d'un foyer sur leurs locaux Réponse apportée ?

En sus du CVS, les jeunes peuvent s'exprimer lors de groupes de parole organisés par les psychologues sur presque tous les groupes de l'IMS. Les thématiques sont proposées par les jeunes eux-mêmes (sexualité par exemple). Il n'existe pas d'autre modalité de participation. La mise en place d'une enquête de satisfaction serait souhaitable.

#### ■ Le droit à l'information

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

Ces outils ne sont toutefois pas adaptés et les usagers ne les connaissent pas tous ; ils n'ont pas connaissance non plus de leur droit d'accès au dossier, bien que celui-ci soit évoqué dans le règlement de fonctionnement.

### ▪ **Le droit à la protection**

**Le droit à la protection est assuré par plusieurs éléments** : un respect des règles d'hygiène et de sécurité effectif dans les locaux et en restauration, une vigilance sur les mouvements des visiteurs extérieurs à l'établissement ainsi que sur le stockage des dossiers des usagers.

**La mission d'évaluation attire toutefois l'attention de l'établissement sur la pratique du secret partagé** au sein de l'IMS : si les professionnels limitent la transmission des informations qu'ils détiennent (assistante sociale, infirmière qui expurge parfois certains éléments médicaux des dossiers), la transmission de toutes les informations concernant le jeune est la règle. Pourtant, aucun article du Code de l'action sociale et des familles n'encadre ce principe dans le secteur médico-social. Ce fonctionnement et les règles posées n'ont pas fait l'objet d'une réflexion spécifique en équipe : chaque professionnel fonctionne donc de façon intuitive, tous les professionnels peuvent avoir accès aux dossiers (y compris les stagiaires).

### ▪ **Le droit à l'autonomie**

Le droit à l'autonomie est pleinement effectif au SESSAD, ce dernier intervient en milieu ordinaire, dans l'environnement des usagers. Le maintien et l'acquisition de l'autonomie constituent les axes structurant de l'accompagnement.

### ▪ **Le droit à l'intimité**

Le droit à l'intimité est pris en compte. Les questions relatives aux droits à la vie affective et sexuelles sont évoquées lors des accompagnements individuels, à la demande des usagers ; des groupes de parole sont organisés et permettent d'évoquer ces thématiques.

La thématique de l'intimité des familles et des usagers sur leur lieu de vie (règles relatives aux visites à domiciles, aux postures à observer etc.) pourraient faire l'objet de formation, même si la mission n'a pas observé d'anomalie particulière à ce sujet.

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

**Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est effectif.** Une réunion de familles se tient une fois par trimestre, le samedi et des réunions trimestrielles sont organisées. Les contacts téléphoniques et mails sont fréquents et les familles peuvent suivre l'accompagnement de leur enfant via le cahier de liaison du jeune et la transmission d'informations réalisée par les chauffeurs. La contractualisation du projet individuel permet la concertation entre le service et la famille autour du jeune accompagné.

L'équipe éducative et la psychologue se mettent à disposition des familles pour des temps d'échange et de soutien.

Enfin, les familles sont invitées à temps festifs (spectacle de théâtre, spectacle de Noël, etc.). Les professionnels du SESSAD jugent la communication très fluide et les relations cordiales.

## 3.6. La prévention et la gestion des risques

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

**Les locaux du SESSAD sont implantés au sein de l'IMS Raphaël Babet qui a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité du 14 mai 2013**, et est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire :

- **Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible sur l'établissement.** Un nouveau registre vient d'être institué pour la villa, extérieure à l'établissement accueillant des jeunes dits « amendements Creton ». Vierge du fait du caractère très récent de la mise en service de la villa, il contient néanmoins un rapport APAVE de vérification des installations électriques ;
- **Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées** sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations électriques, moyens de secours-extincteurs, systèmes d'alarme, SSI, désenfumage. Les bons d'interventions sont conservés comme éléments de preuve ;

- **Les plans d'évacuation actualisés et consignes de sécurité sont affichés** à différents endroits de l'établissement ;
- **L'établissement a souscrit un contrat cadre avec une société de maintenance générale.** Une bonne traçabilité des interventions de la société est assurée ;
- **Des formations « sauveteur-secouriste du travail » (SST) sont réalisées** chaque année, avec un roulement institué de sorte que l'ensemble du personnel bénéficie d'un recyclage tous les cinq ans. Certains jeunes PVS/Impro sont aussi formés (diplôme éducation nationale remis) ;
- **Tous les ans, le personnel est formé aux instructions et consignes d'évacuation en cas d'incendie** (contre deux fois par an selon la réglementation toutefois). A minima un exercice d'évacuation par an est organisé. Cependant, on ne trouve pas trace des derniers dans le registre de sécurité (le dernier mentionné étant daté de 2011) ;
- **L'établissement est en conformité sur la prévention des légionnelles** : réalisation de prélèvements par un laboratoire d'analyse (le dernier étant daté de 2014), prises de températures, mesure du pH, chlore, niveau de l'eau etc. Il conviendrait de ranger ces éléments dans un « carnet sanitaire » au sens de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude ;
- **L'établissement dispose d'une convention d'enlèvement des DASRI** avec une société spécialisée ;
- **L'établissement dispose d'une procédure spécifique en cas de cyclone.**

A noter qu'étant un semi-internat, l'établissement n'a pas d'obligation de détenir un plan de continuité des activités. De plus, daté de 2007, l'établissement n'est pas soumis à l'obligation de réaliser un diagnostic d'accessibilité au titre de la loi de 2005. **Quelques points d'amélioration sont identifiés :**

- Réaliser un plan bleu précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »<sup>9</sup>.
- Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an.

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

**Les activités de maintenance sur l'IMS sont assurées par deux agents**, dont l'un est à temps plein sur la maintenance, le suivi des travaux et l'entretien des véhicules. Il est titulaire de l'habilitation électrique. L'autre agent est également chauffeur (*voir paragraphe spécifique dans la partie 3.2*).

**Les agents sont en charge de l'entretien courant et de la petite maintenance, les travaux plus importants étant sous-traités à une société spécialisée de maintenance générale.** Dans ce dernier cas, ils sont en charge de coordonner les interventions, d'accompagner les techniciens dans la structure et de s'assurer de leur bonne traçabilité sur la main courante dans un classeur dédié.

**Les demandes d'interventions aux agents sont réalisées principalement de façon orale, régulièrement accompagné d'un mail.** Le circuit habituel est le suivant : les professionnels qui observent une anomalie signalent au chef de service qui signale aux agents de maintenance. Le directeur est également informé.

Par ailleurs, **les agents sont en charge d'un certain nombre d'opérations de contrôle périodiques** (contrôle vestiaires, sanitaires, siphons, piscine, vitres, armoires etc...) tracées sur un document ad-hoc, mais indiquent avoir moins de temps pour ces dernières du fait d'une augmentation de la charge par ailleurs.

En termes de coordination, il n'existe pas d'autres temps formel qu'une réunion annuelle avec le directeur et des réunions ponctuelles. Les échanges quotidiens suffisent.

**Au total, la mission d'évaluation a pu observer un bâtiment bien entretenu**, même si soumis aux éléments qui accélèrent les dégradations (proximité immédiat de la mer, vent...), et une bonne structuration de la fonction maintenance. Quelques remarques toutefois :

- **Il serait utile d’instaurer une traçabilité des tâches de maintenance à réaliser**, pour permettre leur priorisation d’une part, et une analyse des demandes fréquentes d’autre part. De même, une traçabilité des actions réalisées serait à envisager (mise en regard des demandes et du réalisé). A noter que déjà, cette traçabilité tend à s’accroître ;
- **Les situations de polyvalence de tâches** (dans le cas de la fonction maintenance/chauffeur par exemple) peuvent être source d’un éparpillement des responsabilités.

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

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

- **Une présence et permanence continue à l’accueil** assurée de 7h30 à 17h soit au-delà des horaires de présence des enfants ;
- **La tenue quotidienne d’un relevé des présences et absences des enfants** : chaque matin un cahier circule dans les groupes, dans lequel sont notées par le personnel éducatif les présences et les absences. Ce cahier permet de suivre l’activité (informations transmises à la sécurité sociale) mais également s’assurer la sécurité, notamment en cas d’incendie ;
- **La tenue d’un cahier de liaison avec les familles**, qui permet une continuité avec l’IMS ;
- **Un système s’astreinte 24h/24 est en place sur les aspects de sécurité matérielle** et en raison de l’existence d’une famille d’accueil. Il est assuré en roulement par le directeur et les trois chefs de service ;
- **Une gestion des remplacements structurée et adaptée au type d’établissement et aux catégories professionnelles concernées.** Le principe est que les formations et délégations ne sont pas remplacées, sauf cas particulier, car il existe la possibilité de gérer les absences en interne. Les absences non programmés sont remplacées ou non selon le poste, le groupe et la durée de l’absence. Le chef de service évalue le besoin de remplacement, recherche le candidat et décide, sachant qu’in fine, le contrat de travail (CDD) est validé par le directeur.
- **La formation des salariés aux gestes de premiers secours** (formation SST) en roulement, pour garantir la formation de tous. A noter que quelques jeunes du groupe PVS et de l’IMPro sont également formés (formation sanctionnée par une attestation délivrée par l’éducation nationale) ;
- **La formalisation de procédures d’urgence** : soins (épilepsie notamment, à disposition de tous dont les chauffeurs pour les convois), cyclone (sous forme de « note de service »), événement indésirable/signalement (*voir ci-dessous*) etc.

De plus, les médecins de la structure et/ou l’IDE peuvent gérer les problèmes médicaux urgents. **Une trousse de secours est disponible dans les locaux.**

**Un axe d’amélioration possible** : une procédure sur la conduite à tenir en cas d’accident pourrait être formalisée, de même qu’une procédure en cas de fugue (et toute autre procédure utile).

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

**Une note de service rappelle l’obligation de signalement des informations préoccupantes. L’IMS Raphaël Babet est par ailleurs en cours d’élaboration d’une fiche de signalement des événements indésirables.** Jusqu’alors, il n’existait pas de fiche, mais les événements dits « indésirables » étaient d’ores et déjà signalés par écrit au cadre du service.

Le directeur conserve tous les éléments dans un classeur dans son bureau. Pour tout fait traité sont ainsi conservés :

- L’écrit du professionnel témoin de l’événement indésirable (*voir ci-dessus*) ;
- Un écrit complémentaire du cadre et/ou du psychologue du service
- Les suites éventuelles (échanges de mails...). A noter que les signalements à l’ARS sont faits par mail (un cas sur l’IMS).

#### Quelques remarques :

- **La culture du signalement est récente et encore peu présente**, et la notion d'événement indésirable reste à préciser auprès des professionnels, même si un groupe thématique a été réalisé sur ce thème avec un rappel aux professionnels du régime de protection entourant les signalements, ainsi qu'une mention lors de la réunion de rentrée.
- **La fiche en cours de travail concerne aussi bien les événements indésirables d'ordre technique (sécurité, fonctionnement...) que le signalement des actes de maltraitance**, ce qui n'apparaît pas nécessairement adapté les différents éléments n'étant pas à placer au même plan. Réaliser deux fiches distinctes semblerait plus pertinent.
- De même, **une clarification semblerait devoir être opérée, plus globalement, entre les événements indésirables et les informations préoccupantes ayant à voir avec la maltraitance**. En effet, le classeur contient actuellement aussi bien des éléments écrits concernant des chutes, que des signalements concernant des agissements professionnels ou des relations entre résidents, tout n'étant pas à mettre au même plan.

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

**L'IMS Raphaël Babet dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations réglementaires.** Il est à souligner la présence systématique et investie de la médecine du travail, avec qui ont été notamment conduites des études sur le bruit et sur la température en cuisine, aboutissant à des améliorations des conditions de travail. De même, un représentant de la sécurité sociale et l'inspection du travail assistent aux séances de temps en temps.

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

- Analyse des conditions de travail, et les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les professionnels de l'établissement ;
- Analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ;
- Contribution à la promotion et à la prévention des risques professionnels et formulation de propositions d'amélioration ;
- Réalisation d'inspection des lieux de travail ;
- Proposition d'action de prévention du harcèlement moral et sexuel ;
- Réalisation d'enquêtes notamment à la suite d'accidents du travail, en cas de maladies professionnelles ou de danger grave et imminent.

**L'établissement a réalisé son document unique d'évaluation des risques professionnels**, établi local par local. Pour chaque pièce sont listés les items suivants : relevé des problématiques repérées, analyse du ou des risques associés, actions (fait/non fait/en cours), évaluation, observations. Dans le cadre de sa prochaine réévaluation, il serait pertinent de l'établir par « unité de travail » au sens de la circulaire n°06 DRT du 18 avril 2012<sup>10</sup> plutôt que par local.

**L'établissement est à date d'évaluation engagé dans une démarche d'évaluation des risques psycho-sociaux.** Il est en cela accompagné par un cabinet spécialisé. Le travail est réalisé sur la base d'audits auprès du personnel : réunion du comité de pilotage, entretiens individuels, groupes de travail thématiques, élaboration du fiches actions et restitution au personnel).

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

- **L'établissement est attentif sur le sujet des troubles musculo-squelettiques** et est doté d'équipements professionnels à cet égard. De même un formateur en prévention des risques liés à l'activité physique

(PRAP) est intervenu pour accompagner les professionnels dans les postures à adopter lors des transferts d'enfants ;

- **L'IMS met en place des démarches ciblées sur les réalités de travail quotidiennes** (voir études menées avec la médecine du travail sur le bruit et la température en cuisine) ;
- De façon plus globale, **la formation est un point fort sur l'établissement** (voir développements spécifiques dans la partie 3.8 *Organisation, gestion des ressources humaines et management*).
- **En dehors des professionnels des groupes IME-IEM accueillant de jeunes TED et des psychologues, l'établissement ne propose pas à ses équipes de place de dispositif de supervision par un intervenant extérieur, faute d'avoir pu trouver un prestataire qui satisfasse la demande.** En revanche, il existe des groupes de réflexion sur la pratique (GRP) au moins mensuels animées par le binôme chef de service/psychologue sur les différentes unités. En général une thématique de réflexion est retenue. La mission encourage à poursuivre les recherches en vue de l'identification d'un prestataire spécialisé, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.<sup>11</sup>
- **Enfin, l'attention et la disponibilité de l'encadrement sont relevées, ainsi que le management participatif** (participation des professionnels aux réflexions structurantes dans le cadre des COPIL...).

Une remarque : **les entretiens professionnels, qui étaient jusqu'à présent réalisés annuellement, ont été suspendus en 2014** dans le cadre d'une uniformisation des pratiques et de la négociation d'un accord d'entreprise au niveau de la Fondation Père Favron. La mission encourage la ré-institution d'entretiens comme une mesure utile pour faire un point annuel sur la situation et les objectifs de chaque salarié.

### 3.6.2. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

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

**A date d'évaluation, la dynamique de promotion de la bientraitance est en place sur l'IMS** à travers notamment :

- La diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ;
- La réalisation de formations sur la thématique de la bientraitance ;
- L'instauration d'un COPIL en charge de réfléchir sur la mise en place d'un Comité d'éthique. Les travaux en sont à leurs débuts ;
- L'affichage de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie dans les locaux de l'établissement ;
- Les discussions et échanges en réunion, portant directement ou indirectement sur la bientraitance ;
- La mise en place de mesures concourant à la prévention de l'usure professionnelle (*cf. supra*) ;
- L'existence de groupe de parole des jeunes avec les psychologues sur certains groupes. Ce type de groupe n'est pas possible sur le CEAP, les jeunes accompagnés ne détenant pas la parole.

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

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

Si la dynamique de bientraitance est clairement perceptible et réelle, **un point d'amélioration est identifié pour soutenir cette démarche** : formaliser un document d'analyse des risques de maltraitance, tant sur le volet des

risques institutionnels (conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement, d'accompagnement) que sur le volet des risques liés aux personnes (vulnérabilités). Cette mise à jour est prévue.

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

**Plusieurs dispositifs concourent à la bonne mise en œuvre de l'obligation de signalement sur l'établissement :**

- **La note de service rappelant l'obligation de signalement des informations préoccupantes** (cf. développement ci-dessus - partie sur le signalement, l'analyse et le traitement des risques à travers un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents) ;
- **L'affichage du numéro 3977 dans les locaux.** Pour rappel, le numéro du service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger est le 119 (qui est pour sa part mentionné dans le livret d'accueil).

A noter qu'un cas de maltraitance a déjà été signalé à l'ARS par l'IMS, ce qui témoigne de l'appropriation de la procédure. **Toutefois, les mêmes préconisations que concernant le signalement des événements indésirables peuvent être faites** : clarification des notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable/information préoccupante à opérer ; culture du signalement à renforcer et procédure à rappeler (obligation connue mais processus mal identifié de la part de certains professionnels rencontrés par la mission d'évaluation) ; rappel aux professionnels sur le régime de protection entourant les signalements souhaitable ; distinction de la fiche de signalement des événements indésirables et de la fiche de signalement des actes de maltraitance souhaitable. De plus, la procédure de signalement des actes de maltraitance pourrait être mentionnée dans les documents remis aux usagers (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil).

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

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

##### ▪ **Implantation territoriale et accessibilité**

L'IMS Raphaël Babet est situé rue Lenepveu, à Saint-Joseph, au sud de l'île de la Réunion. **Le site est accessible** depuis la N2 en provenance de Saint-Pierre (à l'ouest) et Saint-Philippe (à l'est). La signalétique extérieure est de grande qualité et guide le visiteur depuis la nationale jusqu'à l'établissement. Un arrêt de bus dessert le site depuis la nationale.

**La localisation de l'établissement est pertinente** : l'IMS est situé dans un territoire où l'offre d'accueil pour jeunes handicapés est faible puisqu'il est le seul IMS du Sud Sauvage. Situé proche du centre-ville, à côté de l'école primaire Lenepveu avec lequel il a conventionné, et non loin du collège qui accueille en classe annexée des jeunes de l'IMS, l'établissement rayonne facilement sur son environnement.

**Cette pluralité de l'offre permet également à l'IMS d'être très bien repéré par son environnement.** Ce dernier est identifié comme un pôle ressource en matière de handicap enfance sur son territoire. Pour exemple, il est arrivé que le principal du collège Joseph Hubert sollicite l'établissement pour l'orientation d'un jeune du collège.

Toutefois, l'implantation du SESSAD au sein de l'IMS peut constituer une limite aux actions en milieu ordinaire, par comparaison à une implantation en cœur de ville.

##### ▪ **Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés**

**Le SESSAD est ouvert à et sur son environnement. L'IMS bénéficie de nombreux partenariats conventionnés. Plusieurs conventions prévoient l'évaluation des partenariats existants.**

Le SESSAD étant un service d'intervention extérieur, **l'ouverture à son environnement** est moins prégnante que dans les autres établissements de l'IMS. Toutefois, le SESSAD est ouvert et bénéficie des partenariats de l'IMS.

##### En matière sanitaire et médico-sociale

- De nombreuses conventions ont été signées avec des professionnels médicaux libéraux pour des prises en charges spécifiques :
  - Avec une orthoptiste pour les séances de rééducation d'un jeune ;
  - Avec des kinésithérapeutes ;
  - Avec un cabinet d'orthophonie et des orthophonistes libérales.

- L'IMS a signé une convention de partenariat avec le CHU de la Réunion (site du GHSR) pour l'intervention de l'Unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (UMASP) du CHU. L'UMASP intervient ainsi après accord médical, soit du médecin coordinateur soit du médecin référent du patient :
  - o Une demi-journée par an afin d'établir un bilan et des projets ;
  - o Ponctuellement, sur sollicitation des soignants ;

Une session de formation annuelle était également prévue sur les soins palliatifs en général et réponses aux questions spécifiques à la structure accueillant de jeunes personnes atteintes de handicap. Cette formation est programmée sur 5 journées complètes (3 janvier 2013).

La convention prévoit qu'un rapport annuel soit réalisé pour établir un bilan indiquant le nombre d'interventions et leurs modalités ainsi que les éventuelles formations dispensées.

A la date de l'évaluation, le SESSAD n'accueille pas d'usagers polyhandicapés, ce partenariat pourrait s'avérer pertinent si cela était le cas.

#### En matière sociale, culturelle et des loisirs :

**En sus de ces partenariats**, les familles peuvent se rendre sur l'IMS (cf. 3.5.2. *Les modalités concrètes d'exercice des droits, le droit aux liens familiaux et amicaux*) et sont régulièrement consultées pour l'accompagnement de leur enfant.

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

**Le service est également ouvert sur son environnement.** De nombreuses conventions ont été signées et permettent son rayonnement sur le territoire, notamment en matière pédagogique et préprofessionnelle : le SESSAD a conventionné avec l'Education nationale pour structurer le cadre d'intervention des professionnels (en particulier rééducatifs) dans les écoles : des conventions précisent donc quel professionnel intervient, quand, où, et auprès de quel jeune. Ces conventions sont signées à la fois par les représentants légaux, l'Education nationale, et la Fondation Père Favron. Notons que la majorité des jeunes SESSAD sont scolarisés en CLIS ou ULIS, très peu en école ordinaire. Dans chaque nouvelle école où elle intervient, l'équipe du SESSAD va se présenter.

Le SESSAD réalise également des actions visant à intégrer les personnes accueillies dans la ville, en matière socio-culturelle. Les équipes éducatives réalisent des sorties régulières (plage, lagon, concerts, accrobranche, etc.). Les sorties sont également un support éducatif important dans le cadre de l'accompagnement des jeunes : la mise en autonomie passe notamment par la prise des transports de façon indépendante, l'apprentissage de la conduite à tenir dans un magasin, etc. Une convention existe avec une salle située à Petite-Ile pour une activité percussions.

Enfin, en matière institutionnelle dans les domaines sociaux et médico-sociaux, le service se coordonne avec le groupement d'unités territoriales (GUT) du territoire pour les accompagnements sociaux (placements familiaux, etc.). Elle collabore également avec la MDPH.

**La dynamique d'ouverture à et sur son environnement est donc pleinement satisfaisante.** La mission d'évaluation souligne la pertinence des partenariats noués ainsi que l'effort mené par la direction pour conventionner et évaluer les partenariats existants, conformément aux réglementations et recommandations de bonnes pratiques existantes. Elle note également la volonté, actée dans le projet d'établissement, de conventionner avec un foyer de jeunes travailleurs pour expérimenter l'autonomie en logement indépendant ; avec l'AJMD (intégration sociale par le soutien scolaire) et avec Handisport.

Enfin, en matière préprofessionnelle, le SESSAD est en lien avec le Réseau Jeunes Travailleurs Handicapés : les jeunes peuvent donc intégrer ce réseau, dans lequel ils sont en contact avec des missions locales, le CAP emploi et des employeurs potentiels.

**La mission encourage** le SESSAD à poursuivre son action d'ouverture sur le milieu ordinaire, en conventionnant les collaborations existantes à des niveaux individuels.

### 3.7.2. La perception du service par son environnement

*NB : Les éléments renseignés ci-après sont communs à l'ensemble de l'IMS. Ils reposent sur des entretiens collectifs réalisés avec des familles et usagers de différents groupes, sur des entretiens partenaires intervenant de façon mutualisée pour tout l'IMS ainsi que sur l'étude de documents communiqués par l'IMS (comptes rendus du CVS notamment).*

#### ■ Les usagers

**Les neuf usagers rencontrés dans le cadre de l'évaluation se sont dits très satisfaits de l'accompagnement à l'IMS.** Ils se sont montrés très élogieux quant à la qualité de l'accompagnement, soulignant leurs acquis en termes d'autonomie et les progrès réalisés d'année en année. Les usagers ont mis en relief la qualité des professionnels, leur professionnalisme et leur implication. Les activités réalisées leur plaisent.

**Les jeunes ont exprimé leur grande satisfaction quant au respect de leurs droits :** ils se sentent informés, protégés. Leur autonomie et l'expression de leur libre choix sont respectées. Leur intimité et leur dignité sont préservées. Les usagers ont le sentiment qu'une juste distance est respectée par les professionnels.

**Les conditions matérielles d'accueil satisfont également les usagers.** Notamment, ces derniers ont noté les efforts réalisés pour améliorer la restauration ; ils ont dit se sentir bien dans les locaux. Toutefois, les usagers ont exprimé le regret de voir les restes des repas systématiquement jetés ; en outre, ils estiment que l'établissement pourrait rependre certains espaces.

#### ■ Les familles

**La dizaine de parents<sup>12</sup> rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont exprimé une bonne satisfaction quant à l'accompagnement proposé.**

**En premier lieu, ils ont évoqué la qualité des relations qu'ils entretiennent avec l'IMS.** Ils apprécient la volonté de l'établissement de les impliquer dans l'accompagnement de leur enfant. Ils ont le sentiment de pouvoir exprimer leurs points de vue et d'être force de proposition dans ce dernier. Ils sont régulièrement informés par l'établissement de l'évolution de leur enfant et des problématiques du quotidien. Les familles ont dit bénéficier de bonnes relations avec les professionnels, l'équipe se rendant disponible et à l'écoute.

**Les familles ont toutefois exprimé plusieurs éléments d'insatisfaction :**

- Quelques situations inappropriées et isolées ont été signalés (vocabulaire ou comportements inadéquats à l'égard des jeunes). Les familles ont toutefois souligné la réactivité de l'encadrement sur la gestion de ces événements ;
- Elles ont exprimé un regret concernant le fait de ne pas être en lien les unes les autres : les rencontres familles étant réalisées le samedi, beaucoup ne peuvent pas venir ou viennent avec leurs enfants, ce qui limite leur capacité d'échange avec les autres familles ;
- Elles ont également estimé que l'accompagnement pourrait être encore plus ambitieux. Notamment, certains parents ont mentionné leur souhait de voir leur enfant inscrit dans une classe ordinaire, et non seulement en classe annexée. Sur ce point, le souhait des parents est bien sûr à mettre en regard de l'expertise des professionnels sur la capacité des jeunes à intégrer une école classique dans des bonnes conditions ;
- Enfin, la mission d'évaluation attire l'attention sur la grande inquiétude des familles quant à l'orientation de leurs enfants après l'IMS. Cette situation est connue de l'établissement qui se mobilise à cet égard.

En dépit de ces quelques éléments, les parents ont largement souligné le bénéfice de l'existence de l'IMS sur le territoire.

#### ■ Les partenaires

**Les cinq partenaires interrogés dans le cadre de la mission d'évaluation se sont dits très satisfaits de leur collaboration avec l'IMS Raphaël Babet.**

Ils estiment que l'équipe est disponible, accueillante et évoquent des relations particulièrement cordiales. Les partenaires soulignent la forte implication de la direction dans les activités et le soutien des enfants. Les relations sont jugées suffisamment régulières et pérennes : l'établissement est souvent en contact avec ses partenaires, organise des réunions périodiques et les invite aux activités qu'il organise (anniversaire de l'IMS, etc.). La plupart des partenariats sont conventionnés.

Selon les partenaires interrogés, les partenariats génèrent des apports mutuels, l'IMS étant repéré comme une structure ressource en matière de handicap sur la commune. Il dispense par exemple des formations aux partenaires sur l'abord des enfants en situation de polyhandicap.

L'ensemble des partenaires contactés sont donc satisfaits et plusieurs partenaires ont exprimé le souhait d'un développement de l'offre existante (augmentation du nombre de places à l'IMS, ouverture de nouvelles classes externalisées, etc.). Cependant, la communication autour des jeunes pourrait encore être améliorée auprès de certaines équipes et pour certains accompagnements spécifiques (l'accueil temporaire par exemple). En particulier, il s'agirait de s'assurer d'une qualité systématique de communication entre les professionnels et les prestataires et de réfléchir, avec l'accueil temporaire de Saint-Gilles, aux modalités de coordination (envoi systématique d'un écrit...).

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

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

##### ■ Le recrutement

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

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

A date d'évaluation, la grande majorité des postes de l'IMS était pourvue. L'IMS rencontrait toutefois quelques problématiques de recrutement pour :

- Les familles d'accueil ;
- Les rééducateurs dans une moindre mesure, pour lesquels l'établissement a accusé un fort *turn-over* ces dernières années, nombre de professionnels venant de métropole ;
- Les médecins (psychiatre, pédiatres) pour lesquels seuls des temps minimes sont débloqués (0,10 ETP pour le psychiatre par exemple).

##### ■ L'accueil des nouveaux salariés

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

- Tout nouveau salarié bénéficie, à son arrivée, d'une **visite des locaux et d'une présentation des équipes** ;
- **Un livret d'accueil du nouveau salarié** vient d'être finalisé au sein de la Fondation et sera distribué à l'ensemble des professionnels afin de diffuser une culture commune au sein de ses établissements. Ce document dispose de deux parties, une sur la Fondation, une sur l'établissement. Au niveau Fondation, le livret présente par exemple l'histoire et les valeurs de la Fondation, les missions du siège social et des établissements, les documents applicables pour les salariés (convention collective 51, règlement intérieur, accords d'entreprise), les IRP, la politique sociale de la Fondation et des informations pratiques (précautions standards, congés, questionnaire de satisfaction...). Un questionnaire de satisfaction sur l'accueil du salarié fait également partie de ce livret d'accueil ;

- **Des procédures d'accueil ont été formalisées** et vont encadrer et unifier ces éléments sur l'ensemble de la Fondation ;
- **Un nouveau temps d'accueil des salariés va être mis en œuvre au niveau de la Fondation** : une matinée d'accueil de tous les nouveaux salariés sera organisée avec une présentation des valeurs et des missions ainsi que la distribution du livret d'accueil et des documents de la Fondation. La première matinée d'accueil de ce type s'est tenue en octobre 2014.
- **Chaque nouveau salarié** bénéficie de l'accompagnement d'un pair ou de son chef de service.
- **Des points d'étape sont réalisés par la hiérarchie** : par le Directeur pour les cadres, par les chefs de service pour les non-cadres.

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

#### ■ La formation et l'adaptation des compétences

##### Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

Le processus de recueil des besoins et souhaits de formation n'est pas structuré par une procédure.

Si l'établissement avait pour habitude de solliciter les professionnels sur leurs besoins lors des entretiens professionnels d'évaluation, ces derniers ont été gelés pour l'année 2013-2014 : l'établissement a ainsi sollicité les professionnels sur la base d'une fiche de recueil.

Un plan de formation annuel est établi chaque année par la Direction, sur la base d'orientation posée par la Fondation et en lien avec les IRP (la formation est mise à l'ordre du jour des réunions DP chaque mois).

##### Adéquation de l'offre de formation aux besoins

**L'offre de formation est en adéquation avec les besoins repérés.**

L'examen du plan de formation 2014 montre que **l'accent a été mis sur la formation aux troubles spécifiques** (autisme, polyhandicap), pour lesquels plusieurs formations ont été proposées. Une dizaine de professionnels a ainsi pu bénéficier d'une formation en lien avec l'autisme. Trois personnes ont pu bénéficier de formations sur le polyhandicap ; douze personnes à la démarche palliative.

Un important effort a également été réalisé pour **former la direction aux enjeux du secteur médico-social et à l'évaluation externe** (« enjeux pour le secteur social et médico-social en contrainte budgétaire », « bientraitance : mythe ou réalité »).

En outre, plusieurs formations ont porté sur la **sécurisation des établissements et services** : du médicament et des déchets infectieux (« gestion des DASRI », « prévention du risque infectieux », « carnet sanitaire »), des événements indésirables (« gestion des événements indésirables ») ou des transports (« chauffeur accompagnateur pour un ouvrier des services logistiques).

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

Au niveau de l'établissement, le plan de formation 2015 se donne l'objectif de poursuivre le travail entrepris depuis plusieurs années pour développer les qualités des prestations en enrichissant les compétences et connaissances des professionnelles. En cela, l'IMS Raphaël Babet s'inscrit dans les axes définis par la Fondation et y ajoute la volonté de travailler encore l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

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

- Certains professionnels ont dit avoir bénéficié de formations qu'ils avaient déjà eues, en dépit du fait qu'ils en avaient prévenu les cadres ;

- La localisation de l'IMS sur une île complexifie le recours à des formateurs, en particulier sur les populations spécifiques (polyhandicapés, etc.) ;
- Les formations entourant la bientraitance pourraient être remises à l'ordre du jour.

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

**Une réflexion sur la mobilité des agents est en cours dans le cadre des travaux autour de la GPEC.** Celle-ci n'est pas formellement instituée, mais possible notamment du fait des ouvertures de groupes éducatifs en lien avec l'évolution du projet (groupe classes externalisée, villa etc.). Cependant, certaines fonctions ne sont dès lors pas concernées (postes administratifs, IDE, chauffeurs...) et plutôt accompagnées dans des évolutions de responsabilités.

De plus, certains groupes (CEAP par exemple) s'avèrent peu « attractifs », peu de candidats se portant volontaires pour les rejoindre du fait de conditions de travail plus difficiles en lien avec la lourdeur du handicap des jeunes accueillis. Ainsi, une professionnelle sur ce groupe depuis l'ouverture, est en attente d'un changement, sa situation étant connue et repérée par la direction. Aussi, la mission d'évaluation encourage à poursuivre la réflexion autour de la mobilité comme un moyen de lutter contre l'usure professionnelle.

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

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

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

### **3.8.2.Organisation et management**

**L'organisation de l'IMS est structurée.** Plusieurs éléments y concourent : un organigramme a été réalisé ; les documents uniques de délégation (DUD) du directeur aux chefs de service sont en place et les fiches de poste réalisées par la Fondation sont en cours d'adaptation à l'IMS.

**Les temps managériaux sont suffisamment nombreux et efficaces pour permettre la coordination** des professionnels, à l'IMS et entre l'IMS et la Fondation. A l'IMS, la coordination se fait ainsi :

- Lors des réunions de direction, (directeur et chefs de service), une fois par semaine ;
- En réunion de cadres, une fois par mois ;
- Lors des réunions trimestrielles réalisées avec les médecins ;
- Au cours des réunions institutionnelles deux fois par an.

**Toutes les réunions de direction font l'objet d'un compte rendu envoyé par mail aux « participants » pour relecture, amendement et validation.**

Au niveau de la Fondation :

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

Le climat institutionnel est globalement satisfaisant. Si, pendant une période, l'établissement a souffert de tensions qui ont déstabilisé son organisation, la mission d'évaluation note les efforts qui ont été faits pour améliorer l'environnement de travail (réalisation d'un diagnostic sur les risques psycho-sociaux fin 2013, renouvellement de certains postes, etc.).

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

- **Certains éléments structurants sont encore à mettre à jour ou à adapter** à l'IMS. Pour exemple, l'organigramme n'est pas à jour et certaines fiches de postes sont encore à adapter spécifiquement à chaque établissement ou groupe de l'établissement.
- Spécifiquement, les ouvriers polyvalents ne disposent pas de fiche de poste car leurs tâches ne se recoupent pas avec le modèle de la Fondation. De surcroît, le contenu même de la fiche de poste de ces agents peut interroger : ces agents interviennent sur des missions très diverses (restauration, convois, hygiène, maintenance) alors que chacune de ces fonctions recoupe des compétences et qualifications spécifiques ;
- La pratique des entretiens professionnels et d'évaluation n'est plus effective. Ces derniers ont été gelés pour permettre leur réorganisation et redéfinition par la Fondation, dans le cadre d'un accord GPEC. La très grande majorité des professionnels et de l'encadrement ont regretté cela, évoquant les bénéfices de ces entretiens : valorisation des compétences, définition d'objectifs d'amélioration pour les professionnels, etc.
- La mission d'évaluation attire l'attention de l'établissement sur l'organisation du passage à la logique de dispositif, transversale. Les échanges tenus avec les professionnels ont montré que ce changement avait particulièrement sollicité les professionnels. La plupart ont souligné sa pertinence et ses bénéfices, pour les professionnels comme pour les jeunes. **La mission d'évaluation attire l'attention de l'établissement sur la nécessité de déployer une politique ambitieuse d'accompagnement au changement et d'évaluation continue de la transversalité.** Le passage à une structure transversale constitue une innovation majeure dont les bénéfices et inconvénients doivent continuer à être discutés avec toutes les parties prenantes (usagers, familles, professionnels, partenaires). Ces discussions doivent permettre des ajustements et rétroactions concertées entre professionnels, notamment sur la structuration des groupes.

## 4. Synthèse de l'évaluation externe

### 4.1. Introduction

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

L'IMS Raphaël Babet a réalisé son évaluation interne entre fin 2011 et mi-2012 pour l'ensemble des établissements et services qui le composent (hors SAMSAH), de façon largement participative, avec un accompagnement par un cabinet de conseil spécialisé.

Il a été fait le choix, au niveau de la Fondation Père Favron, d'utiliser le même référentiel Périclès (logiciel de l'ANCREAI), qui couvre bien l'ensemble des champs réglementaires et recommandés par l'ANESM. Toutefois, certains aménagements ont été faits par le cabinet conseil dans ce référentiel, afin d'approfondir davantage l'analyse des causes des problèmes posés

**Un comité de pilotage (ci-après désigné COPIL) a été constitué pour piloter, suivre et garantir l'effectivité de la démarche**, composé de représentants des différentes catégories professionnels, des IRP (CE, CHSCT), des familles et d'un membre du Conseil d'administration. Une première réunion de présentation de l'évaluation interne au COPIL a été réalisée en novembre 2011, puis une présentation générale à l'ensemble du personnel de l'IMS a été réalisée en janvier 2012.

**Des groupes pluridisciplinaires** incluant les professionnels, les familles, les principaux partenaires (ARS, enseignants de l'éducation nationale) ainsi qu'un membre du Conseil d'Administration ont été constitués sur la base du volontariat, afin de se positionner sur le référentiel. Ces groupes ont notamment associés les familles à la réflexion.

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

**Un rapport mettant en évidence la démarche**, la méthode (calendrier, moyens mobilisés...), les principaux résultats, les points forts et les difficultés rencontrées, ainsi que les des indicateurs de suivi (fréquence de participation des personnes, qualité des échanges, pertinence des propositions retenues dans le cadre des axes de progrès), a été produit. Le plan pluriannuel de progrès et les fiches actions viennent en annexe.

**La mise en œuvre des actions découlant de l'évaluation interne est analysée par un COPIL dédié**, issu du COPIL ayant piloté la démarche d'évaluation interne partiellement renouvelé (du fait d'un arrêt long d'une part et d'un renouvellement des IRP d'autres part).

**Toutefois, quelques ajustements pourraient être proposés dans le cadre de la prochaine démarche d'évaluation interne** : veiller à une plus grande opérationnalité et faisabilité des actions identifiées ; identifier des indicateurs de suivi et de résultats, permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés ; organiser une communication régulière sur les actions issues de la démarche d'évaluation interne ; étendre le rôle du COPIL au-delà du pilotage des suites de l'évaluation interne.

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

**Les RBPP de l'Anesm ont été diffusées et discutées en équipe dans le cadre des différentes réunions qui maillent le fonctionnement de l'établissement.**

Les recommandations ont été utilisées comme support dans différentes démarches sur l'établissement (projet d'établissement, évaluation interne, projet individualisé etc.). Notamment la recommandation sur l'autisme a été utilisée. Il existe un enjeu de poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement.

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

**L'IMS Raphaël Babet dispose d'un projet d'établissement commun aux différentes structures qui le composent, valable pour la période 2012-2016. L'écriture du projet a été participative.**

A l'instar de l'ensemble des projets et réflexions menées sur l'IMS, un **comité de pilotage** pluridisciplinaire a été constitué pour piloter la démarche d'élaboration du projet d'établissement. **A ce titre, la démarche a été conforme aux recommandations de bonnes pratiques.** Toutefois, quelques enjeux sont repérés : il n'y a pas eu une représentation de tous les établissements et services qui constituent l'IMS mais pas de tous les « groupes éducatifs » qui constituent l'IMS dans le COPIL. Toutefois tous les groupes ont participé à travers des réunions de service à des réflexions sur des thèmes précis ; les partenaires n'ont été que ponctuellement partie prenante (hors les enseignants et l'IRTS via le CREAI) et les usagers et familles n'ont été qu'indirectement associés par le biais du CVS.

**Le contenu du projet ainsi que ses orientations sont en cohérence avec les missions de l'établissement telles que définies par la réglementation.** Seul un élément mériterait d'être plus développé : la gestion des paradoxes. Sur la forme, **la mission suggère l'élaboration d'une synthèse de quelques pages** qui permettrait de faciliter l'appropriation et la communication du projet aux différents acteurs (dont les usagers, les familles et les partenaires).

**Le dispositif IMS dans son ensemble est pertinent et l'établissement propose une bonne réponse aux besoins du territoire.** Il est le seul établissement pour enfants du bassin géographique de Saint-Joseph. Très bien repéré, il constitue un pôle de services qui apporte une **réponse plurielle aux besoins de jeunes déficients intellectuels, moteurs et polyhandicapés**, quelle que soit la lourdeur de leur handicap, en observant une souplesse dans les agréments. **En effet, depuis 2012 l'IMS Raphaël Babet met en œuvre les nouvelles orientations de son projet d'établissement**, en faisant un **espace décroisé au service des besoins des personnes accueillies**, prônant la mixité de jeunes ayant en commun des projets ou besoins proches plutôt que les dimensions administratives habituelles de référence (annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter).

**Le SESSAD est pour sa part conforme à son affectation administrative.** Il a fait l'objet d'extensions successives pour arriver à 33 places aujourd'hui. Son taux d'activité au-delà du budgété témoigne de la réponse qu'il apporte à des besoins exprimés sur le territoire ; toutefois, il est à noter le nombre de jeunes inscrits sur liste d'attente qui sont autant de besoins sans réponse, faute de places. A noter que le service opère une gestion souple entre les places, du fait d'une disproportion entre les demandes de jeunes polyhandicapés (quasi-nulles) et celles des jeunes déficients moteurs et déficients intellectuels.

**La localisation du SESSAD dans les locaux de l'IMS à Saint-Joseph comprend bon nombre d'atouts :** il permet de rayonner de Petite-Île à Saint-Philippe en occupant une position centrale. Il permet de plus au SESSAD de bénéficier du plateau technique de l'IMS (balnéothérapie, salle de psychomotricité...), ce qui est d'autant plus intéressant que certains jeunes sont accueillis au SESSAD faute de place en semi-internat (jeunes avec doubles notification, bénéficiant utilement d'activités en commun avec les jeunes semi-internes).

**L'IMS et de le SESSAD s'inscrivent dans dynamique d'adaptation et d'anticipation constante aux besoins.** L'IMS est inscrit dans un processus d'adaptation de son offre de service et de ses modes d'accompagnement : **politique de transversalité et de décroisement mise en œuvre depuis 2012 ; politique de formation est très active et contribue à techniciser les professionnels ; projet de création d'un « SESSAD TED » de 7 places.**

**L'analyse montre par ailleurs une bonne cohérence entre les objectifs poursuivis et les moyens humains et matériels mobilisés.** Le niveau d'effectif, de qualification et de pluridisciplinarité semble adapté à l'accompagnement des publics accueillis.

**La direction de l'établissement promeut les démarches de formation et incite les salariés à actualiser leurs connaissances et qualifications. L'offre de formation est en adéquation avec les besoins repérés.** L'examen du plan de formation 2014 montre que **l'accent a été mis sur la formation aux troubles spécifiques** (autisme, polyhandicap), pour lesquels plusieurs formations ont été proposées. Une dizaine de professionnels a ainsi pu bénéficier d'une formation en lien avec l'autisme. Trois personnes ont pu bénéficier de formations sur le polyhandicap ; douze personnes à la démarche palliative.

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

**modalités (visites des locaux, un livret d'accueil des nouveaux salariés, procédure d'accueil formalisée, accueil par la Fondation, accompagnement par un pair...).**

**L'IMS Raphaël Babet dispose d'un CHSCT, se réunissant dans le respect des obligations réglementaires.** Il est à souligner la présence systématique et investie de la médecine du travail. De même, un représentant de la sécurité sociale et l'inspection du travail assistent aux séances de temps en temps. **L'établissement a réalisé son document unique d'évaluation des risques professionnels**, établi local par local. Dans le cadre de sa prochaine réévaluation, il serait pertinent de l'établir par « unité de travail » au sens de la circulaire n°06 DRT du 18 avril 2012. De plus, l'établissement est à date d'évaluation engagé dans une démarche d'évaluation des risques psycho-sociaux.

**L'accompagnement proposé par le SESSAD Raphaël Babet est structuré.** Le service est encadré par une chef de service travaillant en binôme avec une psychologue désignée.

**L'accompagnement socio-éducatif est assuré par une équipe composée de trois éducateurs spécialisés.** Il est ajusté au plus près des besoins de chaque jeune, formalisés dans son projet individualisé, articulant prises en charge individuelles et collectives, à l'IMS (minoritairement) et sur les lieux de vie (domicile, lieu de scolarisation, milieu associatif...). L'accompagnement socio-éducatif s'adresse également aux familles : action de soutien à la parentalité, travail sur les dynamiques familiales, en lien étroit avec la psychologue. L'accompagnement est correctement formalisé et structuré par des outils : les activités font l'objet de fiches projets, détaillant les objectifs de celles-ci et de grilles ou trames de recueil de données.

**L'accompagnement thérapeutique et psychologique est également structuré.** Le SESSAD dispose d'un médecin dédié, budgété à 0,20 ETP, et d'une infirmière (dédiée au SAMSAH mais elle consacre une journée par semaine au SESSAD).

**Le médecin référent du SESSAD assure la surveillance générale des jeunes.** A noter qu'il n'est pas le médecin prescripteur des enfants, qui conservent leur médecin traitant. Le médecin référent est impliqué dans le processus d'élaboration du projet individualisé.

**L'équipe de rééducation du SESSAD est composée d'une psychomotricienne et d'une ergothérapeute.** Des orthophonistes et kinésithérapeutes libéraux peuvent également intervenir selon le besoin de chaque jeune. L'accompagnement rééducatif repose sur la réalisation de bilans et de séances. Les rééducateurs sont très bien intégrés et le projet de rééducation est bien pris en compte comme une dimension fondamentale de l'accompagnement.

**L'accompagnement psychologique**, est réalisé par une psychologue dédiée au SESSAD. auprès des jeunes, la psychologue réalise des suivis individuels, selon l'approche systémique.

**Un accompagnement social** est effectif, il intervient au service des usagers et des familles de l'ensemble de l'IMS.

**Des outils ont été instaurés pour permettre la transmission des informations :** réunions pour la réalisation des projets individualisés ; réunions de fonctionnement et d'organisation, groupes de réflexion sur la pratique ; réunion de suivi médical ; transmissions orales et écrites ; journal de bord ; coordination effective avec les partenaires dont l'Education nationale permettant notamment la mise en cohérence du PI avec le PPS etc.

**Quelques enjeux entourent le dossier :** présence isolée de certaines notes personnelles ; style rédactionnel ponctuellement inadéquat (constats subjectifs, vocabulaire inapproprié) et la présence de propos rapportés des parents qui déprécient l'enfant ; présence d'éléments thérapeutiques très détaillés et s'apparentant à des projets de soin (énumération des types de consultation dans les PI, présence ponctuelle de dossiers rééducatifs, orthophoniques ou psychologiques). Compte-tenu de l'organisation de l'IMS, **une réflexion sur l'informatisation complète du dossier pourrait être menée.** La Fondation Père Favron est toutefois engagée dans les réflexions menées au niveau régional de recherche d'un outil informatique de gestion du dossier de l'utilisateur, avec les autres associations du secteur.

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

**L'IMS Raphaël Babet est situé rue Lenepveu, à Saint-Joseph, au sud de l'île de la Réunion.**

**La localisation de l'établissement est pertinente :** l'IMS est situé dans un territoire où l'offre d'accueil pour jeunes handicapés est faible puisqu'il est le seul IMS du Sud Sauvage. Situé proche du centre-ville, à côté de

l'école primaire Lenepveu avec lequel il a conventionné, et non loin du collège qui accueille en classe annexée des jeunes de l'IMS, l'établissement rayonne facilement sur son environnement.

Toutefois, l'implantation du SESSAD au sein de l'IMS peut constituer une limite aux actions en milieu ordinaire, par comparaison à une implantation en cœur de ville.

**Le SESSAD est ouvert à et sur son environnement.** Il facilite la venue de professionnels extérieurs (kinésithérapeutes, orthoptistes, orthoprothésistes.) De plus, l'IMS a signé une convention de partenariat avec le CHU de la Réunion (site du GHSR) pour l'intervention de l'Unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (UMASP). Des professionnels de la prévention et des stagiaires sont régulièrement accueillis sur le site. En matière pédagogique et préprofessionnelle le SESSAD a tissé de nombreux partenariats notamment avec l'Education nationale pour structurer l'intervention des professionnels dans les différentes écoles. Les partenariats en matière socio-culturelle se réalisent sous la forme de sorties régulières (plage, lagon, concerts, accrobranche, etc.). Une convention existe avec une salle située à Petite-Ile pour une activité percussions.

La collaboration en matière institutionnelle dans les domaines sociaux et médico-sociaux se réalise avec le groupement d'unités territoriales (GUT) du territoire pour les accompagnements sociaux (placements familiaux, etc.) et avec la MDPH.

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

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

**La démarche de projets individualisés est effective de longue date sur l'ensemble de l'IMS et constitue un vrai point fort de l'institution.** Chaque usager dispose d'un projet individualisé élaboré et formalisé sur un format type, commun à tous les établissements et services de l'IMS. Cette homogénéisation a fait suite à l'évaluation interne.

**La démarche a été structurée et répond aux attendus légaux, réglementaires ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. L'élaboration du projet est structurée.** Elle est portée par le référent du jeune, qui coordonne les apports des différents professionnels et veille à la récupération des éléments d'analyse nécessaires à l'écriture du projet.

**Une limite est toutefois à noter,** il n'existe pas de procédure PI qui permette de détailler les modalités de constitution des PI, alors même que le processus est structuré.

**La mission d'évaluation note que le contenu du PI est particulièrement pertinent.**

Si les premiers projets réalisés étaient révisés à une fréquence moyenne de 18 mois (avant 2008 établissement ouvert en août 2007), sur les dernières années précédant l'évaluation, le projet individualisé était revu chaque année, conformément à l'obligation légale.

**Le SESSAD n'est pas soumis à l'obligation d'un CVS mais est de fait représenté, par un parent au sein du CVS de l'IMS, qui fonctionne en conformité avec le cadre légal.**

En sus du CVS, les jeunes peuvent s'exprimer lors de groupes de parole organisés par les psychologues sur presque tous les groupes de l'IMS. Les thématiques sont proposées par les jeunes eux-mêmes (sexualité par exemple). Il n'existe pas d'autre modalité de participation. La mise en place d'une enquête de satisfaction serait souhaitable.

**La fin de l'accompagnement au SESSAD est structurée.** La plupart des orientations concernent des sorties en milieu ordinaire. Si la situation se présente, le SESSAD aide à la recherche de nouveaux lieux et aux démarches administratives : le référent ou l'assistante sociale peuvent accompagner aux visites sur de nouveaux lieux de vie et aider aux démarches administratives liées à cette réorientation

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

**L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-2.** Le livret d'accueil a été travaillé dans sa forme et son contenu. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour sont remis au résident et à son entourage lors du processus d'admission, et la charte des droits et libertés est affichée dans l'établissement. La mission souhaite que l'adaptation et l'explication des diverses informations soit plus accrues auprès des familles notamment. De plus, elle rappelle que les contrats de séjour doit être signé dès l'entrée du nouveau résident.

**Le droit à la dignité et à l'intimité correspondent à une préoccupation des professionnels.** Les propos, postures et échanges des professionnels sont respectueux des usagers. **Le droit à la vie affective est également bien encadré.** Le règlement de fonctionnement précise les règles en vigueur au sein de l'établissement et précise que l'établissement concourt à l'information des jeunes sur la thématique.

**Le droit à l'autonomie est effectif au SESSAD.** Le maintien et la stimulation de l'autonomie constituent le fil rouge de l'accompagnement, qui privilégie le faire avec plutôt que le faire à la place. De plus, un dispositif proactif d'accompagnement des familles est en cours de mise en place. Il est prévu que des groupes de parole parents soient organisés trimestriellement pour les usagers présentant un polyhandicap.

**Les locaux du SESSAD sont implantés au sein de l'IMS Raphaël Babet qui a reçu un avis favorable de la Commission de sécurité du 14 mai 2013,** et est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire. Les opérations de maintenance sont réalisées, les plans d'évacuation sont actualisés et affichés dans l'établissement, le personnel est formé en matière de sécurité, etc.

**La continuité et la sécurité des interventions sont assurées** par une présence et permanence continue à l'accueil, la tenue quotidienne d'un relevé des présences et absences des enfants, la tenue d'un cahier de liaison avec les familles, un système s'astreinte 24h/24 est en place sur les aspects de sécurité, une gestion des remplacements structurée et adaptée au type d'établissement et aux catégories professionnelles concernées, la formation des salariés aux gestes de premiers secours, la formalisation de procédures d'urgence.

De plus, les médecins de la structure et/ou l'IDE peuvent gérer les problèmes médicaux urgents. Une trousse de secours est disponible dans les locaux

Une note de service rappelle l'obligation de signalement des informations préoccupantes. **L'IMS Raphaël Babet est par ailleurs en cours d'élaboration d'une fiche de signalement des événements indésirables.** Jusqu'alors, il n'existait pas de fiche, mais les événements dits « indésirables » étaient d'ores et déjà signalés par écrit au cadre du service. Un travail sur la culture du signalement devra être prévu, et une clarification avec des supports devra être réalisée.

**La dynamique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est en place sur l'établissement,** à travers notamment : diffusion des recommandations, réalisation de formations thématiques, etc...

## 5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

### 5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une évaluation interne menée de façon largement participative, accompagnée par un cabinet spécialisé</li> <li>La désignation d'un Comité de pilotage pour animer, suivre et garantir l'effectivité de la démarche</li> <li>La couverture de l'ensemble des champs réglementaires et recommandés par le référentiel utilisé</li> <li>L'organisation de groupes de travail incluant professionnels, familles, principaux partenaires (ARS, enseignants), ainsi qu'un membre du CA</li> <li>Une grande mobilisation des familles (plus de 30)</li> <li>La traduction des résultats en fiches actions précises, regroupés en 5 axes de progrès</li> <li>Un bilan de la démarche réalisé par le cabinet conseil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une démarche longue (fin 2011 à mi-2013) et lourde ayant pris appui sur un référentiel adapté par le cabinet</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la prochaine évaluation interne, veiller à limiter la démarche dans le temps pour conserver la mobilisation des acteurs, prendre appui sur un référentiel unique de bout en bout</li> </ul>
<b>Les instances de suivi et de pilotage permettant de pérenniser la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La désignation d'un COFIL en charge du suivi des actions issues de l'évaluation interne, se réunissant deux fois par an</li> <li>La mobilisation prévue de ce même COFIL sur le suivi du projet d'établissement et de l'évaluation externe, apportant une cohérence d'action</li> <li>Un bon niveau de mise en œuvre des actions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prégnance dans le plan d'actions issu de l'évaluation interne d'actions complexes, ne dépendant pas de la seule compétence de l'établissement</li> <li>Un questionnement des membres du COFIL sur leur légitimité à se prononcer sur la priorisation, l'ajournement ou l'abrogation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la prochaine évaluation interne, veiller à l'opérationnalité et la faisabilité des actions identifiées</li> <li>Identifier des indicateurs de suivi et de résultats permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ciblés</li> <li>Organiser une communication régulière sur les actions issues de la démarche d'évaluation interne</li> </ul>

	<p>de certaines actions compte-tenu de leur nature (voir ci-dessus)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de temps de préparation des COPIL</li> <li>▪ Une identification limitée par les professionnels des actions du COPIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les actions de nature à étendre le rôle du COPIL au-delà du pilotage des suites de l'évaluation interne, pour en faire un véritable « COPIL qualité »</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>▪ Un fonctionnement en « mode projet » en place depuis plusieurs années, via l'organisation de COPIL sur les différents projets de l'IMS</li> <li>▪ Un fonctionnement qui permet la participation des professionnels et des familles aux réflexions structurantes pour l'IMS</li> <li>▪ Une attention portée à recueillir la satisfaction des usagers et familles (démarche projet individualisé, implication des familles dans la vie institutionnelle...)</li> <li>▪ Une attention portée aux demandes, (rares) plaintes et réclamations</li> <li>▪ Une bonne structuration des processus clés de fonctionnement (admission, PI, gestion du dossier etc.) et la formation de certains protocoles et procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'enquête de satisfaction</li> <li>▪ Veiller à une bonne rationalisation de la pratique des COPIL pour garantir leur efficience et la motivation des acteurs (ciblage des thématiques devant être traitées de manière participative, ciblage des points sur lesquels le COPIL doit spécifiquement se prononcer etc.)</li> <li>▪ Prévoir l'organisation d'enquêtes de satisfaction, permettant une mesure régulière et formalisée de la satisfaction, des comparaisons dans le temps et une alimentation de la démarche qualité</li> <li>▪ Formaliser la procédure de gestion des plaintes et réclamations</li> <li>▪ Prévoir une analyse consolidée des plaintes et motifs d'insatisfaction en COPIL qualité</li> <li>▪ En matière de gestion documentaire : redéfinir la terminologie utilisé pour une meilleure adéquation aux standards qualité, définir le circuit documentaire</li> <li>▪ Formaliser les procédures clés : admission, PI, dossier, sortie etc.</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>La diffusion des RBPP de l'Anesm et HAS</li> <li>Leur évocation dans les différentes réunions de fonctionnement</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre leur appropriation et leur utilisation dans les réflexions structurantes menées sur l'établissement</li> </ul>
<b>La mobilisation des recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation des RBPP dans différentes démarches structurantes pour l'IMS (projet d'établissement, évaluation interne, projet individualisé...)</li> </ul>	-	

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un projet d'établissement commun à l'IMS valable pour la période 2012-2016</li> <li>Une rédaction participative, accompagné par un cabinet spécialisé</li> <li>Le pilotage de la démarche par un COPIL pluridisciplinaire désigné conformément à une pratique généralisée sur l'IMS (<i>voir ci-dessus</i>)</li> <li>L'approbation du projet par la commission PH de la Fondation, le CVS et le CE, son adoption par le CA de la Fondation en juin 2012</li> <li>Un projet conforme à la réglementation et aux RBPP de l'Anesm en termes de contenu, dont le plan est pertinent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une participation limitée des partenaires</li> <li>Une implication indirecte des usagers et familles via le CVS</li> <li>Une partie peu développée dans le PE : la gestion des paradoxes</li> <li>Un projet technique, peu accessible aux lecteurs extérieurs ou novices</li> <li>Une identification et une appropriation variables du PE par les professionnels rencontrés en entretiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la prochaine réévaluation du projet, réfléchir à des modalités de participation plus dense des partenaires, familles et usagers</li> <li>Prévoir la participation d'au moins un membre par groupe éducatif</li> <li>Décliner le projet d'établissement en « projets de services »</li> <li>Renforcer la dimension « outil de communication » du projet via la rédaction d'une synthèse de quelques pages</li> <li>Effectuer un rappel quant au projet d'établissement</li> </ul>

- Sa présentation aux professionnels puis aux familles, son évocation lors des embauches
- L'organisation du suivi par le COPIL évaluation interne
- 

**Cohérence et pertinence du projet**

- Un projet cohérent avec les orientations et valeurs de la Fondation, auxquelles il fait référence, validé par le CA
  - Un projet cohérent avec les missions posées par le CASF et les orientations de politique publique
  - Un dispositif IMS complet permettant une bonne réponse aux besoins des usagers sur le territoire
  - Un taux d'occupation satisfaisant témoignant de la réponse aux besoins, une gestion souple au sein des agréments
  - Une localisation pertinente du SESSAD au sein de l'IMS et porteuse d'atouts : mutualisation de moyens, ressources, expertises...
  - Une bonne dynamique d'adaptation aux besoins : politique de décloisonnement mettant au centre le projet des jeunes plus que le handicap, innovations constantes et créations de nouveaux groupes/projets (projet de SESSAD TED), politique de formation active
  - Des ressources humaines et un plateau technique adaptés en termes de compétences et de qualification au SESSAD
  - Des ressources transversales (logistiques, administratives...) venant compléter et renforcer les compétences spécifiques
  - Des partenariats efficaces et pour la plupart conventionnés (notamment avec l'éducation nationale)
- Une grosse problématique d'aval pour tout l'IMS, un manque de solutions qui inquiète les familles, sur lesquels l'établissement est mobilisé
  - Une implantation au sein du SESSAD au sein de l'IMS qui peut ponctuellement être limitante au regard de la mission (domicile)
  - La difficulté logistique liée à la gestion des véhicules
- Poursuivre les actions, en lien avec les pouvoirs publics, de nature à trouver des solutions d'aval pour les jeunes
  - Poursuivre les actions favorisant la désinstitutionnalisation et l'ouverture sur l'extérieur
  - Repenser l'organisation globale du parc de véhicule sur l'IMS : mettre en place un planning avec un système de réservation des véhicules ; réfléchir à la faisabilité d'identifier certains véhicules spécifiquement pour le SESSAD, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des ressources matérielles de qualité</li> </ul>		
<b>Qualité d'accompagnement</b>	<u>Qualité des espaces</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un site agréable et accueillant</li> <li>Des espaces jugés accessibles lors de l'ouverture de l'IMS en 2007</li> <li>Des équipements thérapeutiques mutualisés qui profitent à tous l'IMS (salle de balnéothérapie par exemple)</li> <li>Des espaces bien entretenus, en conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité</li> </ul>	<u>Qualité des espaces</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des locaux globalement exigus</li> </ul>	<u>Qualité des espaces</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre l'effort d'aménagement des espaces</li> </ul>
	<u>L'accompagnement socio-éducatif</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un accompagnement éducatif de qualité, soutenu par la présence de trois éducateurs spécialisés</li> <li>Une offre d'accompagnement pertinente, qui s'adapte à l'environnement de vie de chaque usager et propose des interventions en individuel ou en collectif</li> <li>Un accompagnement éducatif tourné également vers les familles et le soutien à la parentalité</li> <li>Un accompagnement structuré par la désignation d'un binôme chef de service/ psychologue, ma formalisation de plannings pour les professionnels et des jeunes, de protocoles d'évaluation ou encore par la référence éducative</li> <li>Une personnalisation effective (accompagnements individuels, coordination effective des intervenants, structuration des groupes en fonction des besoins)</li> </ul>	<u>L'accompagnement socio-éducatif</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'absence de projet de service spécifique au SESSAD</li> </ul>	<u>L'accompagnement socio-éducatif</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser un projet de service spécifique au SESSAD</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une coordination effective entre professionnels du SESSAD et avec les partenaires de l'établissement (Education nationale, professionnels libéraux, GUT par exemple)</li> </ul>		
	<p><u>L'accompagnement thérapeutique et psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La désignation d'un médecin et d'une infirmières référentes La mobilisation d'une secrétaire médicale, qui aide à l'organisation et à la coordination des interventions thérapeutiques</li> <li>▪ L'organisation d'une consultation annuelle à minima avec le médecin généraliste</li> <li>▪ Des réunions permettant une coordination sur le volet thérapeutique</li> <li>▪ Une organisation soignante en cours d'installation, bénéficiant de l'expérience de l'IMS (dossier, protocoles etc...)</li> <li>▪ Un accompagnement psychologique de qualité, tourné vers les jeunes, les familles et les professionnels</li> <li>▪ Des jeunes suivis en individuel ou bénéficiant de groupes de parole mutualisés avec l'unité d'enseignement collège</li> <li>▪ Un accompagnement à la parentalité</li> <li>▪ Un accompagnement des professionnels dans la mise en place des outils éducatifs</li> </ul>		<p><u>L'accompagnement thérapeutique et psychologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Structurer et développer encore l'offre d'accompagnement psychologique existante et l'organisation soignante</li> <li>▪ Renforcer le temps infirmier, poursuivre la structuration de l'organisation</li> </ul>
	<p><u>L'accompagnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intervention d'une assistante sociale</li> <li>▪ Une intervention qui concourt à la personnalisation et à la pertinence de l'accompagnement, l'assistante sociale intervenant dans la construction des PI</li> </ul>		<p><u>L'accompagnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réfléchir à la pertinence de faire intervenir l'assistante sociale sur des temps collectif d'explicitation des droits des usagers (droits liés à la charte, droits civiques) et leurs modalités d'exercice (droit d'expression au travers du CVS notamment, personne qualifiée, droit de vote,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un travail sur la mise en autonomie progressive des jeunes grâce à l'enseignement du fonctionnement et des modalités de réception de l'AAH</li> </ul>		droit à la compensation, etc.), objectiver les besoins de temps complémentaire à cette fin
--	--	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une implantation territoriale pertinente au regard du territoire d'intervention du SESSAD</li> <li>Un site accessible et très bien indiqué</li> <li>Un service ouvert à son environnement, qui favorise la venue de personnes extérieures au sein de ses murs (médecins libéraux, familles, etc.)</li> <li>Un service ouvert sur son environnement : intervention en milieu ordinaire, classes délocalisées, sorties et activités en extérieur en matière socio-éducatives, etc.</li> <li>L'accueil régulier de stagiaires</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre l'effort de formalisation des partenariats, en particulier les collaborations existantes afin de les pérenniser</li> </ul>
<b>Visibilité et perception de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un établissement très bien repéré et qui fait référence, considéré comme une ressource dans le sud en matière de handicap</li> <li>Une très grande satisfaction exprimée par les usagers, tant sur la qualité de l'accompagnement (bénéfices perçus importants) que sur l'implication des professionnels ou encore le cadre d'accueil</li> <li>Des familles qui soulignent la qualité des relations qu'ils entretiennent avec l'IMS (co-construction effective de l'accompagnement, information au quotidien, écoute et disponibilité des professionnels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des partenaires qui estiment que la coordination avec certaines équipes est encore perfectible et qu'elle pourrait être systématisée à certains égards (</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuer à harmoniser les pratiques en matière de coordination partenariale et accroître encore la coordination avec des partenaires médico-sociaux pour améliorer la continuité des parcours</li> </ul>

- Des partenaires particulièrement satisfaits de leur partenariat avec l'IMS, qui soulignent la disponibilité des professionnels, la qualité des relations qu'ils entretiennent avec eux (cordialité, coordination satisfaisante) ainsi que les apports mutuels qu'ils en retirent

## 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>▪ Un temps d'admission détaillé dans le projet d'établissement spécifiquement pour le SESSAD</li> <li>▪ La tenue d'une liste d'attente spécifique au SESSAD</li> <li>▪ Un temps d'admission pluridisciplinaire, qui implique plusieurs métiers (cadre, médecin, psychologue, équipe éducative, anciens partenaires)</li> <li>▪ A l'admission, la recherche systématique du consentement de l'utilisateur et/ou de sa famille</li> <li>▪ Un temps d'accueil correctement préparé, les professionnels étant informés de la venue d'un nouvel usager, un référent étant nommé, une visite et un temps d'inclusion progressifs étant réalisés</li> <li>▪ Des réorientations préparées en amont</li> <li>▪ Un établissement qui aide à la recherche de nouveaux lieux et aux démarches administratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de procédure structurant le processus d'admission et d'accueil</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser la procédure d'admission et d'accueil</li> </ul>

<b>Les conditions d'élaboration des projets personnalisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche de projets individualisés effective de longue date, 100% des projets individualisés étant réalisés en date d'évaluation</li> <li>▪ Une démarche structurée, se faisant en co-construction et en pluridisciplinarité, constituant un vrai pont fort de l'IMS</li> <li>▪ Un contenu de qualité, qui inclut l'ensemble des dimensions de l'accompagnement de façon homogène, qui détaille les besoins de l'utilisateur, souhaits de sa famille et est mis en avenant au contrat de séjour</li> <li>▪ Un suivi effectif des PI, réalisé annuellement conformément à l'obligation légale</li> <li>▪ Une réunion de PI très riche et très bien structurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'indicateurs de suivi dans les PI</li> <li>▪ L'absence de formalisation d'une procédure détaillant les modalités d'élaboration des PI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réfléchir à la pertinence de désigner, pour chaque objectif et action, des indicateurs de suivi facilitant l'évaluation des projets d'une année sur l'autre</li> <li>▪ Formaliser la procédure détaillant les modalités d'élaboration des projets individualisés</li> </ul>
<b>Le respect des choix/préférences des usagers et conciliation vie collective/personnalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche PI très effective, qui permet le recueillir et de respecter des choix des usagers</li> <li>▪ Un accompagnement qui conjugue justement le collectif et l'individuel/ le personnalisé au quotidien</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>L'effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'un CVS fonctionnant en conformité avec son cadre légal et réglementaire, bien identifié par les usagers</li> <li>▪ Une dynamique efficace et riche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La méconnaissance du CVS par les familles</li> <li>▪ La non identification des comptes rendus de CVS par les familles</li> <li>▪ L'absence d'adaptation des comptes rendus du CVS au public accueilli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travailler à faire connaître le CVS aux familles pour favoriser les questions des familles et la constitution, par elles, de l'ordre du jour. Par exemple, un listing mail/ téléphone/ adresses des familles pourrait être constitué et servir à</li> </ul>

- L'existence de groupes de parole permettant aux jeunes de s'exprimer

l'information des familles de la tenue du CVS et de la possibilité d'émettre des questions

- Formaliser des comptes rendus et les communiquer de façon repérable aux familles et aux résidents
- Afficher les comptes rendus en divers endroits et lieux de passage fréquents (entrée, salle des professionnels, salles de restauration, etc.)
- Adapter le format de restitution aux usagers (restitution orale, PowerPoint facile à lire et à comprendre, pictogrammes, images, etc.)
- Réfléchir à l'opportunité de faire présider le CVS par un usager

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des outils de la loi 2002-2 effectifs (existence du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour, affichage de la charte et évocation du 119 et de la personne qualifiée dans le livret d'accueil)</li> <li>▪ Un droit à l'information effectif (information des familles, contacts réguliers, souci de verbaliser les actes réalisés)</li> <li>▪ Un droit à la protection assuré, notamment par un cadre sécurisé, le stockage des dossiers</li> <li>▪ Un droit à l'autonomie effectif au SESSAD, l'autonomie constituant le fil rouge de l'accompagnement (faire avec plutôt que faire à la place de)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une charte affichée dans un lieu unique et méconnue des familles</li> <li>▪ Un règlement de fonctionnement qui n'est pas adapté à la déficience des usagers, pas affiché dans les locaux et pas distribué aux professionnels nouvellement recrutés</li> <li>▪ Des contrats de séjour qui n'ont pas tous été signés dans le mois suivant l'admission</li> <li>▪ Des écrits parfois, et très ponctuellement, inadaptés dans les dossiers examinés (langage informel et subjectif, propos dépréciateurs des parents des usagers quant à leur enfant rapportés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher la charte des droits et libertés en divers endroits et travailler à son appropriation par les usagers et leurs familles</li> <li>▪ Réfléchir à l'adaptation du règlement de fonctionnement à la déficience des usagers accueillis à l'IMS (pictogrammes, couleurs, dessins/images...)</li> <li>▪ Remettre le règlement de fonctionnement aux professionnels nouvellement recrutés</li> <li>▪ Réorganiser la signature du contrat de séjour afin de permettre la tenue des délais réglementaires (envoi à l'avance du document pour une signature effective le jour de l'admission par exemple)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une intimité préservée</li> <li>▪ Une dignité respectée (propos et postures adaptés, attention portée aux temps de soins, respect du droit à l'image, etc.)</li> <li>▪ Des liens familiaux et amicaux respectés, les professionnels se concertant efficacement avec les familles à plusieurs moments de l'année (temps de rencontres institutionnels, échanges autour du PI...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retravailler la question du secret partagé et plus largement du secret professionnel en équipe pour inscrire l'intervention des professionnels dans le cadre de la loi (connaissance des règles juridiques afférentes au secret professionnel et au secret partagé, réflexion sur les moyens de conjuguer pluridisciplinarité et légalité – accord de l'utilisateur recueilli en amont par exemple)</li> <li>▪ Observer une vigilance quant à aux écrits dans les dossiers (privilégier les éléments factuels et appréciations objectives, garder à l'esprit que chaque dossier appartient à l'utilisateur ou son représentant légal et peut être lu à tout moment)</li> <li>▪ Envisager une formation des professionnels sur la vie affective et sexuelle</li> </ul>
<p><b>Sécurité des lieux et de personnes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La conformité de l'IMS aux normes d'hygiène et de sécurité</li> <li>▪ Le registre de sécurité tenu à jour</li> <li>▪ La réalisation des opérations de contrôle et de maintenance</li> <li>▪ L'affichage des plans d'évacuations et consignes incendie</li> <li>▪ La signature d'un contrat cadre avec une société de maintenance générale</li> <li>▪ La formation SST des agents, ainsi qu'aux consignes de sécurité incendie</li> <li>▪ La maîtrise du risque légionnelle (réalisation des contrôles...)</li> <li>▪ La signature d'une convention DASRI</li> <li>▪ L'existence d'une procédure spécifique en cas de cyclone</li> <li>▪ La bonne organisation de la fonction maintenance, le bon entretien du bâtiment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de plan bleu</li> <li>▪ L'absence de traçabilité des demandes de maintenance</li> <li>▪ Réaliser un plan bleu précisant « l'organisation rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature »</li> <li>▪ Réaliser les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité incendie (manipulation des extincteurs) deux fois par an</li> <li>▪ Instaurer une traçabilité des tâches de maintenance à réaliser pour permettre leur priorisation d'une part, et une analyse des demandes fréquentes d'autre part, ainsi qu'une traçabilité des actions réalisées</li> </ul>

<p><b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une bonne continuité et sécurité des interventions via : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une présence continue à l'accueil</li> <li>- La tenue quotidienne d'un relevé des présences/absences des enfants</li> <li>- La tenue d'un cahier de liaison avec les familles</li> <li>- Un système d'astreinte 24h/24</li> <li>- Une gestion structurée des remplacements</li> <li>- La formation SST et incendie du personnel</li> <li>- La formalisation de procédures d'urgence</li> </ul> </li> <li>▪ Le travail en cours sur une fiche de signalement des événements indésirables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La fiche en cours de travail ne distinguant pas la maltraitance des autres types d'événements indésirables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser des procédures d'urgence manquantes : accident, fugue...</li> <li>▪ Distinguer la fiche de signalement des actes de maltraitance de la fiche de signalement des événements indésirables (nature des faits différente)</li> </ul>
<p><b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'un CHSCT se réunissant dans le respect des obligations réglementaires, travaillant en lien étroit avec la médecine du travail</li> <li>▪ L'existence d'un DUERP</li> <li>▪ Une démarche d'évaluation des risques psychosociaux en cours</li> <li>▪ L'existence de mesures permettant de lutter contre l'usure professionnelle : formation gestes et posture, autres formations, réflexion sur la mobilité qui est encouragée, réunions d'équipe, GRP...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un DUERP établi par local et non par unité de travail, à compléter et réactualiser tous les ans</li> <li>▪ L'absence d'analyse des pratiques par un intervenant extérieur sur le SESSAD</li> <li>▪ L'arrêt des entretiens annuels dans le cadre d'une réflexion au niveau de la Fondation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablir le DUERP par unité de travail au sens de la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002, le réviser annuellement</li> <li>▪ Conformément aux RBPP Anesm, mettre en place une analyse des pratiques professionnelles (sous réserve de trouver un intervenant qui réponde aux besoins)</li> <li>▪ Structurer les principes de mobilité du personnel</li> </ul>

<p><b>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une bonne dynamique de promotion de la bientraitance (diffusion des RBPP Anesm, réalisation de formation sur la bientraitance, instauration d'un COPIL sur la mise en place d'un comité d'éthique, affichage charte, discussion et échanges en réunions, groupes de parole...)</li> <li>▪ L'observation lors de la visite sur site de propos et postures bientraitants</li> <li>▪ L'existence d'une note de service rappelant l'obligation de signalement des informations préoccupantes,</li> <li>▪ La mention du n° 119 dans le livret d'accueil et son affichage dans les locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de mention de la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents loi 2002-2</li> <li>▪ Une obligation de signalement connue mais un processus mal identifié de la part de certains professionnels rencontrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clarifier les notions de bientraitance/maltraitance/événement indésirable/information préoccupante</li> <li>▪ Rappeler la procédure de signalement (obligation, régime de protection...)</li> <li>▪ Mentionner la procédure de signalement des actes de maltraitance dans les documents remis aux usagers (règlement de fonctionnement et/ou livret d'accueil)</li> <li>▪ Afficher le n° 119 de façon visible dans les locaux</li> </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 de la structure et de son encadrement pour la bonne marche de l'évaluation externe. La visite sur site a été facilitée par un accueil ouvert, tant de la part de la direction que par les professionnels, les usagers et les familles, qui ont été informés de la teneur de la mission. 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 satisfaisant** : le SESSAD propose un accompagnement de qualité et conforme aux missions de ce type de structure aux jeunes déficients moteurs et intellectuels qu'il reçoit, et propose un haut niveau de personnalisation de la prise en charge, centré sur le projet de chaque jeune, formalisé dans les projets individualisés et mis en œuvre au quotidien. Pour ce faire, il dispose d'une équipe pluridisciplinaire régulièrement formée, d'équipements adaptés, et de l'appui du pôle d'expertise et de ressources que constitue l'IMS au sein duquel il est implanté. Les professionnels sont très engagés, respectueux des usagers, et soucieux de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli.

**Le SESSAD est par nature ouvert sur l'extérieur.** Les liens partenariaux sont nombreux, de qualité et régulièrement évalués même s'il existe un enjeu de les formaliser par des conventions. Les efforts déployés par l'équipe pour soutenir l'inclusion sociale sont à souligner, passant notamment par une présence éducative dans les lieux d'inclusion.

Cette dynamique positive est soutenue par un encadrement disponible et impliqué et par une **démarche qualité** ancrée dans les pratiques au quotidien.

## 5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
<b>Outils utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée</li> <li>▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)</li> <li>▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...)</li> <li>▪ Visite de l'établissement</li> <li>▪ Temps d'observation : déjeuner, temps de transmission, temps d'activités</li> </ul>
<b>Modalités d'implication des parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien avec la Direction</li> <li>▪ 13 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels</li> <li>▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux</li> <li>▪ Entretiens avec un groupe d'usagers</li> <li>▪ 5 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires</li> </ul>
<b>Déroulé de l'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de mois : 4 mois</li> <li>▪ 8 septembre : validation du projet évaluatif</li> <li>▪ 22 et 23 septembre 2014 : évaluation sur site</li> <li>▪ 7/11/14 : remise du pré-rapport</li> <li>▪ 22/12/14 : remise du rapport définitif</li> </ul>
<b>Nombre de jours-hommes sur site</b>	10 jours/homme sur l'IMS
<b>Date de début et de fin de mission</b>	8 septembre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 22 décembre 2014 (envoi du rapport final)

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

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>Le déroulement de l'évaluation externe s'est réalisé conformément au pré programme établi avec une souplesse d'adaptation bien nécessaire au regard des événementiels institutionnels à gérer.</p> <p>La consultation des documents préalablement envoyés a été effective et a permis à la mission d'évaluation de mieux cerner l'organisation institutionnelle, sa complexité, son projet et ainsi de plus centrer sa mission sur site sur une appréhension des éléments et fonctionnements quotidiens.</p> <p>Les différents échanges préparatoires à la mission et au rapport ont été réalisés de façon efficace (direct et concis) avec des délais de retours très convenables</p> <p>Si le « timing » était dense en une période d'année déjà bien chargée, les échanges avec la mission d'évaluation ont été structurés et respectueux des personnes (personnes accueillies, familles, salariés et partenaires).</p> <p>Le temps passé sur place par la mission d'évaluation a été suffisant pour mesurer les enjeux et la réalité institutionnels y compris dans sa dynamique de désinstitutionalisation, de participation des familles, de décloisonnement des dispositifs.</p>	<p>Les conclusions de l'évaluation sont en accord avec les retours réalisés en cours de mission et au moment de la restitution « à chaud ».</p> <p>Les différentes remarques d'amélioration de la qualité des prestations sont conformes à l'esprit de la démarche engagée par l'établissement et viennent en définition d'axes d'amélioration à profiler.</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](http://www.eqr-management.com)

SIRET 510 818 065 00029

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

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

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

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

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

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

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

**B3 - Compte (s) à créditer :**

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

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

\*\* Numéro de compte :

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> <small>68 rue de la Concorde - 75009 PARIS</small>

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

## 6.2. Composition des équipes



### Beverly DERRIEN | Manager

#### Présentation

Forte d'une dizaine d'années d'expérience dans le secteur médico-social, Beverly Derrien a principalement développé son expertise en matière d'organisation et de gestion des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

Anciennement Directrice des Systèmes Organisationnels & Qualité au sein d'une association gestionnaire d'établissements médico-sociaux, elle a contribué à l'élaboration de référentiels d'organisation, à la formalisation de processus et à la construction de systèmes qualité. Son parcours lui a permis de développer une bonne connaissance des problématiques et enjeux actuels des gestionnaires d'établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

#### Carrière

- Depuis janvier 2013 : Consultante senior, EQR Conseil
- 2007-2012 : Directrice de l'Organisation et de la Qualité chez Adef Résidences, association gestionnaire d'une trentaine d'établissements d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées
- 2005-2007 : Chef de projets organisationnels au sein de cette même structure
- Réalisation d'audits organisationnels et audits qualité, formations à la culture qualité

#### Formation

- Formation initiale :
  - Master II Management de la Santé, IAE de Nantes
  - Sciences Po Rennes, filière « Service Public »
- Formation continue :
  - Réalisation d'Évaluations Externes dans le cadre de la Loi 2002-2

#### Clients

- Agences publiques nationales (ANAP...)
- Conseils généraux (CG Charente...)
- Associations départementales ou locales (ADAPEI 22, APAJH 44...)
- Fédérations, fondations (Mutualité Française Anjou Mayenne, Mutualité Française Indre Touraine, Association Partage Accueil...)
- Organismes gestionnaires, établissements et services sociaux et médico-sociaux

### Beverly DERRIEN | Manager

#### Références

##### Accompagnement stratégique, gestion et pilotage de projet :

- ANAP – Formation en région à la seconde expérimentation d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social
- ANAP – Accompagnement de l'ARS Centre à la structuration du projet territorial d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées (PAERPA)
- FNAT – Formation des chefs de projet à la démarche qualité; Formation préparatoire à l'évaluation externe
- ADAPT Haute Normandie - Accompagnement de l'association à l'évaluation interne et la mise en place de la démarche qualité

##### Audits organisationnels :

- Conseil Général de Charente – Audit de deux associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux
- Association Hospitalière Orne-Moselle – Audit de l'organisation médicale et soignante de l'Hôpital Saint-François de Marange-Silvange

##### Evaluations externes :

- Mutualité Française Anjou Mayenne : Foyer d'Hébergement pour travailleurs handicapés et UPHV « Résidence Arceau »
- APAJH 44 : SESSAD, S3AIS, SSEFIS « La Durantière »
- ADAPEI 22 : Pôle adulte de Tréguier (ESAT, FH, FV, SAVS, SATRA) ; Pôle adulte de Loudéac (ESAT, FH, FV, SAVS, SATRA) ; Pôle enfance de Loudéac (IME, SESSAD) ; Pôle « grande dépendance » de Saint Brieuc (MAS des Sorbiers, MAS Roc Bihan)
- Mutualité Française Indre Touraine : EHPAD de Beaune
- UGECAM PACA Corse : ITEP Vosgelade; IME-SESSAD Henri Wallon; MAS Pignans
- Association Partage Accueil : EHPAD « Grenelle » (Paris XVème); EHPAD « La Chaume » (Issoudun); EHPAD « Notre-Dame des Apôtres » (Colmar)
- Association Monsieur Vincent : EHPAD-FV « Saint-Georges de Lisle » (Saint-Fraimbaut de Prières)
- AGAPEI : Unité de gestion de Flourens (ESAT Vignalis, FH, Section d'accompagnement du temps libéré)
- Fondation Léopold Bellan



## Anne-Lise BRASSEUR | Consultante

### Présentation

Diplômée de l'Institut d'Etudes Politiques de Lille en Affaires publiques, Anne-Lise Brasseur est consultante chez EQR depuis janvier 2013.

Forte de sa connaissance des affaires publiques, elle intervient auprès des collectivités et associations en accompagnement à l'action publique. Ayant travaillé auprès de grandes agences d'Etat et administrations, elle maîtrise les techniques de recueil et d'analyse de données pour l'évaluation des politiques publiques, domaine dans lequel elle s'est spécialisée. Responsable associative de pôles RSE, Qualité, ou du Contrôle de gestion dans plusieurs associations, elle connaît très bien les procédés de gestion de la qualité et d'amélioration continue.

Ayant réalisé plus d'une trentaine d'évaluations externes d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, Anne-Lise dispose d'une expertise approfondie du secteur et de ses enjeux.

### Carrière

- Depuis Janvier 2013 : Consultante EQR
- Membre de la Société Française d'Evaluation, participation au Club de l'Île-de-France

### Formation

- Masters I et II en Affaires publiques et gestion des biens communs, mention Métiers de l'action publique
- Mémoire de recherche : L'externalisation de l'évaluation des politiques publiques territoriales
- Premier cycle en filière générale à l'Institut d'études politiques de Lille

### Références

- **Evaluations externes des ESMS**
  - Handicap
    - ADAPEI 22, Pôle adultes handicapés de Loudéac : Foyer d'hébergement, foyer de vie, SAVS, SATRA
    - ADAPEI 22, Pôle adultes handicapés de Guingamp : ESAT, Foyer d'hébergement, foyer de vie, SAVS, SATRA
    - UGECAM PACA CORSE : MAS La Source
    - ADAPEI 82 12 : ESAT, Foyer d'hébergement
    - AGAPEI, Pôle adultes handicapés : Foyer logement, d'hébergement, ESAT, SAVS du Comminges; ESAT La Caillaouère
    - AGAPEI, Pôle enfance : IME Autan Val Fleuri

## Anne-Lise BRASSEUR | Consultante

### Références (suite)

- ASEI: ITEP Le Comminges
- FONDATION LEOPOLD BELLAN: IME La Sapinière
- MUTUALITÉ FRANÇAISE INDRE-TOURAIN : SESSD Mirabeau, SAMSAH Blois
- ADAPEI 56: SAAD Envol et Hermine
- Personnes âgées :
  - FONDATION CAISSES D'EPARGNE POUR LA SOLIDARITE: EHPAD Arthur Gardiner, EHPAD Héol
  - ASSOCIATION MONSIEUR VINCENT : EHPAD (Metz, Val de Bièvre, Ste Hélène) et EHPAD / foyer de vie Saint-Georges de Lisle
- Protection de l'enfance:
  - APPRENTIS D'AUTEUIL : MECS Côte Saint-André
- **Evaluation interne**
  - UDSM : CSAPA La Corde Raide
- **Audit**
  - GCSMS Accueil Savoyard : Audit financier, de fonctionnement et de gestion de l'ITEP La Ribambelle
- **Evaluations de politiques publiques**
  - AGEFIPH: Evaluation des aides et appuis au développement de l'apprentissage pour les personnes handicapées
  - POLE EMPLOI : Evaluation du dispositif de retour à l'emploi des cadres
  - AFD : Evaluation stratégique des projets de santé en Outre-mer
  - ARS HAUTE-NORMANDIE : Evaluation des missions recentralisées
  - ARS PICARDIE : Evaluation des 8 pôles d'Education Thérapeutique du Patient

### ➤ Missions d'appui stratégique

- UNAPEI : Elaboration et rédaction du projet associatif global 2013-2018
- UNAPEI – FEGAPEI : Soutien à la FEGAPEI et à l'UNAPEI dans leur processus de rapprochement
- AVVEJ : Appui à la rédaction du projet de service (SESSAD)
- CCAS Auxerre : Appui à la municipalisation des services des ABAS (CHRS)

### ➤ Formation

- ANAP : Formations au Tableau de Bord médico-social (sessions 2014)

### 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



EQR CONSEIL  
Membre du Réseau des Évaluations  
Paris PARIS

