

RAPPORT DE L'ÉVALUATION EXTERNE

Foyer d'Accueil Médicalisé Myosotis

I.A.D.E.S

Antonella Relli
Germaine Peyronnet

17 juillet 2012

SOMMAIRE

IDENTITE DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE	3
LE CADRE, LES OBJECTIFS ET LA DEMARCHE DE L'EVALUATION	
EXTERNE	4
Cadre légal de l'évaluation externe (art. L312-8 CASF)	4
Définition des instances, du protocole de l'évaluation et élaboration du questionnaire évaluatif.....	5
Les instances/interlocuteurs porteurs de la démarche d'évaluation.....	6
Les étapes pour chaque structure	6
L'EVALUATION INTERNE	10
Les résultats de l'évaluation.....	10
Observations sur l'évaluation interne réalisée au Foyer Myosotis.....	13
LES ELEMENTS DE L'ANALYSE	14
Le questionnaire évaluatif.....	14
La dimension médicale au Foyer Myosotis.....	16
La mise en œuvre du projet du Foyer Myosotis, l'organisation et la qualité de l'accompagnement des résidents.....	22
L'adéquation entre le projet et les ressources humaines du Foyer d'accueil médicalisé	24
Un travail partenarial bien structuré et diversifié qui témoigne d'une qualité de dialogue et d'une compétence reconnue	25
LES PRECONISATIONS	26
Les résidents accueillis au Foyer d'Accueil Médicalisé Myosotis.....	26
L'exercice de la citoyenneté, un droit à rendre effectif.....	26
La bientraitance, une exigence à faire progresser.	26
Accompagner les familles à trouver leur place.....	27
L'organisation et le management.....	27
L'ouverture du Foyer sur son environnement	28
LISTE DES ANNEXES.....	29
1 Documents de cadrage de la mission : la proposition, la composition de l'équipe et le calendrier de réalisation + convention jointe.....	29
2. La composition du comité de pilotage	29
3. La liste des partenaires rencontrés.....	29
4. La bibliographie.....	29
5. Présentation synthétique du rapport d'évaluation au comité de pilotage du 16 juillet 2012 (joint).....	29

Présentation synthétique de l'Établissement

IDENTITE DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

ETABLISSEMENT :	Foyer d'Accueil Médicalisé
ADRESSE :	11 Rue de l'Ermitage
TELEPHONE :	01 64 59 27 50
ORGANISME GESTIONNAIRE :	IADES
PRESIDENT :	Mme Dung
DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION :	Christian Leguerrier
DIRECTEUR DE LA STRUCTURE :	arnaud BECAVIN
NUMERO D'AGREMENT :	910812411
POPULATION ACCUEILLIE ET NOMBRE DE PLACES :	30 Adultes reconnus handicapés mentaux par la CDAPH
AUTORITE DE CONTROLE ET DE TARIFICATION :	Conseil Général de l'Essonne et ARS
BUDGET 2010 :	3 662 225€
DATE DE RENOUELEMENT D'AUTORISATION :	12/09/2019
EVALUATION INTERNE	Réalisée entre Avril 2008 et Décembre 2009 par le cabinet ALFÖLDI

Établissement habilité par le Conseil Général et l'ARS pour accueillir, sur décision d'orientation de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) - des personnes polyhandicapées ou déficientes mentales présentant des troubles de la personnalité. Créé par l'I.A.D.E.S., le foyer Myosotis ouvre ses portes en septembre 2004 et reçoit 30 personnes, âgées d'au moins 20 ans : 18 personnes polyhandicapées et 12 présentant des troubles envahissants du développement.

Ces personnes sont prioritairement domiciliées dans le département de l'Essonne.

Actuellement l'établissement compte 27 résidents en accueil permanent, 2 résidents externes avec possibilité d'internat séquentiel et 1 résident en accueil temporaire.

Le FAM Myosotis fonctionne et s'organise sur trois niveaux accessibles aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant :

- deux unités de vie, chacune comportant 14 chambres individuelles avec une salle de bain avec toilettes privative ou pour 2 chambres. Chaque unité de vie est composée d'espaces collectifs : salles à manger, salles d'activités, salle « tapis », salons télé, salles de transmissions. Chaque unité de vie dispose d'une terrasse sécurisée.

- un rez-de-chaussée bas, particulièrement réservé aux activités médicales et paramédicales qui regroupe l'infirmier, la salle de kinésithérapie, les bureaux de la psychologue, des psychomotriciennes, de l'ergothérapeute et des médecins. S'y trouvent également l'espace sensoriel Snoezelen, la balnéothérapie, ainsi qu'une salle réservée à la relaxation et au toucher relationnel.

Il existe un espace polyvalent, vaste et modulable, qui permet le déroulement de différentes activités et temps forts de l'institution (fêtes, réunions des résidents, rencontre avec les familles...) ou, selon un protocole établi, « l'isolement » sous surveillance d'une personne présentant des troubles du comportement agressifs passagers.

Descriptif de la procédure d'évaluation externe sur le plan méthodologique et contractuelle

LE CADRE, LES OBJECTIFS ET LA DEMARCHE DE L'EVALUATION EXTERNE

L'association IADES a choisi, dans la continuité de la démarche de l'évaluation interne de solliciter un cabinet de consultant qui conduirait l'évaluation externe simultanément pour l'ensemble des structures et service.

Cette modalité s'inscrit dans la dynamique de l'Association IADES qui a une culture historique de la mutualisation.

L'évaluation externe que nous avons conduite a été soucieuse de prendre en compte chaque structure, toutefois l'appréciation des éléments transversaux se décline de façon semblable pour chacune.

La commande globalisant l'intervention a eu un impact sur le nombre des jours facturés et une économie des coûts d'intervention.

A partir d'une sollicitation téléphonique de la direction de l'Iades que nous avons rencontrée à deux reprises, nous avons abouti à la proposition jointe en annexe 1.

(Cf. en annexe 1 la proposition, la convention, la composition de l'équipe, le calendrier de réalisation)

Cadre légal de l'évaluation externe (art. L312-8 CASF)

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur habilité (la liste de ces organismes est établie par l'ANESM). Les organismes habilités doivent respecter un cahier des charges fixé par décret (n° 2007-975 du 15 mai 2007) et les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Ses résultats sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation de l'établissement.

Les textes, cadre du dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations, ont pour objet de centrer la visée évaluative sur la pertinence de la réponse aux besoins et attentes des usagers comme socle et finalité des interventions, dans le cadre des missions imparties.

Le Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 précise que «L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse; elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard d'objectifs et en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

L'évaluation externe a pour objectifs de porter une appréciation globale sur les points suivants :

- l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;
- l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place;
- l'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs [...];
- les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation ».

L'évaluation est distincte du contrôle et de la certification.

La démarche d'évaluation externe contribue à l'objectif général d'amélioration de la qualité des activités de la structure, à travers notamment une appréciation globale sur :

- l'adéquation des objectifs par rapport aux besoins, au regard des caractéristiques des personnes accueillies et aux missions dévolues
- l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et non prévus
- les conditions d'efficience de l'action, l'impact des pratiques
- la réactualisation régulière de l'organisation

- les suites réservées à l'évaluation interne

Nous nous sommes appuyés sur les principes suivants :

- **Partir de ce qui a été réalisé**, pour articuler notre mission au travail concret des structures et des équipes ;
- **Considérer l'évaluation comme un moyen de progresser collectivement** dans la compréhension des normes et des méthodes de leur mise en place, sans juger les professionnels individuellement dans leur pratique ;
- **Donner un sens à l'évaluation** pour passer des procédures « contraignantes » à des procédures « leviers de l'action » ;
- **Construire les outils de l'évaluation** après une démarche sur le terrain et un échange avec la direction pour les rendre lisibles et concrets ;
- **Mailler les interlocuteurs** (administrateurs, personnes accueillies, partenaires, salariés...) et les modes d'observation pour permettre un regard diversifié. Une attention particulière a été portée à cette modalité afin d'associer les personnes accueillies dans les différents espaces de participation prévues (comité de pilotage et rencontres collectives notamment)
- **Intervenir dans une approche croisée** par une démarche évaluative portée par deux consultants, et pour le Foyer d'accueil médicalisé un médecin spécialisé, pour chaque structure de façon à construire une analyse dialectique. Cette posture nous semble en cohérence avec la finalité de l'évaluation qui est celle de créer les conditions et de favoriser une culture de débat autour de la qualité de l'offre.

Définition des instances, du protocole de l'évaluation et élaboration du questionnaire évaluatif

L'évaluation a impliqué la construction d'un cadre de référence et un questionnaire évaluatif par type d'interlocuteurs.

Le champ de l'évaluation a été déterminé à la fois par les orientations des politiques sociales et médico-sociales et par celles retenues dans le cadre de l'évaluation interne réalisée par la structure. Ceci afin d'assurer la complémentarité des analyses et permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

L'évaluation externe a porté une attention particulière et une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard :

- de l'effectivité des droits des personnes accueillies dans une visée de bienveillance et d'exercice de la citoyenneté
- de l'ouverture de la structure sur son environnement dans une double logique, d'inclusion et d'évolution *des mentalités pour contribuer au changement de regard de la société sur les personnes handicapées*¹
- de la prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité : par exemple, l'application de normes d'hygiène et de sécurité, la prévention des situations de crise, la prévention des risques de maltraitance.

La collaboration avec l'association IADES et avec le directeur du FAM a été basée sur une relation de confiance, ce qui a facilité notre intervention et créé un climat favorable à l'échange.

Notre engagement s'est traduit pour l'ensemble des structures de l'IADES :

- en temps significatif (27 jours de travail et 16 jours facturés dont 18 sur place (+ 1,5 partenaires, 6,5 pour analyse documentaires et rédaction des cinq rapports)
- par la prise en compte au fur et à mesure des demandes ou suggestion de l'association pour enrichir l'évaluation
- par une articulation entre dimensions transversales et approches spécifiques
- le choix d'un temps de débat contradictoire avec les directeurs à partir d'un pré rapport
- par la formalisation d'un support ppt (cf. annexe 5) synthétique servant de base à l'échange avec le comité de pilotage.

¹ CF Rapport J.F. Chossy novembre 2011

La démarche de mutualisation nous a éclairés sur une vision globale de l'IADES qui est à valoriser comme une vraie force autour des principes et valeurs partagés.

Cette approche a impliqué :

- qu'un certain nombre de préconisations se retrouvent être les mêmes pour chaque structure du fait de la culture commune
- une vigilance particulière et un investissement de notre part pour identifier les spécificités pour chaque structure

Pendant la démarche d'évaluation nous avons trouvé utile de solliciter l'adjointe du défenseur des droits chargée de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité, afin de bénéficier de son éclairage concernant l'accès aux droits des personnes handicapées.

Enfin suite à nos différents échanges avec les équipes des structures de l'IADES et pour répondre à leurs attentes nous avons constitué une bibliographie. (cf. annexe 3)

L'évaluation externe s'est déroulée entre novembre 2011 et juin 2012.

Les instances/interlocuteurs porteurs de la démarche d'évaluation

- **Mise en place d'un comité de pilotage** (cf. annexe 1 composition) **unique pour l'ensembles des structures et service de l'association** qui s'est réunit trois fois (au démarrage, au milieu et à la fin de la démarche) pour valider le cadre, échanger sur les avancées et débattre des résultats de l'évaluation avant la finalisation. Le comité de pilotage a été co animée par les deux consultants.

Chaque structure a été représentée au comité de pilotage par :

- les présidents des conseils de vie sociale, c'est à dire les personnes accueillies
- des familles
- chaque directeur
- un représentant des salarié par structure
- le présidente et des administrateurs de l'association
- l'adjointe de direction du siège

Cette instance est garante de la démarche d'évaluation mais :

- la direction de l'association est l'interlocuteur opérationnel des consultants
- chaque directeur de structure est porteur de la démarche d'évaluation de son établissement

Les étapes pour chaque structure

- **Collecte et lecture critique** par les consultants, de documents donnant une visibilité sur le management et l'organisation, l'accompagnement, les droits des usagers et l'ouverture sur l'environnement :
 - Le projet d'établissement
 - Les rapports d'activité des trois dernières années
 - Le rapport d'évaluation interne et le plan d'action
 - Le règlement de fonctionnement
 - Le livret d'accueil
 - Trois comptes rendus du CVS
 - La procédure d'admission et le profil des personnes accueillies
 - Le Projet individuel et le dossier
 - L'organigramme et le document unique de délégations
 - Le règlement intérieur
 - Le livret d'accueil des salariés
 - Le Plan de formation des trois dernières années

- Les différentes conventions avec les partenaires
- **Visite des locaux** collectifs et des quelques chambres par un consultant (avec l'accord des personnes concernées) et, des locaux réservés aux activités médicales par le médecin de l'équipe des consultants. L'objectif de la visite était de s'assurer que l'environnement proposé est en adéquation avec les finalités du projet.
- **Entretien avec le directeur du Foyer d'accueil médicalisé, puis avec lui et son directeur adjoint** par les deux consultants à partir de la trame proposée ci dessous

Cette grille avait pour objectif de repérer dans le cadre de l'entretien les points incontournables de la politique de l'établissement et de la qualité de l'offre du point de vue du management. Nous avons cherché à comprendre comment la direction est en mesure de resituer ce questionnement dans un contexte sociétal, législatif et régimentaire et dans des perspectives.

	Cadre de référence éthique en situation	Références législatives et réglementaires	Dynamiques et leviers	Enjeux et risques partagés	Questions sensibles	Perspectives
Projet d'établissement modalités d'élaboration et mise en œuvre						
Accompagnement / prise en charge : modalités de la qualité et de participation de la personne						
Participation des usagers à la vie de la structure (logique d'émancipation)						
Politique de prévention des risques de maltraitance, institutionnels et individuels						
Organisation et management						
Ouverture de l'établissement sur son environnement						
Les publics caractéristiques, les outils de connaissance et d'analyse des besoins						
La communication : supports et modalités						

Organisation concrète avec le directeur du FAM pour :

- rencontrer les salariés, les personnes accueillies, les familles et les partenaires du territoire et spécialisés
- participer à une réunion de CVS
- s'accorder sur une ou deux questions clés, à prendre en compte dans l'évaluation spécifique : comment penser le soin dans une logique de bien être et de qualité de vie et non de contrainte (rééducation, régime alimentaires etc.. par exemple) ?
- **Animation d'une réunion avec des professionnels des différents services du Foyer d'accueil médicalisé** par deux consultants à partir du questionnaire évaluatif suivant :

Garantie des droits et de la participation des usagers
Personnalisation de l'accompagnement
Bientraitance et Prévention des risques de maltraitance
Ouverture de l'établissement sur son environnement
Organisation et management

Nos critères d'analyse sont :

- La cohérence interne du Projet d'Établissement avec le projet associatif : orientations, principes et valeurs, question de l'éthique
- La cohérence avec l'environnement, c'est à dire l'inscription de la structure sur le territoire
- La conformité en lien avec les évolutions sociétales, législatives et réglementaires
- L'effectivité des droits des personnes accueillies (autonomie / émancipation)

- **Rencontre du médecin spécialisé de l'équipe des consultants avec le médecin généraliste et le médecin psychiatre du FAM Myosotis à partir du questionnaire suivant :**

- Les résidents : effectif et répartition en âge, genre et niveau de handicap selon autonomie
- Les personnels médicaux : effectif et fonctions
- La prise en compte de l'usager dans le cadre légal et réglementaire (lois n°2002-2, 2005-102, 2009-879) : respect de l'intimité et de la vie privée des résidents, droit à l'information des personnes accueillies et communication adaptée
- Le suivi de la santé : organisation et coordination des soins internes et externes, dépistage de la douleur, évaluation et prévention des risques de chutes, vigilance et prévention des escarres, soins infirmiers
- L'organisation de la distribution des médicaments
- Le dossier médical : forme, contenu et accessibilité
- La coordination médico-éducative : outils et modalités de la cohérence de la prise en charge
- Les mesures spécifiques d'hygiène : réglementation

- **Animation d'une réunion avec des personnes accueillies au Foyer d'accueil médicalisé, par un consultant, à partir du questionnaire évaluatif suivant :**

- comment apprécient-ils la qualité des conditions de vie au Foyer d'accueil médicalisé ?
- comment leur vie privée et leurs souhaits sont-ils pris en compte ?
- quel équilibre existe-t-il entre contraintes et épanouissement dans la vie au Foyer et dans les activités proposées ?
- quelles possibilités ont-ils d'accès aux informations et de participation à tous les choix les concernant ?
- quelles modalités d'information et quelle appréciation ont-ils du respect des leurs droits ?
- comment s'organise leur vie sociale en dehors de la vie collective au Foyer d'accueil médicalisé ?
- quelles propositions d'améliorations ?

- **Participation d'un consultant à une réunion du Conseil de Vie Sociale dans une perspective de compréhension pour savoir comment cette instance est investie et fonctionne concrètement, mais aussi de repérer quels sont les effets produits par ce mode de**

participation.

- **Animation d'une réunion avec les parents des personnes accueillies** par les deux consultants, en proposant un **débat** à partir de l'équilibre à trouver entre la protection et la liberté de leur enfant au travers des questions suivantes :
 - Leurs appréciations sur la qualité des conditions d'accompagnement au Foyer d'accueil médicalisé
 - Les limites des informations dont ils devraient être destinataires et les modalités de communication des informations
 - Le soutien dont ils bénéficient par le Foyer d'accueil médicalisé en tant que parents des personnes accueillies
 - Propositions d'améliorations
- **Rencontre par les consultants avec des partenaires extérieurs.** Nous avons demandé de nous proposer des partenaires spécifiques et nous avons aussi rencontré avec des partenaires communs à toutes les structures de l'IADES. (annexe 2, liste des partenaires rencontrés).

L'échange avec les partenaires a porté sur les modalités de collaboration et sur leurs appréciations de la qualité d'accompagnement des personnes accueillies au Foyer de vie, ainsi que leurs attentes.

Cette analyse met en relation les intentions du projet d'établissement et les constats issus de l'évaluation interne, en se centrant sur la qualité des prestations et les pratiques, dans le but d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de chaque structure inscrite dans son environnement.

Enfin, des préconisations sont proposées au regard des différents champs couverts par l'évaluation externe.

Le diagnostic de situation

L'ÉVALUATION INTERNE

Conformément au décret n° 2007-975, du 15 mai 2007 relatif à l'évaluation externe, nous relatons ci dessous les principales caractéristiques de l'évaluation interne, des préconisations et du suivi des axes d'amélioration.

Le travail d'évaluation interne a été réalisé entre avril 2008 et décembre 2009 de manière participative et pour partie mutualisée avec les autres structures de l'association (groupe élargi, comité de pilotage, puis équipe restreinte questionnaire aux familles et questionnaire aux résidents). Un outil a été construit pour permettre une auto-évaluation de la prestation du foyer de vie.

Guidé par un consultant extérieur porteur de la méthode à suivre² et sous le pilotage du directeur du FAM, des salariés de chaque catégorie professionnelle ont été amenés à contribuer à ce travail et un questionnaire a été élaboré et proposé aux personnes accueillies et à leur famille.

Celui-ci s'est déroulé en 5 étapes :

- 1- Discussion sur les notions clefs de l'évaluation
- 2- Construction de l'outil d'évaluation
- 3- Recueil des informations et traitement des données obtenues

Douze critères d'évaluation ont donc été retenus :

- le critère n°1 sur l'évolution de la personne accueillie
- le critère n°2 sur l'expression de la personne accueillie
- le critère n°3 sur la personnalisation de l'accompagnement
- le critère n°4 sur le cadre de vie
- le critère n°5 sur le respect éthique
- le critère n°6 sur les activités et le lien social
- le critère n°7 sur le respect des droits de la personne accueillie
- le critère n°8 sur le projet d'établissement
- le critère n°9 sur la sécurité des personnes
- le critère n°10 sur la gestion des moyens financiers et humains
- le critère n°11 sur le vécu des professionnels
- le critère n°12 sur la qualité de l'évaluation interne elle même

Chacun de ces 12 critères a été soumis à une évaluation. Celle-ci fonctionne sur un étalonnage de trois niveaux de qualité.

Le niveau 1 correspond à une prestation de qualité médiocre.

Le niveau 2 correspond à une prestation de qualité moyenne

Le niveau 3 correspond à une prestation de qualité optimale

4- Rédaction de l'analyse diagnostique (= analyse des résultats)

5- Conclusions et préconisations

Les résultats de l'évaluation

L'évaluation interne a fait l'objet d'une synthèse dans le projet du FAM qui montre qu'elle est intégrée véritablement :

« *Il est tout de même à retenir que, même si certains points sont à retravailler, l'évaluation*

² L'évaluation interne a été réalisée avec l'assistance instrumentale et technique de la *méthode Alföldi*, marque déposée. Les ouvrages de référence sont : Alföldi F., 2006, *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 250 p. ; Alföldi F. (dir.), 2008, *18 cas pratiques d'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 286 p. ; voir également le site alfoldiconsultant.com.

interne n'a décelé aucun élément gravement inquiétant sur le fonctionnement et révèle au contraire un établissement sérieux, offrant globalement une prise en charge de qualité.

Parmi les aspects positifs révélés, on peut noter les résultats encourageants obtenus concernant l'évolution des personnes au regard de la population accueillie, puis, l'avis globalement positif qu'ont porté les résidents interrogés sur l'accompagnement qui leur est proposé. Un autre point fort de l'établissement réside dans la personnalisation de l'accompagnement. En effet, la prise en charge repose sur des écrits centrés sur les besoins spécifiques des personnes. On peut ensuite évoquer la bonne adaptation des activités aux besoins et attentes des résidents. La sécurité est également un point fort de l'établissement. L'évaluation interne montre une institution totalement conforme. Concernant le registre légal, l'évaluation montre la mise en œuvre effective des outils de la loi 2002 et atteste la volonté de l'établissement d'inclure, autant que possible, les personnes accueillies à la vie institutionnelle. Il est à noter également que, suite à l'inspection de Juin 2007, l'établissement a répondu à toutes les injonctions DDASS (ARS maintenant) possibles, c'est à dire dépendantes directement de sa volonté.

Parmi les failles repérées, l'évaluation interne a montré la nécessité de réactualiser le projet d'établissement. L'ancien projet construit en 2003, comportait des manques inévitables compte tenu de son ancienneté et de sa rédaction antérieure à l'ouverture même de l'établissement. La nouvelle version a donc été complétée et réajustée au regard du fonctionnement actuel.

En ce qui concerne la question des droits des usagers, les documents écrits (livret d'accueil, règlement de fonctionnement...) sont conformes, sans toutefois être à la portée des résidents. Le support écrit étant peu utilisable avec la population accueillie, il serait important de chercher d'autres moyens pour sensibiliser les résidents à ces questions.

Sur le plan de la sécurité, le seul problème sérieux concerne les aménagements de la rue de l'Ermitage et ne dépend pas de l'association. Le défaut d'adaptation du véhicule aménagé (accoudoirs gênant le passage des fauteuils), sera quant à lui bientôt résolu par l'acquisition d'un véhicule étudié à cet effet en 2010 et venant compléter la flotte de véhicules déjà existante. L'évaluation a également montré une faille significative en ce qui concerne la rédaction des projets d'activités. Certains seront à approfondir, d'autres à créer ou à mettre sous la forme d'un document de travail.³

Nous constatons que le plan d'action n'identifie aucun point médiocre, 11 points sont à valoriser ils correspondent à une prestation de qualité optimale et 14 points sont à améliorer sur la période 2009 à 2013 et dans les domaines ci-dessous.

Planification	Objectifs	Actions préconisées	
En juillet 09	Respect des droits de la personne accueillie	Mesure déjà prise : La charte des droits et libertés de la personne accueillie a été affichée sous support rigide sur les panneaux en liège prévus à cet effet sur chaque unité.	
En juillet 09 et jusqu'à fin septembre 09	Activités et lien social	Préconisation n°1 : Au regard des résultats de l'évaluation interne, la direction a signifié en réunion, la nécessité de réajuster les projets d'activités lacunaires et de créer ceux qui n'existent pas. Il sera nécessaire de rassembler les originaux des projets dans le classeur d'activités dans le bureau de la direction adjointe, tout en laissant des copies en salle de transmissions	La formalisation des projets et des activités n'est pas encore systématisée cf. Cr comité de suivi du 17/01/2012
septembre 2009 et septembre 2010	Expression de la personne accueillie	Préconisation n°2 : Du fait de l'insatisfaction exprimée par deux résidents à propos de la chambre et du rythme des activités, chaque professionnel fera le point sur ces deux questions avec les personnes dont il est le référent.	Ces éléments sont intégrés à la trame de la synthèse et mieux pris en compte par les référents
D'octobre 09 à	Projet	Préconisation n°3 :	Le projet de

³ Projet d'établissement, FAM Myosotis, page 24

juin 2010	d'établissement	L'équipe se lancera dans le chantier de réécriture du projet d'établissement, en prenant appui sur les recommandations issues de l'évaluation interne. Une commission de travail sera instaurée, elle sera réunie une fois par mois le mardi toute la journée.	L'établissement a été réécrit et finalisé en 2010 de manière participative
Au cours du dernier trimestre 2009	Vécu professionnel	Préconisation n°4 : La direction engagera des temps d'échange avec l'ensemble des professionnels, pour aborder les différents points soulevés par les questionnaires. Parmi les difficultés récurrentes apparaissent les problèmes d'effectif, de planning, les temps de transmission et d'écrit, le besoin d'augmentation de salaire. Parmi les aspects reconnus positifs il ressort une certaine liberté d'action dans la mise en place des projets, l'accessibilité de la direction, l'accès aux formations.	Les temps d'échanges ont en partie eu lieu, des modalités permettant leur pérennité sont à construire
Au cours de la réunion de restitution le 05.01.10	Vécu professionnel	Préconisation n°5 : Il importe de rappeler la nécessité de favoriser d'avantage une participation active des familles pendant la rencontre sur le projet.	
Lors de la réunion de restitution le 05.01.10	Personnalisation de l'accompagnement	Préconisation n°6 : La direction insistera sur la nécessité de bien formaliser lors des réunions de synthèse, la mise en œuvre de temps individuels avec chaque résident selon sa problématique et ses activités spécifiques.	
Lors de la réunion de restitution le 05.01.10	Cadre de vie	Préconisation n°7 : La direction rappellera qu'en attendant le remplacement du véhicule adapté, il est essentiel que chaque professionnel, accompagne les résidents en fauteuil électrique lors des montées et descente du véhicule.	
Lors de la réunion de restitution le 05.01.10	Conformité aux injonctions DDASS	Préconisation n°8 : La direction rappellera l'obligation pour les professionnels de signer leurs écrits de transmissions : classeur, agenda etc.	L'effectivité non pas de l'affichage mais de la signature des écrits par les professionnels
Lors de la réunion de restitution le 05.01.10	Conformité aux injonctions DDASS	Préconisation n°9 : la direction rappellera la nécessité de respecter les temps de transmission au moment du changement d'équipe, conformément à la note de service n°2 du 20.09.06 qui sera réaffichée dans les salles de transmissions.	L'effectivité non pas le rappel mais le respect de la consigne
A partir de janvier 2010 et jusqu'à la prochaine évaluation interne en 2014,	Respect des droits de la personne accueillie	Préconisation n°10 : Il conviendra d'engager une réflexion d'équipe sur les moyens de sensibiliser les personnes accueillies à leurs droits et devoirs, et aux outils leur permettant d'y accéder.	Cette réflexion a démarrée fin janvier 2012
En septembre 2010 avec réalisation en 2011	Conformité aux injonctions DDASS	Préconisation n°11 : Le plan de formation intégrera une session sur la sexualité des personnes handicapées.	Formation collective réalisée en 2011
Au moment du changement du véhicule adapté en 2010	Cadre de vie	Préconisation n°12 : Il sera indispensable de prévoir un aménagement intérieur associant la présence d'accoudoirs et une largeur suffisante pour le passage des fauteuils	
Une fois terminés les travaux de construction des résidences avoisinantes 2012	Cadre de vie	Préconisation n°13 : Il importera de vérifier les modalités d'aménagement et de signalisation des voies d'accès sur la rue de l'Ermitage, et d'interpeler les pouvoirs publics à nouveau si nécessaire.	
Dans le courant de l'année 2013	Appréciation de l'évaluation interne	Préconisation n°14 : l'instrument d'évaluation sera revisité, en tenant compte des préconisations révélées par l'évaluation interne de 2009 :	

		<ul style="list-style-type: none"> - retravailler le critère 1 Evolution de la personne accueillie, notamment l'adéquation entre variables et instrument de recueil. - définir le choix de terme entre projet personnalisé ou individualisé - faire apparaître l'expression verbale et non verbale du résident lors de la restitution de son projet pendant l'entretien avec la famille - redéfinir le critère 3 Personnalisation de l'accompagnement et créer un outil d'évaluation portant sur la mise en œuvre effective du projet. - Pour recueillir l'avis des professionnels, imaginer professionnel, imaginer plusieurs type de supports (écrits, oraux, QCM...) pour que chacun puisse s'exprimer. - affiner l'adéquation variable/instrument de recueil dans le critère 5 <p>Respect éthique</p> <ul style="list-style-type: none"> - affiner l'outil de recueil de l'expression du résident 	
--	--	--	--

Les huit points à valoriser, que l'évaluation interne a retenus pour le FAM Myosotis sont :

Cadre de vie : La direction signifiera à la monitrice principale de la restauration le caractère plaisant des repas, témoigné par les résidents.

Evolution de la personne accueillie : La direction fera un retour favorable à l'équipe sur sa capacité à favoriser des évolutions positives chez certains résidents. Il conviendra de veiller à souligner d'avantage l'importance de ces évolutions encourageantes lors des réunions d'équipe.

Expression de la personne accueillie : Il importe d'informer les professionnels que les résidents ont exprimés une nette satisfaction concernant leur accompagnement à Myosotis, plus particulièrement en ce qui concerne les soins, les activités, et le sentiment d'être entendu.

Personnalisation de l'accompagnement : La direction valorisera le travail de personnalisation engagé par l'établissement depuis son ouverture.

Respect éthique : La direction valorisera la nette satisfaction exprimée par la majorité des familles, quant à l'accompagnement. Elle rappellera également la nécessité d'une attitude bienveillante, et le risque toujours existant d'un relâchement dans ce domaine.

Activités et lien social : La direction fera état de la bonne adéquation entre les activités et les projets individuels des résidents.

Respect du droit de la personne accueillie : La direction saluera la qualité des modes de consultation (CVS) des personnes accueillies, et au-delà de la seule conformité, leur articulation avec les préoccupations de l'équipe pour l'implication des résidents dans la vie de l'institution (réunions de résidents). L'accent sera porté sur la nécessité de poursuivre les efforts engagés dans ce domaine.

Sécurité des personnes : La direction fera état de sa satisfaction concernant le respect de la conformité des règles de sécurité. Ce résultat positif est lié à une prise en compte de la législation en vigueur au niveau de l'ensemble de l'association. Il sera aussi fait état, au-delà de la stricte conformité, du soutien efficace apporté par tous les professionnels de Myosotis, notamment par les veilleurs de nuit et les services généraux.

Conformité aux injonctions DDASS : Au regard des résultats globalement positifs de cette évaluation interne, la direction pourra relativiser la sévérité du rapport DDASS et pointer les capacités de rebondissement des professionnels suite à cet évènement.

Appréciation de l'évaluation interne : La direction prendra soin de remercier tous les participants à cette démarche, les évaluateurs, mais aussi les collègues qui ont assuré le surcroît de prise en charge pendant les travaux d'évaluation.

Observations sur l'évaluation interne réalisée au Foyer Myosotis

Si, comme prévu par le décret de l'évaluation externe, la base de l'évaluation interne et externe sont les mêmes afin d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu, (art. L.311-1 et L.313-3) le champ exploré par l'évaluation interne réalisée au FAM Myosotis, nous conduisent aux remarques suivantes.

Compte tenu du fait que Myosotis est un Foyer d'accueil médicalisé nous nous étonnons que l'évaluation interne n'aborde pas du tout l'item du soin. D'autres points essentiels tels que la bientraitance en référence à la recommandation de l'ANESM, la citoyenneté promue par la loi du 11

février 2005, l'ouverture de la structure sur son environnement ne sont pas mentionnés en tant que tels. Toutefois certaines rubriques traitant des questions pouvant y être associées (respect éthique, droits et devoirs) sont évoquées mais de manière assez générale ou sous l'angle de la conformité essentiellement, même si l'attention est portée aux modalités et outils permettant aux personnes accueillies d'être sensibilisés aux droits et devoirs de manière adaptée. L'évaluation interne a intégré les éléments de l'inspection DDASS et a réaffirmé l'importance et l'intérêt de ces items. Un comité de suivi se réunit régulièrement pour faire le point sur l'état d'avancement des préconisations de l'évaluation interne.

Le rapport de l'évaluation interne est accessible sur le site de l'IADES et ce choix est en cohérence avec un principe de l'association qui est celui d'une volonté de transparence.

LES ELEMENTS DE L'ANALYSE

Le questionnement évaluatif

C'est à partir des thématiques déclinées dans les questions ci-dessous que nous proposons d'abord une vision d'ensemble de l'analyse. Ensuite, certains points qui nous sont apparus significatifs ont été développés et complétés.

Garantie des droits et de la participation des usagers
L'établissement assure une information accessible et adaptée aux usagers sur leurs droits : - en ce qui concerne les droits des usagers, le FAM a mis en place les outils de la loi n° 2002-2 Cependant il reste à : - poursuivre l'adaptation pour une meilleure compréhension de la part des personnes accueillies - engager un travail sur les modalités d'information concernant la dimension citoyenne
Les usagers ont accès aux informations les concernant : - une réflexion est en cours sur des formations pour les professionnels à des supports de communication mieux adaptés à certaines difficultés d'expression. Une commission de travail « droits et devoirs » a été mise en place. Elle réfléchit et concrétise l'accessibilité à la charte des droits et devoirs des personnes accueillies
L'établissement veille à la confidentialité des informations qui concernent les usagers : - une attention est portée à ce droit, les entretiens et les échanges d'information d'ordre personnelle se font dans les bureaux et l'accès au dossier est règlementé (cf. note direction)
L'expression individuelle des usagers est favorisée, si besoin avec des moyens adaptés - globalement oui, la contribution active de certains résidents aux différentes instances auxquelles nous avons participé en témoigne et démontre que c'est une pratique habituelle malgré le % élevé de résidents qui n'ont pas accès au langage
Les usagers et/ou leurs représentants sont associés de façon adaptée à leur projet personnalisé : - oui, leur participation est recherchée et la réflexion pour mieux les associer est toujours active
Les usagers et/ou leurs représentants sont consultés pour toute décision les concernant : - oui, ils sont consultés et des négociations s'engagent, le cas échéant, pour différer des décisions ou faire évoluer les choix. L'adhésion aux soins proposés est toujours recherchée et constitue un point fort de la relation avec l'équipe médicale, paramédicale et éducative
Les informations et attentes recueillies auprès des usagers et/ou de leurs représentants sont analysées pour améliorer l'accueil, l'accompagnement et le fonctionnement : - des espaces, des temps et des supports sont prévus pour recueillir les attentes et les informations utiles
L'établissement est garant de l'exercice des droits fondamentaux pour chaque personne accueillie : vie affective et sexuelle, droit à l'intimité, droits civiques, pratique religieuse ... : - une sensibilisation sur la vie affective et sexuelle a permis de faire progresser ce droit dans le FAM, la pratique religieuse est libre et prise en compte, en revanche en ce qui concerne les droits civiques une amélioration concernant l'information de leurs droits doit être poursuivie. D'autres questions concernant des choix de vie (cigarettes, boissons.) se confrontent avec la mission de protection et de soin et ne peuvent être réfléchies qu'au cas par cas
Personnalisation de l'accompagnement
Un projet personnalisé est élaboré pour chaque usager au plus tard dans les 6 mois max suivant l'entrée : - oui, avec une trame définie et il est formalisé par la psychologue
Un bilan / diagnostic est réalisé pour élaborer le projet personnalisé et l'actualiser (avec des supports adaptés) : - oui au moment de l'accueil et ensuite au moment des réunions « bilan » annuelles pour l'actualisation en associant les éléments des partenaires spécialisés

<p>Le projet personnalisé est un projet global intégrant les dimensions : santé, autonomie, sociale, culturelle, professionnelle, qualité de vie, prévention des risques,.... :</p> <p>- oui, toutes ces dimensions sont présentes et développées de manière personnalisée</p>
<p>Le projet personnalisé est réactualisé périodiquement et à un rythme adapté à la situation de la personne accompagnée</p> <p>- oui, tous les 18 mois, sauf situation particulière</p>
<p>Le projet personnalisé est élaboré de façon pluridisciplinaire :</p> <p>- oui, l'équipe pluridisciplinaire y participe</p>
<p>La personne accueillie (et ses représentants) est/sont associé(s) à l'élaboration et à la révision du projet personnalisé :</p> <p>- oui, le bilan est élaboré avec le résident et présenté ensuite à la famille ou aux représentants légaux</p>
<p>Bientraitance et Prévention des risques de maltraitance</p>
<p>Les risques inhérents aux situations de vulnérabilité des usagers sont identifiés (par ex connaissance des pathologies) :</p> <p>- oui, mais pas suffisamment selon les équipes. Il est donc prévu à partir de septembre que les protocoles médicaux soient lus en début de réunion d'équipe</p>
<p>L'organisation du travail favorise la bientraitance :</p> <p>- une attention particulière doit être portée à cette question car si le management est attentif et le climat social assez bon,</p> <p>- des clivages entre fonctions et/ou équipes existent</p> <p>- le travail auprès des résidents comporte un risque de lassitude voir d'usure professionnelle</p>
<p>Le cadre bâti est adapté et permet des conditions de vie dignes et favorisant l'autonomie, l'intimité et la socialisation :</p> <p>- Le cadre bâti fait l'objet d'un entretien régulier et les espaces font régulièrement l'objet de projets d'aménagement pour améliorer les conditions de vie des résidents. Les chambres sont spacieuses et personnalisées, les espaces communs sont aménagés dans un souci de confort et bien être pour les résidents. Il existe une salle pour la balnéothérapie, une salle Snoezelen et une salle de bain médicalisée.</p> <p>Si la configuration architecturale valorise l'espace par un escalier central, source de lumière, le bâti n'est toutefois pas véritablement adaptée aux personnes accueillies notamment par les étages et l'escalier qui compliquent l'accès et font perdre de l'espace.</p> <p>Les salles à manger du rdc haut son peu spacieuses</p>
<p>Les personnels sont sensibilisés et formés sur les questions de bientraitance :</p> <p>- il y a eu une formation intitulée « de la maltraitance à la bientraitance en ainsi qu'une formation « agressivité et violence en institution » qui a également abordé cette question</p>
<p>Des actions de supervision et de soutien sont mises en place en direction des personnels :</p> <p>- Il y a eu des réunions d'analyse de pratique 2005 à 2008. elles ont été interrompues, car le besoin s'en faisait moins ressentir dans l'équipe. A ce jour, la direction envisage de mettre en place les conditions d'analyse des pratiques professionnelles</p>
<p>Des procédures d'alerte sont mises en place pour les usagers et pour les professionnels :</p> <p>- les professionnels ont à disposition des fiches et une procédure de signalement et, dans le règlement de fonctionnement et dans le règlement intérieur, est mentionné le cadre de la responsabilité de signalement</p> <p>- les résidents et leurs familles sont informés de la liste des personnes qualifiées (liste remise au moment de l'admission) en cas de recours</p>
<p>Les évènements indésirables (faits, maltraitance, dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise ...) sont analysés et des actions de prévention et d'amélioration sont mises en place :</p> <p>- oui, chaque fiche de signalement fait l'objet d'une lecture et d'une rencontre avec le salarié qui est tenu informé de la suite donnée. Certaines fiches qui relatent des évènements plus importants sont transmises à la direction générale de l'association</p>
<p>Une communication est organisée pour rendre compte des faits de maltraitance :</p> <p>- oui, auprès des professionnels, du conseil d'administration et des familles</p>
<p>Ouverture de l'établissement sur son environnement</p>
<p>L'établissement inscrit son action dans des besoins identifiés sur le territoire (schémas analyse du territoire etc.) :</p> <p>- oui, mais les relations avec les instances territoriales relèvent majoritairement de la direction générale de l'association, la participation du foyer reste à être identifiée spécifiquement</p>
<p>L'établissement développe un partenariat pour l'accompagnement des personnes accueillies au plan individuel et collectif :</p> <p>- oui, les différents réseaux sont opérants et cette appréciation s'est confirmée lors de nos rencontres. Le Foyer Myosotis est très bien identifié et réputé par sa qualité d'accueil et de soins</p>
<p>L'établissement développe un partenariat avec d'autres établissements :</p> <p>- oui, et la qualité des modes de collaboration est particulièrement appréciée par les partenaires que nous avons rencontrés</p>
<p>L'établissement développe des partenariats avec des services de droit commun du territoire et contribue à faire évoluer la mentalité dans une logique d'inclusion :</p> <p>- la vie sociale des personnes accueillies du foyer d'accueil médicalisé démontre une volonté affirmée d'inscription dans un réseau social et de partenariats avec les services de droit commun malgré le niveau d'handicap élevé des personnes accueillies</p>

L'établissement ouvre ses équipements ou services à la population et/ou à d'autres acteurs du territoire : - nous n'avons pas identifié des modalités spécifiques prévues sur cette ouverture. Pour le moment, uniquement les résidents des autres structures de l'IADES peuvent bénéficier des équipements du FAM
L'établissement soutient les professionnels dans la mise en place des liens avec l'environnement encourage l'intervention des bénévoles : - oui, pour les liens avec les partenaires de proximité, non pour les bénévoles
L'établissement favorise l'accès des usagers aux nouvelles technologies (ligne téléphonique perso ordinateurs internet...) : - la volonté est affirmée et cela se fait selon la demande et/ou les possibilités des résidents. Par exemple des liens entre un résident et sa mère qui vit au Sénégal sont favorisés par l'utilisation de Skype
Organisation et management
Les nouveaux professionnels sont accompagnés dans leur prise de poste : - deux protocoles d'accueil existent, un pour l'accompagnement des nouveaux professionnels et un pour les personnels intérimaires. Il existe aussi un livret d'accueil des stagiaires
Le profil des professionnels est en adéquation avec les besoins des personnes accompagnées : - oui, les personnels sont qualifiés et l'équipe pluridisciplinaire présente une diversité de compétences
La GPEC est un outil de référence : - non en tant qu'outil identifié et formalisé, mais des pratiques qui se rapprochent existent (souci de mobilité et de promotion interne par exemple)
Les entretiens professionnels sont réalisés avec un support et des objectifs explicites : - oui, ils sont en cours de réalisation avec une priorité pour le plan sénior
Le plan de formation est élaboré et adapté (qualification, thèmes spécifiques, et cohésion et nombre de personne concernées) : - oui, avec des choix répartis entre formations individuelles et formations collectives en fonction de l'identification des besoins de compétences
Les procédures de travail et d'échange d'informations sont formalisées : - les protocoles et procédures existent et sont connus par les professionnels - le niveau de formalisation et de communication est soutenu et régulier
Le planning des réunions est défini avec des modalités et objectifs précis (ordre du jour, qui anime qui participe, compte rendu) : - oui, le planning des réunions est défini et les objectifs sont précisés dans le projet du FAM et correspondent au fonctionnement réel
Le document des risques psychosociaux est réalisé : - Il existe un document unique, élaboré par l'association, qui est réactualisé par le CHSCT, dans lequel sont répertoriés les risques professionnels de chaque établissement. Dans celui-ci, il est question du stress inhérent au travail avec le public accueilli dans les établissements. Il a été jugé de niveau faible, il est aussi précisé que des entretiens avec les psychologues peuvent être envisagés lors de difficultés rencontrées par les professionnels. La réflexion sur les risques psychosociaux est à organiser en lien avec la prévention de la maltraitance et dans une réflexion plus large sur la dimension managériale dans son articulation entre direction du Foyer et direction associative.

La dimension médicale au Foyer Myosotis

- Résidents

- 1) l'effectif des résidents et la répartition en âge et genre : 28 hébergés + 2 en accueil de jour, plutôt moins 40 ans (de 23 à 40 ans)
- 2) le niveau de handicap selon le degré d'autonomie :
 - a) mobilité : 12 résidents en fauteuils roulant (43%)
 - b) communication verbale : 18 sans (64%)
- 3) la répartition en diagnostic : déficience intellectuelle d'origine génétique ou acquise (congénitale ou souffrance cérébrale dans l'enfance) : 24, handicap mental : 6 TED
- 4) la proportion de résidents épileptiques : 6 sévères (les 3/4 suivis par le Dr Ann à la Pitié) et à risque de fausses routes : 1/3 (bilan masticatoire réalisé pour tous les résidents)

- Personnels :

- 5) un médecin généraliste (MG) : Dr Claire Collas Des Francs : 0,28 etp
- 6) un médecin psychiatre : Dr Dominique Laplanche: 0,5 etp
Aucun des deux médecins n'a le statut officiel de coordinateur, travail collaboratif étroit (une journée et demie de présence commune)
- 7) 5 infirmières se partagent 3,70 etp
- 8) 4 aides soignants en cdi la nuit
- 9) paramédicaux : psychologue (1etp), kinésithérapeute (1etp), ergothérapeute (1etp),

psychomotricienne (2 pour 1 etp), orthophoniste (externe)

Rubriques avec trois niveaux de réponse :

- I. : oui/non, fréquence
- II. : précisions et documents d'appui
- III. : amélioration(s) à effectuer

IV. Prise en compte de l'usager dans le cadre légal et réglementaire (loi n°2002-2, n° 2005-102, n° 2009-879)

- a. **L'intimité et la vie privée du résident sont respectées**
 - I. oui
 - II. les examens cliniques sont réalisés soit dans leur fauteuil à l'infirmierie, soit dans leur chambre, soit dans la salle de transmission.
Les entretiens ont lieu dans le bureau médical pour évoquer les questions de contraception, annoncer un diagnostic ou pour des entretiens psychiatriques
 - III. le médecin qui a participé à l'évaluation pense qu'il faut s'interroger sur le fait de remettre une table d'examen dans bureau médical, mais le médecin de l'établissement ne juge pas utile de disposer de cet équipement car il considère que les conditions d'examen actuelles sont satisfaisantes.
- b. **Le droit à l'information des personnes accueillies est organisé au sein de l'établissement**
 - I. oui
 - II. en présence d'une infirmière ou d'une collègue (car les résidents sont tous sous tutelle) et dialogue avec les parents/proches
- c. **Le libre-choix du médecin traitant et des intervenants paramédicaux est respecté :**
 - I. le Dr Collas des Francs est le Médecin Traitant de 17 résidents avec l'accord des proches ou tuteurs, oui aussi pour les paramédicaux
 - II. liste de CPAM sur déclaration Médecin Traitant pour Dr Collas Des Francs
 - III. Il faut envisager de conserver une copie des déclarations de choix de Médecin Traitant signées par les tuteurs ou les proches
- d. **L'établissement développe des actions pour favoriser la communication adaptée, en particulier pour recueillir l'expression des besoins et problèmes de santé des résidents :**
 - I. oui un éducateur est formé à Makaton (usage pour 6 résidents) et ergothérapeute en cours de formation,
 - II. livrets et outils Makaton personnalisés (carnets),
 - III. étendre la formation à tout le personnel

V. Suivi de la santé

- a. **L'établissement assure la coordination des soins**
 - I. oui
 - II. présence de deux médecins (Médecin Généraliste et psychiatre), courriers aux médecins traitants externes
 - III. pas d'informatisation du suivi médical
- b. **Un médecin coordinateur du FAM a été nommé**
 - I. chacun des deux médecins coordonne les actions qui doivent être menées auprès des personnes accueillies, mais aucun n'est officiellement nommé comme tel (précisé dans la fiche de poste de son contrat)
 - II. il pourrait être envisagé de l'officialiser sur les tampons, et ordonnances

- c. Une fiche de poste décrit la **fonction du médecin coordinateur**
- I. oui
 - II. contrat
 - III. à officialiser sur documents
- d. Le médecin coordinateur s'assure **qu'un bilan de santé est effectué régulièrement pour assurer la prévention et la surveillance de la santé physique et psychique des résidents**
- I. MG : oui, bilan avant suivi de projet
 - II. Psychiatre : oui aussi, il intervient dans le quotidien (petit déjeuner, repas, activités...), peu d'entretien individuel, 1 seul résident suivi en CMP,
 - III. feuille de synthèse
 - IV. envisager de le transmettre au médecin traitant externe
- e. Un médecin de l'établissement peut être déclaré comme **médecin traitant** dans le parcours de soins des résidents de l'établissement : oui cf. supra
- f. Une réunion de **coordination médicale** est organisée régulièrement avec les infirmières et AS
- I. oui avec les infirmières, 1 fois par mois depuis 1 mois
 - II. il n'y a pas de compte rendu
 - III. une prise de notes est effectuée systématiquement il est à envisager de faire compte-rendu à chaque réunion
- g. Une réunion de **coordination paramédicale** est organisée régulièrement avec les paramédicaux internes au FAM
- I. Oui, une fois par mois depuis toujours avec les 2 médecins, la psychologue le kiné, les psychomotriciens, l'ergothérapeute et infirmière
 - II. pas de compte-rendu
 - III. une prise de notes est effectuée systématiquement il est à envisager de faire compte-rendu à chaque réunion
- h. Les **régimes alimentaires** sont prescrits par un médecin
- I. oui, un important travail est fait par une nutritionniste (Dr Isabelle Fontaine) auprès des résidents, cuisiniers, parents et la nourriture fabriquée sur place
 - II. prescriptions régime hypocaloriques avec grilles en cuisine (élaborée par nutritionniste et consistante suite à bilan masticatoire (pris en charge par éducateurs et infirmières)
- i. L'établissement dispose dans l'équipe pluridisciplinaire ou par des partenariats externes des compétences pour une **expertise** et/ou une prise en charge orthophonique :
- I. oui en externe
 - II. kinési thérapeutique : oui 1 etp (balnéothérapie, verticalisation,...)
 - III. ergo thérapeutique : oui 1 etp
 - IV. en psychomotricité : 2 ou 1etp (pour la balnéothérapie et pour des séances de relaxation)
- j. L'établissement a mis en place une démarche pour améliorer le **dépistage de la douleur** :
- I. oui : utilisation échelle douleur de base San Salvador puis Hendaye plus adaptée (hétéro cotation)
 - II. session de formation aux échelles douleur du personnel
 - III. étendre à tout le personnel
- k. L'établissement évalue les **risques de chutes** pour mettre en place des procédures

adaptées

I. Oui, pour 2 épileptiques sévères mais la population est majoritairement jeune

- l. L'établissement assure une vigilance concernant l'apparition des escarres pour les résidents à risques
 - I. oui, des verticalisations pour les résidents en fauteuil, les toilettes sont faites par des Aides Soignantes et des AMP et infirmières
- m. L'établissement assure le suivi du poids des résidents
 - I. oui, une fois par mois cf. supra
- n. L'établissement assure le suivi des selles des résidents
 - I. oui
 - II. grille de surveillance dans les chambres
 - III. supprimer l'item « traces » trop imprécis (risque de masquer une occlusion sur fécalome par exemple)

VI. Soins infirmiers

- a. Une infirmière organise et assure les soins infirmiers dans l'établissement
 - I. non
 - II. coordination effectuée par le Médecin Généraliste
 - III. nomination d'une coordinatrice demandée par le Médecin Généraliste
 - IV. redéploiement en cours
- b. Les soins infirmiers sont effectués quotidiennement
 - I. Oui, y compris le week-end
 - II. tableau des soins
 - III. informatisation à envisager

VII. Organisation de la distribution des médicaments

- a. Les médicaments sont inaccessibles aux personnes accueillies
 - I. oui
 - II. enfermés dans l'infirmerie, dans les piluliers et meubles montés au moment des repas
- b. La distribution des médicaments est organisée par une infirmière
 - I. presque toujours sauf parfois en soirée le week-end, délégué à AS ou AMP
- c. Les médicaments sont administrés par une personne qualifiée (infirmière, AS ou AMP)
 - I. oui
 - II. document d'émargement signé par la personne qui administre, prévu pour le week-end

VIII. Le dossier médical et/ou infirmier (papier ou informatisé)

- a. L'établissement a organisé une réflexion sur le contenu du dossier de suivi médical
 - I. non
 - II. demandé par les médecins car ce qui est proposé n'est pas adapté (contenu et accès)
 - III. réflexion sur le contenu et la forme du dossier médical à organiser
- b. L'établissement a organisé une réflexion sur le contenu du dossier infirmier

- I. non
 - II. mis en place par le 1^{er} Médecin Généraliste
 - III. réflexion sur le contenu et la forme du dossier médical à organiser
- c. Le dossier médical de chaque résident permet à tout médecin et infirmière intervenant dans l'établissement de prendre rapidement connaissance des informations médicales essentielles pour la prise en charge de la personne
- I. oui
 - II. les fiches synthèse et les dossiers papier sont complets bien organisés
 - III. Informatisation souhaitable

IX. La coordination médico-éducative (cohérence de la prise en charge)

- a. Un cahier de liaison permet au personnel de connaître les consignes pour les soins et les surveillances à effectuer
- I. oui
 - II. un cahier dans chaque unité
 - III. envisager l'informatisation
- b. Une réunion de **cohérence médico-éducative** est organisée régulièrement
- I. oui toutes les semaines (le mardi) avec équipes éducatives, infirmières et psychiatre et/ou MG si nécessaire,
 - II. notes dans un cahier
 - III. si une prise de notes est effectuée systématiquement il est à envisager un compte-rendu
- c. Les projets d'accueils individualisés (projets de vie et suivi de projet) incluent une partie médicale
- I. oui
 - II. document confidentiel
- d. L'établissement a défini une procédure afin d'assurer la **protection des résidents et du personnel** en cas d'incidents liés aux troubles du comportement de la personne accueillie
- I. oui
 - II. document protocole de gestion de la violence, commission sur pièce de confinement et formations internes sur gestion de violence
- e. Le personnel connaît la procédure d'intervention en cas d'accident ou de malaise
- I. oui
 - II. cahier protocole accidents, crises épilepsie, chutes... dans le poste de soins infirmiers
 - III. envisager des réunions de formation du personnel
- f. L'établissement a identifié les troubles du comportement qui nécessitent une prise en charge particulière de la personne accueillie
- I. oui avec intervention du psychiatre
 - II. un protocole général et spécifique est défini pour chaque résident
- g. Le personnel et les cadres d'astreinte reçoivent une formation sur les procédures d'urgence
- i. non
- h. L'établissement assure le suivi cognitif des résidents
- I. Oui, via les activités et ergothérapeute
 - II. compte-rendu ?

- i. L'établissement propose des activités de maintien et de développement des acquis notamment scolaires, sociaux, psychomoteurs
I. Oui, par des séances d'ergothérapie, d'orthophonie et autres activités

X. La permanence des soins / médecins traitants et urgences

- a. La permanence des soins est organisée en cas d'urgence médicale
I. oui
II. le Médecin Généraliste est joignable par les infirmières, le psychiatre, le directeur, 2 médecins libéraux sollicités et le 15 (urgences Dourdan)
III. voir pour SOS médecins de Milly La forêt
- b. Les coordonnées des médecins traitants externes à l'établissement sont accessibles au personnel et cadre d'astreinte
I. non
II.
III. Liste à établir

XI. Mesures spécifiques d'hygiène

- a. La réglementation concernant le stockage et l'élimination des déchets liés à l'incontinence est respectée
I. oui
- b. La réglementation concernant le stockage et l'élimination des déchets liés aux soins est respectée
I. oui
II. boîtes spécifiques
- c. L'établissement a mis en place un plan bleu pour la prévention des risques (en cas de survenue d'une pandémie grippale, de canicule, d'infection invasive à méningocoque, d'intempéries...)
I. oui
II. signées pour canicule et pandémie grippale
III. envisager d'élaborer une pour l'infection à méningocoques

EN SYNTHÈSE

- **F.A.M. avec un niveau de handicap élevé et des résidents plutôt jeunes**
- **Haut niveau de prise en charge médicale et paramédicale**
- **Temps Médecin Généraliste insuffisant par rapport au niveau handicap : passer de 0,28 à 0,4/0,5 ?**
- **Réflexion à mener sur le contenu du dossier médical et infirmier et la forme (informatisation)**
- **Formalisation des retours de réunion (compte-rendu)**

La mise en œuvre du projet du Foyer Myosotis, l'organisation et la qualité de l'accompagnement des résidents

- **Le projet** du Foyer d'Accueil médicalisé est formalisé dans un document qui présente et rend lisible la philosophie, les choix, l'organisation, le fonctionnement et les partenariats mis en place. Le document apporte toutes les informations utiles pour expliquer le fonctionnement et les finalités du projet, il donne à voir la cohérence de l'ensemble et se réfère au contexte législatif actuel.

Ce projet a été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de manière participative. Il semble avoir été un levier porteur d'une dynamique et d'une réflexion partagée avec les équipes.

Les différents documents de communication et d'information et les procédures liés à la sécurité et au fonctionnement quotidien sont formalisés et actualisés.

Il présente les caractéristiques générales du profil de la population qui relève du Foyer D'accueil Médicalisé, ainsi que les modalités principales d'accueil et d'accompagnement proposées.

Les partenariats internes et externes sont bien identifiés et les modalités de collaboration décrites précisément.

Les ressources humaines, les outils de management et de communication sont présentés clairement.

Certaines thématiques incontournables sont absentes, particulièrement la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance⁴ dont les contours et les modalités de mise en œuvre doivent être déterminés dans le cadre du projet. Mais les valeurs et principes sont exprimés et fondés sur les droits et devoirs, et donnent un cadre de référence assez structuré et explicite pour les personnes accueillies et les équipes. L'intérêt de cette formulation est qu'il est possible d'en voir la déclinaison concrète.

Le projet du FAM esquisse des « perspectives » et ne comporte pas d'annexes même si les documents existent et sont mentionnés dans le projet (par exemple procédures, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, etc.).

- **Le règlement de fonctionnement** (il s'agit d'un règlement commun à tous les établissements de l'IADES) a été actualisé en janvier 2008 et il a fait l'objet d'une validation par le conseil d'administration. Le Conseil de vie sociale et des représentants du personnel ont été consultés. Il est présenté et remis par la direction avec sa signature et celle de la personne accueillie. Nous notons que le Règlement de Fonctionnement aborde toutes les questions qui régissent les règles, droits et devoirs du Foyer et de la personne accueillie de manière assez formelle mais qu'il est peu accessible. Compte tenu de l'importance de ce document qui régit les règles réciproques du vivre ensemble nous pouvons nous demander si, dans la forme, il est adapté aux résidents et de quelle manière il leur est présenté, est compris et fait référence, mais aussi comment les résidents ont pu participer à l'élaboration.

Nous rappelons ci-dessous les deux premiers articles du décret (2003-1095 du 14 novembre 2003) :

➤ **Article 1**

Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Il est modifié selon une périodicité qu'il prévoit. Celle-ci ne peut être supérieure à cinq ans.

➤ **Article 2**

Sans préjudice de sa remise à toute personne accueillie ou à son représentant légal en annexe du livret d'accueil, le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole.

⁴ *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles « La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre » ANESM juin 2008*

- **Les autres outils de la loi n° 2002-2**, livret d'accueil, charte des droits et des libertés, liste des personnes qualifiées existent et sont en conformité, mais la question concernant l'adaptation aux résidents est aussi valable.

- **Les procédures qui permettent des repères communs dans une démarche qualité sont formalisées et actualisées régulièrement.** Les procédures et protocoles existent sur : l'accès à l'infirmier, la distribution des médicaments, la sécurité incendie, les sorties, le déroulement d'une nuit de veille, l'accueil des personnels intérimaires. Il existe une fiche de signalement d'incident avec les résidents, et l'utilisation de cette fiche par les professionnels est comprise par eux comme un support servant à relater les événements d'incident entre personnes accueillies ou de celles-ci envers les professionnels. Il reste à travailler la prévention de la maltraitance et la notion de bientraitance en complément à celle de bienveillance très présente dans le Foyer Myosotis.

- **Le projet individuel, un projet global : thérapeutique, éducatif et social**

Dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet individuel, Myosotis a privilégié l'intérêt de « *penser un devenir vers plus d'autonomie, d'ouverture, moins de souffrance, plus de confort...* »

Le projet individuel part du repérage des besoins spécifiques de la personne, de ses désirs, et propose de pistes de travail et les moyens correspondants (prise en charge paramédicale, activité, mesure éducative...).

Malgré les difficultés que cela comporte compte tenu des capacités d'expression parfois restreintes des personnes accueillies, l'équipe de Myosotis souhaite être attentive à ce que le projet individuel *ne soit pas « son projet pour la personne », mais bien « le projet de cette personne »*. Les résidents sont sollicités avant la réunion de synthèse par les référents pour entendre leurs souhaits et demandes et échanger sur les propositions de l'équipe pluridisciplinaire.

Après la synthèse, un rendez-vous est organisé avec la direction, les référents, le résident et sa famille (ou représentant légal) afin de lui présenter le document rédigé. A partir de cet échange, le document, qui prévoit une place destinée à la parole des familles, sera complété, et fera office d'avenant au contrat de séjour.

- **La nature des activités proposées, est centré sur différentes dimensions toutes finalisées à promouvoir la qualité de vie des résidents :** les soins sous l'angle du bien être et pour le maintien et/ou du développement de facultés cognitives et motrices, l'expression et la socialisation, notamment. C'est un point fort du FAM Myosotis : **ce qui est proposé au résident est réfléchi pour contribuer à son épanouissement et son adhésion est incontournable.**

- **L'expression des personnes accueillies**, malgré les difficultés des résidents (64% sans communication verbale) est favorisée, prise en compte sur un plan individuel pour les questions qui le concernent, mais aussi sur le plan de l'organisation quotidienne. Cette préoccupation est très présente et en réflexion pour améliorer et diversifier les modes et possibilités d'expression. Le conseil de vie sociale fonctionne de manière régulière et donne une place prépondérante aux personnes accueillies. Chaque réunion du Conseil de vie sociale fait l'objet d'un temps de préparation préalable avec les représentants des personnes accueillies et, d'un compte rendu validé en début de réunion suivante. L'investissement et l'attention des équipes et de la direction sur cette dimension est un autre véritable point fort de cet établissement. Il nous a semblé que la communication entre les résidents et les équipes existe avec un bon niveau de qualité malgré les difficultés d'expression des résidents.

- **Une posture bienveillante et attentive aux personnes accueillies** qui se traduit dans le fonctionnement quotidien par une organisation pensée pour proposer des réponses adaptées aux besoins. Cette préoccupation est portée par les équipes et posée en tant qu'exigence par le management. Elle constitue un des fondements de la culture associative. Tous les aspects du quotidien : habitation, repas, activités, mais aussi sur le plan de la vie relationnelle, affective, du respect de l'intimité, de la recherche de l'adhésion de la personne à ce qui est proposé, font partie intégrante de l'accompagnement.

L'adéquation entre le projet et les ressources humaines du Foyer d'accueil médicalisé

Les ressources humaines sont constituées de 45 personnes (pour 42,77 ETP) pour les 30 personnes accueillies réparties dans différents services et équipes.

Des professionnels qualifiés et des équipes pluridisciplinaires :

Une équipe médicale composée d'un médecin généraliste et un médecin psychiatre

Une équipe paramédicale composée d'infirmières, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'aides soignants et d'une psychologue

Une équipe éducative composée d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, d'AMP,

L'équipe des services généraux, et le chauffeur /homme d'entretien

Le directeur, le directeur adjoint et la secrétaire de direction

Près de 40% des professionnels sont dans le FAM depuis l'ouverture de la structure

Une politique de formation soutenue et diversifiée

Les plans de formations des trois dernières années mettent en évidence des choix :

- de formations qualifiantes (Master, CAFERUIS, Educateur spécialisé, Moniteur éducateur)
- sur l'acquisition des nouvelles compétences en lien avec les besoins des résidents (connaissance de différents handicaps, Snoezelen, handicap et sexualité, prise en compte de la douleur...)
- sur l'acquisition des nouvelles compétences techniques

Sur les trois ans entre plus de 40% des salariés ont bénéficié d'une formation.

Plusieurs instances de communication, d'information et de réflexion sont mises en place pour le personnel :

- La réunion « de fonctionnement », hebdomadaire pour tous les services
- Les réunions « éducatives » hebdomadaires par unité
- La réunion « paramédicale » mensuelle pour les professionnels de santé
- La réunion avec l'équipe de nuit tous les 2 ou 3 mois
- La réunion trimestrielle des services généraux

La dimension managériale est portée à deux niveaux :

- de la direction de l'établissement qui dispose des qualifications correspondantes et d'une délégation de pouvoir dont le périmètre s'élargit de plus en plus.
- de la direction générale qui soutient et propose une politique de formation qualifiante, de promotion et de mobilité interne et qui a mutualisé le diagnostic d'exposition à la pénibilité.

Nous constatons toutefois un certain nombre de manques qui prennent une résonance particulière du fait même de la mission de la structure. En effet, sans politique préventive affirmée et communiquée sur ces aspects, le risque d'usure et d'une baisse de vigilance des professionnels peuvent avoir un impact sur la qualité d'accompagnement et la bientraitance pour les personnes accueillies :

- Il n'existe pas d'analyse de la pratique actuellement mais cela a existé pendant plusieurs années et elle va reprendre en fin d'année
- La GPEC n'est pas élaborées comme un outil de management. Toutefois la mobilité est possible en interne et en ce qui concerne et l'accueil des nouveaux salariés, la direction générale de l'association a prévu des modalités avec la désignation d'un tuteur et la possibilité de produire un « rapport d'étonnement »

Un travail partenarial bien structuré et diversifié qui témoigne d'une qualité de dialogue et d'une compétence reconnue

Le travail avec les partenaires est formalisé par l'élaboration de conventions et le FAM est particulièrement bien identifié et reconnu par sa qualité d'accueil et de soin.

- **Le réseau de proximité est bien développé** et organisé pour faciliter l'autonomie des résidents (associations culturelles et sportives, médecins de ville ...) Cette année une évaluation des activités extérieures suivies par les résidents est prévue avec les partenaires.
- **Un réseau de partenaires spécialisés** qui apportent des compétences complémentaires fonctionne sur le territoire, avec notamment la mise en place d'une collaboration soutenue avec CECOIA (Consultation d'Évaluation, de Conseil d'Orientation pour patients IMC et polyhandicapés adultes), avec le CMP et avec l'UDAF pour les résidents bénéficiant d'une mesure de protection juridique.
- **Des partenariats avec d'autres établissements médico-sociaux** dans des échanges liés aux projets d'orientations concernant les personnes accueillies
- **Des partenariats avec l'autorité de contrôle** et avec la MDPH
- **Le partenariat entre le foyer et les autres structures de l'IADES**, dans le cadre du plan d'intégration des nouveaux salariés, une visite des autres établissements est prévue. Par ailleurs, lors des réunions institutionnelles animées par la direction, des informations concernant les autres établissements sont données. La mobilité interne favorise cette connaissance. Enfin, il existe de nombreux moments formels ou informels durant lesquels salariés et résidents des différentes structures de l'IADES se côtoient.

LES PRECONISATIONS

Les préconisations ci-dessous sont la résultante de notre analyse, mais aussi de propositions et suggestions qui ont émergé lors des échanges avec les résidents, les familles, les partenaires et les professionnels.

Nous les organisons autour des rubriques suivantes :

Les résidents accueillis au Foyer d'Accueil Médicalisé Myosotis

Si la vie des personnes accueillies à Myosotis est tout à fait satisfaisante et les droits des usagers conformes, au regard de la qualité des conditions d'accueil et de l'accompagnement et parce que les résidents, les familles et les partenaires eux même expriment, quelques résidents ont exprimés lors de nos échanges une certaine lassitude de la vie en institution.

Ceci nous semble important à relater car pour ces personnes, la vie en institution est la seule perspective d'avenir. Malgré le niveau d'attention très fort et la qualité déployée pour le bien être quotidien des résidents à Myosotis, tout ce qui peut être fait pour que la vie dans un foyer pour une personne ayant un niveau de handicap élevé soit la moins pesante possible doit être une préoccupation partagée, qui va bien au delà de l'équipe de Myosotis et de l'Association IADES.

L'exercice de la citoyenneté, un droit à rendre effectif

Ce principe fondateur de la loi du 11 février 2005, ne semble pas encore complètement intégré comme une volonté portée par tous les professionnels du Foyer Myosotis : par exemple aucune information sur le droit de vote des personnes bénéficiant des mesures de tutelle n'a pas été faite. Au delà des droits des usagers, les droits fondamentaux de chacun doivent être soutenus en termes d'information, tant auprès de la personne handicapée que de l'environnement. Historiquement la prévalence de la protection, voir de la surprotection, n'a pas favorisé l'accès aux droits les plus évidents et aux choix qui en découlent. L'exercice des droits est à penser, au delà du principe, comme un levier de progression et d'apprentissage de la liberté de choix de la personne handicapée. Ainsi par exemple le droit de vote implique de créer les conditions d'une information adaptée et stimule la participation et la citoyenneté (cf. loi 2005). Cette logique s'inscrit dans une représentation évolutive des personnes handicapées et ne les enferme pas dans une représentation qui les réduit à leurs limites.

Le préambule de la Convention européenne relative aux droits des personnes handicapées indique que : « la notion du handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

La notion de projet de vie nous amène à côtoyer la notion de citoyenneté dans l'échange pratique et le contact avec l'autre. Le développement de la vie sociale permet de se projeter et de renforcer l'estime de soi ...

La bientraitance, une exigence à faire progresser.

Selon la recommandation de l'ANESM, l'intention positive présente dans la bienveillance est une condition nécessaire mais pas suffisante pour penser la bientraitance. Celle-ci s'inscrit dans les conceptions et dans les exigences d'une société spécifique, à un moment donné. Il appartient à l'équipe de professionnels du FAM, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement. En effet la bientraitance se définit aux termes d'échanges continus entre tous les acteurs. Ce n'est qu'au croisement et dans le respect de toutes ces analyses qu'une bientraitance réellement légitime peut se construire, « dans le sillage d'une recherche collective de sens ». En ce sens, c'est une culture de questionnement permanent, y compris au regard des évolutions des savoirs et des découvertes des sciences humaines, sociales et médicales.

Dans la collecte et l'analyse des informations et avis croisés dans la démarche d'évaluation externe,

des éléments récurrents indiquent que pour le foyer, un pallier reste à atteindre pour passer de la bienveillance à la bienveillance. A titre d'exemple :

- le règlement de fonctionnement, tout particulièrement pour un lieu de vie, élaboré avec peu de concertation avec les résidents, et dont la formalisation est peu accessible
- la régulation de problématiques de type addictives (cigarettes) est gérée dans un souci de protection mais qui ne prend pas assez en compte la difficulté au quelle la personne est confrontée face à cette dépendance
- le libre choix inhérent à la vie quotidienne (alimentation, rythme de vie)

Ces exemples viennent indiquer la nécessité de questionner régulièrement les modes de relation asymétrique qui n'intègrent pas la tension entre protection et liberté, et équilibre entre aspirations individuelles et contraintes de la vie à long terme en institution.

Au delà de tous les aspects précédemment évoqués, l'élément essentiel pour ce changement de paradigme est, selon nous, de construire avec l'ensemble des parties prenantes les conditions pour passer de la recherche d'autonomie à celle d'une plus grande liberté de choix. Cet objectif implique de construire les conditions d'une prise de risques partagée et une posture pédagogique du FAM envers l'environnement et plus particulièrement envers les familles.

Accompagner les familles à trouver leur place

Les familles des résidents du foyer d'accueil médicalisé, dont le degré de souffrance et de dépendance est plus évident, sont confrontées à un questionnement qui croise protection et inquiétude de l'avenir. Si cette préoccupation est tout à fait compréhensible les risques d'ingérence, d'infantilisation et de dévalorisation de leur enfant devenu adulte sont présents.

Le Foyer d'accueil médicalisé et l'association les associent et les entendent dans leur manifestation d'inquiétude concernant des difficultés actuelles et l'avenir de leur enfant. La qualité des relations entre les familles et le FAM ne fait aucun doute mais, certains parents souhaitent que soit proposés des espaces qui leur permettraient d'échanger sur ces questions permettant ainsi de rompre une forme d'isolement.

Le foyer de vie pourrait aider les familles à :

- prendre conscience des ressources propres de leur enfant
- maintenir la qualité des liens par une information adaptée, mais sans intrusion dans la vie de leur enfant
- faire confiance aux réponses aux besoins de leur enfant que la société et l'association peuvent offrir.

L'organisation et le management

En réponse aux constats évoqués, les priorités du management doivent s'orienter vers une attention portée aux professionnels dans une logique :

- d'actualisation des compétences permettant d'intégrer les évolutions sociétales, législatives, réglementaires et techniques
- de prévention des risques d'épuisement et de burn-out auxquels les professionnels du FAM peuvent être confrontés
- d'une dynamique participative, collaborative et responsabilisante
- d'une logique relevant de la GPEC, tant pour le fonctionnement actuel que pour anticiper les développements et les ajustements à venir

Les outils de managements correspondant à ces préconisations sont ceux qui apportent encore plus des repères et ouvrent des espaces permettant des allers-retours entre pratique, confrontation et réflexion : entretien professionnel, analyse des pratiques professionnelles, formations, mobilité, espaces et temps de travaux et d'élaboration collectifs. Ces outils sont présents mais doivent s'inscrire dans une politique affichée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

L'ouverture du Foyer sur son environnement

Si l'inscription dans l'environnement local et spécialisé est acquise, le foyer pourrait avoir une ambition plus affirmée :

- pour contribuer à l'évolution des mentalités, selon la conception proposée par Jean François Chossy⁵. En effet, à partir du constat que le regard porté sur la personne handicapée est souvent disqualifiant et enfermant, le travail sur les représentations que le foyer pourrait élaborer et transmettre, aiderait à élargir le champ des possibles pour mieux vivre ensemble.
- dans son inscription dans les dispositifs territoriaux des politiques publiques, notamment en participant à l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées pour répondre à ces évolutions.

⁵ *L'évolution des mentalités et le changement de regard de la société sur les personnes handicapées*
Rapport Évaluation externe FAM Myosotis IADES

LISTE DES ANNEXES

- 1** *Documents de cadrage de la mission : la proposition, la composition de l'équipe et le calendrier de réalisation + convention jointe*

- 2.** *La composition du comité de pilotage*

- 3.** *La liste des partenaires rencontrés*

- 4.** *La bibliographie*

- 5.** *Présentation synthétique du rapport d'évaluation au comité de pilotage du 16 juillet 2012 (joint)*

Annexe 1

Documents de cadrage de la mission : la proposition de réalisation



■ PROPOSITION : Conduire l'évaluation externe des établissements IADES du 11 avril 2010

■ LE CONTEXTE

I.A.D.E.S. est une association créée en 1984, grâce à l'union de 2 associations locales, l'APAEI Essonne Sud (Association des Parents et Amis d'Enfants Inadaptés) et l'AHDC (Association des Handicapés de Dourdan et de son Canton), dans le but de créer et gérer des établissements destinés à accueillir des personnes adultes, handicapées mentales et/ou physiques.

L'I.A.D.E.S. et ses établissements sont implantés à Dourdan ; elle regroupe plusieurs types d'établissements spécialisés offrant des prises en charge différentes pour répondre au mieux aux besoins de près de 200 personnes adultes handicapées mentales.

L'association gère les structures suivantes :

- Un ESAT qui offre une possibilité de travail dans trois secteurs : assemblage/conditionnement, restauration alimentaire et blanchisserie.
- Un foyer d'hébergement : un foyer collectif accueille aujourd'hui 19 résidents et un foyer logement accompagne 18 personnes, locataires de leur propre appartement.
- Un foyer d'accueil médicalisé
- Un foyer de vie occupationnel

Entre avril 2008 et décembre 2009, l'I.A.D.E.S., accompagné par un consultant extérieur, a travaillé à l'évaluation interne de chacun de ses établissements.

C'est dans cette dynamique permanente de progrès et en conformité avec le cadre législatif que trouve place la démarche d'évaluation externe que l'association envisage.

■ LE CADRE ET LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cadre légal de l'évaluation externe (art.L312-8 CASF)

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur habilité (la liste de ces organismes est établie par l'ANESM). Les organismes habilités doivent respecter un cahier des charges fixé par décret (n° 2007-975 du 15 mai 2007) et les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Ses résultats sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation de l'établissement

Les textes, cadre du dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations, ont pour objet de centrer la visée évaluative sur la pertinence de la réponse aux besoins et attentes des usagers comme socle et finalité des interventions, dans le cadre des missions imparties.

Finalité et objectifs

La finalité de la mission est l'évaluation externe, dans un but d'amélioration continue de la qualité pour les usagers.

Le cahier des charges précise que l'évaluation doit :

- viser à la production de connaissance et d'analyse, dans une logique d'intervention et d'aide à la décision
- mieux connaître et comprendre les processus
- apprécier les impacts produits au regard des objectifs
- promouvoir des outils de mesure adaptés.

L'évaluation est distincte du contrôle et de la certification.

L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficacité, en considération du contexte observé.

La démarche d'évaluation externe contribue à l'objectif général d'amélioration de la qualité des activités de la structure, à travers notamment une appréciation globale sur :

- l'adéquation des objectifs par rapport aux besoins, au regard des caractéristiques des personnes accueillies et aux missions dévolues
- l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et non prévus
- les conditions d'efficacité de l'action, l'impact des pratiques
- la réactualisation régulière de l'organisation
- les suites réservées à l'évaluation interne

■ PRINCIPES ET DEMARCHE PROPOSEE

Quelle définition ?

Avant de préciser les modalités concrètes que nous proposons, quelques remarques préalables peuvent être faites autour de l'évaluation en général.

En premier lieu, nous nous référons à deux définitions importantes.

La première est celle que l'on trouvait dans le déjà ancien rapport Viveret⁶, qui indique que l'évaluation est « la démarche par laquelle on va porter un jugement sur la valeur de l'action menée », ajoutant qu'elle a pour fonction majeure de contribuer au débat démocratique sur l'action menée au nom de la collectivité.

La Société Française de l'Évaluation la définit comme suit : « L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficacité, la cohérence et les impacts⁷ ».

Ces définitions, auxquelles nous nous référons, imposent de clarifier la nature des référentiels utilisés (ce qui constitue la valeur sur laquelle il faut se prononcer) en se confrontant à la complexité des questions abordées. Cela suppose donc particulièrement de veiller à ce que le dispositif d'évaluation soit adapté à la spécificité de l'action menée ou de la structure.

Autrement dit, l'évaluation n'est pas une simple compilation de données ; l'analyse de ces données, la construction d'indicateurs et leur interprétation constituent l'essentiel de l'évaluation.

L'évaluation doit répondre à des exigences de qualité en termes de pertinence, de fiabilité, d'objectivité et de transparence par rapport aux :

- principaux résultats
- choix des préconisations

⁶ L'évaluation des politiques et des actions publiques. Rapport au Premier Ministre - Juin 1989

⁷ Charte SFE de l'évaluation disponible sur le site www.sfe.asso.fr

- méthodes et données utilisées.

L'évaluation, un moyen de progresser

L'évaluation doit partir de l'ensemble des travaux réalisés, notamment de l'évaluation interne et apporter une extériorité et une expertise sur l'état d'avancement et de conformité dans chaque structure.

Mais au-delà de la vérification de la conformité, la mission doit soutenir et conforter la dynamique initiée pour installer dans la durée la qualité des prestations, des pratiques et de l'organisation.

En effet, en rester au texte de la loi pour en faire découler directement le fonctionnement institutionnel peut s'avérer insuffisant pour entraîner un changement réel dans les pratiques, voire constituer une impasse pour les structures qui souhaitent approfondir leur réflexion sur la qualité et la place des usagers. Car une logique uniquement procédurale risque d'assécher tout ce que l'expérience d'une relation revisitée avec les usagers pourrait apporter à l'évolution des structures. Notamment, dans le secteur social et médico-social, tout le monde comprend bien qu'il ne suffit pas de créer une réunion collective avec les usagers pour faire évoluer des rapports institués, ni d'informer formellement les usagers de certains de leurs droits pour que ceux-ci les exercent réellement. Pour le dire autrement, si les procédures et le contrôle sont nécessaires, ils sont insuffisants pour inscrire la qualité dans la durée.

Dans cette logique et compte tenu de la diversité des structures de l'association - même si elles s'inscrivent dans le même secteur d'activité, ont un projet associatif commun et sont soumises au même contexte et contraintes législatives et réglementaires - nous nous attacherons à identifier et à prendre en compte les enjeux et tensions spécifiques à chacune.

Ainsi, par exemple :

- dans les ESAT ; comment peut-on équilibrer la double contrainte entre production et accompagnement social, pénibilité du travail et vieillissement des travailleurs handicapés ?
- dans le foyer de vie, ou dans le foyer hébergement, comment concilier l'autonomie des publics accueillis avec les questions de sécurité ?
- ou encore dans le foyer d'accueil médicalisé, comment éviter une logique essentiellement médicale qui réduirait les personnes accueillies à leur handicap ?

Les principes qui guident notre intervention

Nous proposons, dans le cadre de notre intervention, d'appuyer la démarche sur les principes suivants :

- **Partir de ce qui a été réalisé**, à tous les niveaux de l'association, pour articuler notre mission au travail concret des structures et des équipes ;
- **Considérer l'évaluation comme un moyen de progresser collectivement** dans la compréhension des normes et les méthodes de leur mise en place, sans juger les professionnels individuellement dans leur pratique ;
- **Donner un sens à l'évaluation** pour passer des procédures « contraignantes » à des procédures « leviers de l'action » ;
- **Construire les outils de l'évaluation** après une démarche sur le terrain et un échange avec la direction pour les rendre lisibles et concrets ;
- **Mailler les interlocuteurs** (élus, usagers, partenaires, salariés...) et les modes d'observation pour permettre un regard croisé ;

Permettre, par cette démarche, de renforcer la cohésion de l'association en renforçant l'implication et le sentiment d'appartenance des acteurs.

... Qui induisent des choix méthodologiques

L'évaluation combine modalités participatives et regard extérieur

L'évaluation sollicite l'expression de l'ensemble des acteurs concernés Le regard croisé est la modalité la plus appropriée pour aboutir à une objectivation. Cette modalité implique :

- un diagnostic partagé qui repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes

étapes de la démarche évaluative.

- un regard extérieur sur la question de l'adéquation des objectifs aux profils des populations et à l'intégration des ressources.

L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements, services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques. La démarche participative permet le débat sur la qualité et la pertinence tant des réponses apportées que de l'organisation mise en place.

L'évaluation comme moyen de progression

L'évaluation externe va s'inscrire dans la démarche globale d'amélioration continue de la qualité ; elle est au service de la structure.

L'évaluation est conçue ici comme un outil d'amélioration des pratiques et de la qualité des prestations. Elle tient compte des résultats des démarches engagées par l'association et ses établissements.

Construction d'un cadre de référence et du questionnement évaluatif

L'évaluation implique la construction d'un cadre de référence spécifique et le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés.

Le champ de l'évaluation se détermine à la fois par les orientations des politiques sociales et médico-sociales et par celles retenues dans le cadre de l'évaluation interne réalisée par la structure. Ceci afin d'assurer la complémentarité des analyses et permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

L'évaluation externe portera son attention et une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard :

- de l'effectivité des droits des personnes accueillies et des conditions de réalisation du projet personnalisé
- de l'ouverture de la structure sur son environnement et des interactions.

Tout particulièrement il s'agira d'être attentif, dans le cadre de l'évaluation, à :

- la nécessité et la difficulté d'appréhender les besoins et attentes des personnes accueillies dans les structures
- la capacité des structures à mobiliser les compétences et ressources nécessaires pour s'adapter à chaque personne accueillie afin de proposer un accompagnement de qualité, individualisé et pluri dimensionnel (santé, social, psychologique, pédagogique)
- la qualité des relations et la volonté des structures pour prendre en compte l'environnement familial et social de la personne. Les modalités mises en œuvre pour le respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et les dispositions prévues pour assurer la protection des personnes.

Les autres points suivants seront examinés en prenant en compte les particularités liées à chaque structure :

- La complexité de l'organisation, des articulations et des coordinations avec l'environnement
- La nécessité de s'ouvrir et d'intégrer les ressources du territoire
- Le contexte évolutif et mouvant sur les plans réglementaires, les incidences qui en découlent et la capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité : par exemple, application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – prévention des risques de maltraitance

Le questionnement évaluatif :

Il s'agira de formuler des questions évaluatives hiérarchisées et adaptées à la logique de chaque structure en se référant à l'évaluation interne conduite dans chaque structure.

Ce questionnaire intègre les objectifs de l'évaluation.

Les questions ci-dessous proposées le sont à titre d'exemple ; elles nécessiteront d'être affinées et complétées :

- Dans le cadre des missions imparties, les prestations proposées sont-elles adaptées aux besoins et attentes spécifiques des personnes accueillies ?
- Que signifie concrètement promouvoir plus d'autonomie, maintien des apprentissages ?
- Que doit permettre une personnalisation adaptée de l'accompagnement ?
- Qu'est ce que l'effectivité des droits dans la structure ?
- Quels risques spécifiques sont à prévenir pour les usagers dans cet établissement ?
- Quels sont les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées ?
- La qualité et la pertinence des activités procèdent-elles de l'adaptation des objectifs aux spécificités de la population particulière accueillie ?
- En quoi les activités déployées permettent-elles un changement dans la situation des usagers considérée dans le temps et sur un territoire ?

Bâtir les outils de l'évaluation

Une fois les questions évaluatives précisées, nous organiserons concrètement les outils de recueil des informations nécessaires. Ceux-ci pourront être de différents ordres :

- Observations des pratiques collectives à des moments clés (il est à préciser que cette observation ne doit pas être une évaluation de la pratique individuelle)
- Collecte de données à partir des outils de suivi de l'activité
- Questionnement et entretiens individuels ou collectifs des professionnels, des partenaires, des usagers (sous réserve de possibilité de réalisation compte tenu du handicap) et de leurs proches

L'analyse évaluative s'appuie sur :

- L'évaluation interne réalisée
- L'observation
- L'exploitation des documents de la structure (projet de la structure, livret, évaluation interne, contrat de séjour, organigramme, divers comptes rendus, etc...)
- Le questionnement individuel et/ou collectif de toutes les personnes concernées

Elle doit permettre de confronter la situation observée au cadre de référence défini :

- Apprécier la capacité d'adaptation de l'établissement ou du service au regard des évolutions constatées
- Apprécier la pertinence des activités déployées au regard des effets pour les usagers
- Décrire le niveau de réalisation des objectifs principaux en tenant compte des mesures d'amélioration prises à l'issue de l'évaluation interne déjà conduite
- Examiner la prise en compte des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques
- Porter un avis sur les conditions de réalisation : moyens matériels et humains, gestion des ressources humaines, intégration des ressources du territoire, articulations et coordination interne et externe, cadre de vie.

Cette analyse mettra en relation les intentions du projet d'établissement et les constats issus de l'évaluation interne, en se centrant sur la qualité des prestations et les pratiques, dans le but d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de chaque structure inscrite dans son environnement.

Si des contradictions ou des écarts sont mis en évidence au regard du cadre de référence spécifique, une analyse et une interprétation, sur la base des informations quantitatives et qualitatives obtenues, seront formulées.

Enfin, des propositions et /ou préconisations seront proposées au regard des différents champs couverts par l'évaluation externe.

Le rapport de l'évaluation

Conformément au décret :

« Les résultats de l'évaluation sont transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation sous forme de rapport d'évaluation dans les conditions prévues à l'article D.312-200. Un pré rapport d'évaluation externe est communiqué à l'organisme gestionnaire et au directeur de l'association ; ils s'assurent de la représentation des opinions de chacune des personnes interrogées et, le cas échéant, formulent leurs observations.

Le pré rapport est consultable par toutes les personnes de l'établissement ou du service ayant contribué à l'évaluation externe.

La version définitive rédigée par l'évaluateur est remise à la personne physique ou à la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social conformément aux dispositions prévues à l'article R.312-200. »

Le rapport comporte les éléments suivants pour chaque structure :

- Des éléments de cadrage, présentation synthétique de l'association et du contexte et de l'établissement
- Un descriptif de la procédure d'évaluation externe tant sur le plan méthodologique (y compris les moyens déployés) que contractuelle
- Le diagnostic de situation, éclairage sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place
- Les résultats de l'analyse détaillée.
- Des préconisations

Une synthèse par structure, rédigée à l'issue de la mission d'évaluation, sera adressée à l'ANESM, selon la trame suivante :

1. Identification de l'organisme habilité et du commanditaire de l'évaluation externe
2. Respect des critères d'habilitation
3. Profil de l'établissement ou du service évalué
4. Méthode d'évaluation externe
5. Eléments de synthèse de l'évaluation conduite

■ COUT, INTERVENANTS ET RÉFÉRENCES

la démarche conduite pour l'ensemble des 4 structures de l'association IADES permet une optimisation et une économie de moyens par le fait de mutualiser la démarche et les outils. Il s'agira toutefois de rester attentifs à bien les adapter à la spécificité de chaque structure. Nous proposons une estimation forfaitaire de 4 jours par établissement, cette estimation peut être modulée en fonction de la taille et de la spécificité de chaque structure.

QUOI	QUI	N/jours
Validation de la méthode et de l'échéancier et élaboration du plan d'organisation de la mission	Direction et évaluateurs	0,5 jour
Définition du protocole de l'évaluation et élaboration du questionnaire évaluatif et des outils et suivi de la démarche	Les évaluateurs avec un groupe de travail constitué spécifiquement composé des représentants de chaque structure et du siège	3,5 jours
Conduite de l'évaluation ; analyse documentaire, entretiens, observations	Évaluateurs	6 jours

des différentes situations de travail (par exemple, accueil d'un nouvel usager, participation à diverses réunions (équipe CVS), ateliers activités, nursing...*)		
Elaboration du pré rapport d'évaluation et diffusion interne à l'association et à chaque établissement	Evaluateurs	3
Rédaction finale du rapport pour chaque structure	Evaluateurs	3
		16 jours

**Évidemment notre participation se fera avec l'accord de l'utilisateur et dans le respect de son intimité pour éviter toute attitude intrusive*

Nos tarifs se basent sur un coût journée consultant de 1 000€ hors taxes et hors frais.

Coût : 1 000€ x 16 jours = 16 000€ HT + Frais de transport forfaitaires 500 €

TVA (19,6%) = 3 234 €

Total TTC frais compris 19 734 €

Soit par structure 4933,5 €TTC

INTERVENANTS ET REFERENCES

Dans le cadre de l'habilitation pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ITACA Consultants est référencée comme évaluateur par décision du 10 juin 2009 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

Antonella Relli

Enseignante (Magistère de Gênes). Consultante depuis 1989. Auparavant responsable d'une structure d'accueil et orientation pour public en difficulté. Elle a créé ITACA consultants en septembre 2008 et en est la gérante.

L'intervenante a une bonne connaissance de l'évaluation (accompagnement à l'évaluation interne pour plusieurs structures sociales et médico-sociales,) et a conduit diverses évaluations de dispositifs publics ; par exemple : évaluation politique de la ville pour le PDSU de la communauté d'Arras, évaluation de l'accès aux droits pour le FASILD, évaluation des points d'accès au droit en établissements pénitentiaires pour le Ministère de la Justice, Evaluation du programme ESPERE, Evaluation du Programme de Réussite Educative des Mureaux. Elle a une connaissance des questions liées aux politiques publiques et du secteur médicosocial (plaquette jointe). Elle sollicitera si besoin, et en accord avec le commanditaire et le cadre législatif de l'évaluation externe d'autres intervenants qui seront sous sa responsabilité. Plaquette avec références ci joint.

Annexe 1

Documents de cadrage de la mission : la composition de l'équipe

Germaine Peyronnet

Expériences professionnelles

- Mission de direction de l'UNAFORIS, septembre 2010 à octobre 2011
- Directrice adjointe de la direction de l'action sociale de la Croix-Rouge française, mars 2004 à septembre 2010
- Directrice générale adjointe de la fondation Armée du Salut, mars 2002 à mars 2004
- directrice adjointe de Buc Ressources (centre de formation et de recherche du travail social), novembre 1997 à mars 2002
- Directrice de la Résidence Soleil à MASSY, ADAPEI de l'Essonne (foyer d'hébergement, centre d'activité de jour, SAVS, pour des personnes présentant une déficience intellectuelle), janvier 1991 à octobre 1997
- Responsable du Service de Suite de l'Institut Médico-professionnel de l'ADPED à l'Hay les Roses, 1986 à 1990
- Educatrice spécialisée, Institut Médico-professionnel à l'Hay les Roses, 1971 à 1986
- Educatrice spécialisée, institut Médico-éducatif « Les Abeilles », 1969 à 1971
- Educatrice spécialisée à l'IMP Saint Vincent, 1968 à 1969 – 33 – Eysines

Consultante depuis 2011

- Evaluation externe pour les établissements IADES
- Accompagnement à l'élaboration du projet associatif d'Oppelia
- Gestion de crise pour un établissement de la protection de l'enfance
- Evaluation interne et démarche qualité au Centre d'accueil pour enfants et adultes autistes Henry Dunant d'Amiens
- Accompagnent au changement pour une équipe de direction d'un IME
- Pilotage d'une démarche de validation d'un dossier au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) pour un « exécutive master » de Sciences Po

Interventions ponctuelles

- Accompagnement de mémoires CAFDES
- Accompagnement du livret 2 => VAE CAFDES
- Jury VAE CAFDES
- Enseignante dans le cadre du Master « Gestion et évaluation des institutions sanitaires et sociales » de l'université Antilles – Guyane

Diplômes et Formation

- Formation à l'évaluation externe à l'Andesi, 2011
- Master « Les fonctionnements associatifs – du diagnostic à la conduite à la conduite du changement », Sciences Po 2004
- CAFDES en 1996
- Diplôme d'éducateur spécialisé en 1968

Publications

- Jean-Marie Miramon, Germaine Peyronnet - « Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social – Du politique à l'intime et de l'intime au politique », ed. Seli Arslan, avril 2009
- Germaine Peyronnet, Les Cahiers de l'Actif n° 402-403, novembre/décembre 2009 – « Exercer la fonction de direction dans ses dimensions technique, stratégique et intime »

Engagements associatifs

- Depuis 2012 => administratrice de l'association ARISSE
- Depuis 2003 => vice présidente de l'APER, «association Pour les Enfants de Rizières », ONG au profit d'enfants vietnamiens, 11 rue Saulnier – 92800 Puteaux
- Depuis 1996 => Administratrice de l'AME (association de l'accueil de la mère et de l'enfant), gérant de centres maternels à Paris et dans le 92, 49, rue de la Tombe Issoire – 75014 Paris
- De 1991 à 2004 => vice présidente de l'ATE 91 (association tutélaire) 106, place des Miroirs – 91000 Evry

Docteur Alain IBAGNEZ

Spécialiste en Médecine Générale
D .I.U. Déficience Intellectuelle / Handicap Mental
D.U. Addictologie pratique

N° inscription Conseil Ordre 92 / 21 060 n° RPPS : 10004829684

EMPLOIS

Fondation « Les Amis de l'Atelier »

- Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) « La Source » Châtenay-Malabry (92290)

Médecin Généraliste Coordinateur Depuis septembre 2009 – 0,50 ETP

Création du service médical (MAS nouvelle) - 42 résidents adultes polyhandicapés psychiques adultes (1/3 déficitaires, 1/3 autistes, 1/3 psychiatriques). Coordination des soins médicaux (1 médecin psychiatre, 4 infirmières) et paramédicaux (psychologue, kinésithérapeute, psychomotricienne, ergothérapeute) en collaboration en interne avec l'équipe de direction (Directeur, Directeur Adjoint et Chef de Service) et l'équipe éducative (30 accompagnant(e)s et 4 coordinatrices) et en externe médecins traitants et spécialistes hospitaliers et privés. Fonction de médecin traitant pour certains résidents. Gestion des dossiers médicaux, des prescriptions et de leur bon usage. Formation initiale et continue des accompagnants au suivi somatique des résidents. Visites tri-hebdomadaires dans les unités et consultations de prévention.

Missions ponctuelles : coordination de l'évaluation dans le cadre du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), commission d'admission des 48 futurs résidents d'une nouvelle M.A.S.

- Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) « Les Hautes Bruyères » Villejuif (94800)

Médecin Généraliste Depuis juillet 2011 – 0,30 ETP

42 résidents adultes handicap mental psychiatrique. Coordination des soins médicaux (1 médecin psychiatre, 4 infirmières) et paramédicaux en collaboration en interne avec une cadre infirmière coordinatrice de soins.

- Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) « Le Temps des Amis » Chatillon (92320)

Médecin Généraliste Coordinateur Depuis février 2011 – 0,20 ETP

Médicalisation de l'équipe paramédicale du foyer (infirmières, aide-soignante, psychologue, psychomotricienne) - 25 résidents handicapés psychiques âgés (gériatrie psychiatrique). Fonction de médecin traitant pour 15 résidents. Formation initiale et continue des accompagnants au suivi somatique des résidents. Consultation de médecine générale à orientation gériatrique et consultations de prévention.

Médecine Générale Libérale

Remplaçant Cabinet Drs JM Geidel et JP Brosseau (Plessis Robinson – 92350)

De Juillet 2008 à décembre 2009 – 0,5 ETP. Congés des titulaires et 2 jours par semaine. Patientèle variée (Cabinet dans une Cité) avec spécificités (toxicomanes, VIH et VHC) du fait de la pratique institutionnelle et hospitalière des 2 titulaires.

ARAPEJ (Association Réflexion Action Prison et Justice)

Médecin coordinateur A.C.T. (Appartements de Coordination Thérapeutique) Arapej 92

De mars 2008 à septembre 2009 – 0,28 ETP Coordination de 9 A.C.T. dans un service sans médecin depuis 6 mois. Mise à jour des candidatures accumulées, visite dans les prisons de candidats VIH+/VHC+/ex-usagers drogues IV (UDIV), admission des nouveaux résidents, organisation *de novo* du service médical : équipement, classement, courriers avec les médecins référents, recherche de MG traitants acceptant la CMU. Collecte de documents pédagogiques pour l'équipe et les patients VIH. Participation aux activités du FNHVIH (Fédération Nationale de l'Hébergement des personnes touchées par le VIH). Coordination des soins pour les 40 résidents du CHRS.

Stage d'évaluation de Praticien Hospitalier validé (convention ANPE de reconversion) de juin à novembre 2007- Service de soins de suite de maladies infectieuses (MISSR) du Centre Médical de Bligny (Dr Hervé Bideault) – Briis sous Forges, 91 – Patients avec SIDA compliqués (neuro-SIDA pour la plupart) dont toxicomanes ex-UDIV avec hépatite chronique VHC.

Direction médicale Agences de Communication Médicales et Santé

DDB-Ciel&Terre / Master Médical / Medicus MK/ Terre Neuve

De mars 1988 à octobre 2007 - 0,9 ETP Elaboration des stratégies de communication et conception-rédaction médicale de campagnes nationales et internationales de communication sur les médicaments remboursés de spécialités (cancérologie, infectiologie, rhumatologie, hématologie, ...) et de médecine générale (quasiment toutes les classes), médicaments OTC (probiotiques, antalgiques, antiseptiques oraux...), compléments alimentaires et produit de santé grand-public (aromathérapie, nutrition).

Institut Ménarini – Paris 13^{ème} (aujourd'hui centre de la Croix Rouge)

Centre de consultation de précarité

Consultant en médecine générale – septembre 1998 à juillet 2000- Bénévolat 0,20 ETP. En équipe avec une assistante sociale et une infirmière, prise en charge en externe de patients en situation de précarité, SDF mais aussi migrants (1^{er} recours médical) et habitants du quartier.

Laboratoires Aron-Médicia (groupe Lipha)- Laboratoire pharmaceutique.

Direction médicale

D'avril 1984 à mars 1988 – 1 ETP

Organisation et animation scientifique de réunions avec médecins spécialistes et généralistes, formation des délégués médicaux et recherche sur plusieurs médicaments.

Hospices civils de Lyon et Faculté de Médecine Lyon-Sud

Assistant des Hôpitaux et des Universités

D'octobre 1982 à Avril 1984 – 1 ETP

- Au **Centre Mutualiste Sévigné de l'UGMR** : vacances de médecine générale à orientation médecine interne et psycho-somatique en collaboration avec un psychiatre et alcoologue (Dr Gonnet).

- Au **Laboratoire d'Informatique Médicale des Hospices Civils de Lyon** : mise en œuvre du projet de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers (PMSI)

- A l'**U.E.R Médicale Lyon Sud**, responsable de Travaux Pratiques de Statistiques en PCEM1

Clinique Chirurgicale du Tonkin – Villeurbanne

Infirmier de Bloc Opératoire – Instrumentiste en Chirurgie Vasculaire

De 1973 à 1978.

FORMATION ET DIPLOMES

- Année universitaire 2010-2011 : D.I.U. « **Déficiences intellectuelles / Handicap Mental** ». Université Claude Bernard Lyon.

- Année universitaire 2008-2009 : **D.U. d'Addictologie Pratique** : « De la compréhension des mécanismes des addictions à la prise en charge pratique ». Université Paris Sud 11.

- Du 13 mars au 31 mai 2007 stagiaire à la **consultation de médecine générale de l'Hôpital Marmottan (Paris)** avec le Dr Dominique Boubilley (accompagnement médical des co-infections VIH-HVC chez les toxicomanes).

- De 2005 à 2008 : Formation non universitaire en **thérapies complémentaires** : symbolique corps-esprit (Médecine Chinoise, Ayurveda), auriculothérapie, thérapies manuelles.

- Thèse de **Doctorat en Médecine** en juillet 1982, mention « Très honorable » à l'issue des études à l'U.E.R. Médecine Lyon Nord (octobre 1972 à 1978).

- Nombreux **remplacements en médecine générale rurale (69 et 01)**.

- **Internat du CHR de Lyon** : nommé au concours en 1978. D'octobre 1978 à octobre 1982, S.A.M.U., médecine d'urgence, chirurgie générale, médecine interne. Chargé de cours à l'école d'infirmière.

Antonella Relli

Formation

Enseignante (Magistère de Gênes)
 Formation Coaching dirigeants au CNAM
 Formation DEFA
 Formations à l'évaluation (FORS et Algoè)

Expérience en France

- Gérante et consultante Itaca consultants (septembre 2008)
- Consultante et formatrice à COPAS (2000/2008)
- Consultante et formatrice à OPUS 3 (1999 /2000)
- Consultante et formatrice à ALGOE (TEN) (1996/1999)
- Responsable et consultante de l'association PYXIS (1988/1996)
- Responsable de la structure d'accueil et d'information « AJAR » et création d'un Atelier Pédagogique Personnalisé et d'un Centre de Bilan personnel et Professionnel (1983-1987)
- Institutrice pour enfants handicapés moteurs cérébraux (Association des Paralysés de France 1980-1982).

Intervenante bénévole au Planning Familial et Administratrice bénévole pour des structures associatives

Principales références

Aide à la définition et évaluation des politiques publiques

- Élaboration des schémas et plans départementaux :
 - Conseil général du Val de Marne schéma de protection de l'enfance
 - DDASS des Hauts-de-Seine schéma d'accueil d'hébergement et d'insertion
 - Conseil Général de Seine et Marne : schéma de la protection de l'enfance
 - Conseil Général du Pas-de-Calais : schéma de la protection de l'enfance
 - DDASS de Seine-Saint-Denis plan départemental de lutte contre les addictions
 - Ville de Paris : schéma gérontologique
 - Conseil Général de Seine et Marne : orientations en matière de prévention spécialisée
 - Conseil Général du Val de Marne diagnostic et perspectives prévention spécialisée
 - Conseil Général de Paris : schéma gérontologique
- Audit stratégique sur l'accès aux droits pour le FASILD
- Administration Pénitentiaire : Accompagnement de responsables pour la mise en œuvre de la réforme des comités de probation et assistance méthodologique pour l'évaluation du plan d'exécution de peine et la mise en place des services départementaux d'insertion et de probation.
- Évaluation des Plans Locaux d'Insertion par l'Economique pour les régions : Picardie et Franche-Comté
- Évaluation de la politique jeunesse pour le Conseil Général de l'Essonne.
- Évaluation du Plan d'Accès à la première expérience professionnelle pour le Conseil Régional Rhône-Alpes
- Diagnostic préparatoire au contrat de ville pour le Préfet d'Indre et Loire
- DIV : soutien à la mise en place de projets sociaux de territoire
- Évaluation d'un programme d'accès à l'emploi pour les jeunes : Mission locale et Ville de Tourcoing
- Evaluation d'un dispositif d'accès au droit dans les établissements pénitentiaires de la région parisienne pour le Ministère de la Justice et l'association Droits d'Urgence
- Evaluation d'un dispositif d'accès au droit dans les établissements de santé mentale à Paris (Tenon Saint Anne et Henri Ey)
- Montage d'outils de partenariat sur les territoires (diagnostics partagés)
- Montage d'Observatoires Locaux (Villes de : Calais, Epinay-sous-sénart, Grigny, Evry et Conseil Général du Val-de-Marne) dans le cadre du programme FSE Horizon Défavorisés
- Diagnostics partagés de territoire en Seine et Marne
- Audit des structures de santé et réorganisation (MRPS) pour le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

- Bilan du schéma directeur de l'intervention sociale et accompagnement à la réorganisation pour la Communauté Urbaine de Strasbourg - Direction de l'Action Sociale

Aide à la décision et appui au changement organisationnel dans des structures du secteur social et médicosocial

- Audit CMPP Argenteuil APAJH 95
- Accompagnement méthodologique à l'élaboration du projet de structure ou du projet associatif pour diverses associations et structures
- Redéfinition, avec les 48 associations adhérentes, des enjeux, perspectives et modalités d'action pour l'Union Des Foyers de Jeunes Travailleurs d'Ile de France
- Diagnostics puis définition du projet pour plusieurs établissements de la protection de l'enfance, des CHRS, des Foyers pour handicapés, des EHPAD
- Audit pour le CE Clientèle de la SNCF

Ressources Humaines

- Recrutement de directeurs de structures sociales et médico-sociales (Fondation de l'Armée du salut, associations, ADSEA, centres sociaux, maisons de l'enfance ...)
- Élaboration d'outils de gestion RH pour les structures sociales et médico-sociales (élaboration référentiels d'entretiens annuels d'évaluation, définitions de fiches de poste, des modalités de management, d'information et d'animation des équipes) dans les structures
- Conception et définition d'un plan expérimental pour la gestion prévisionnelle des compétences dans les établissements sociaux pour le Conseil Général de Seine et Marne
- Coaching individuels ou collectifs des directeurs et d'équipes des structures du secteur social et médicosocial : ADSEA, Missions locales, service victimologie SNCF, Observatoire du développement local de la ville de Calais, ALIZE, Armée du Salut, ADSEA 77, AGE DEFIS...
- Audit sur la souffrance au travail dans un site SNCF

Formation des acteurs locaux

- Formation à la Communication (CNAM, Universités de Bordeaux et Nanterre)
- Formation à l'accueil des publics (Ministères des Finances, de la Jeunesse et des Sports, Collectivités Territoriales et Comités d'Entreprise).
- Formation Action sur la question de la bientraitance (Croix-Rouge)
- Formations au diagnostic partagé pour le CNFPT d'Evry et l'IRTS de Paris
- Formation accompagnement des acteurs de la formation professionnelle pour le Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais
- UNIFAF PARIS / Ile-de-France : Formation sur les nouveaux rapports entre usagers, professionnels et institutions

Réalisation et animation d'études qualitatives et quantitatives

- Recherche-action avec les centres sociaux d'Ile de France en matière de lutte contre les discriminations
- Recherche-action pour le compte de la Caisse Centrale des Activités Sociales des Electriciens Gaziers

Annexe 1

Documents de cadrage de la mission : le calendrier de l'évaluation du Foyer d'Accueil Médicalisé Myosotis

Deux rencontres pour caler la mission avec l'association :

- 7 septembre 2011
- 18 octobre 2011

Comités de pilotage (Co animé par deux consultants)

- 30 novembre 2011 à 9 h 15 : lancement de l'évaluation externe
- 11 avril 2012 à 9 h 15 : état d'avancement de l'évaluation
- 16 juillet 2012 à 9h 15 : présentation de l'évaluation

Une rencontre avec le directeur de la structure et une avec la directeur et le directeur adjoint (Co animée par deux consultants)

- le 11 janvier 2012

Une rencontre avec les équipes (deux consultant)

- le 13 mars 2012

Participation a une réunion de CVS (un consultant)

- le 23 mars 2012

Participation a une réunion du comité de direction de l'association (un consultant)

- le 2 avril 2012

Une rencontre avec les usagers (un consultant)

- le 21 mai 2012

- Visite des locaux (un consultant)

- le 21 mai 2012

- Rencontre du médecin consultant avec le médecin et le psychiatre du FAM

- 29 mai 2012

Une rencontre avec les parents (deux consultants)

- le 8 juin 2012

Rencontre avec les représentants du personnel (un consultant)

- le 15 juin 2012

Rencontres avec les partenaires en juin

Présentation du pré rapport après envoi préalable (deux consultants)

- le 3 juillet 2012

Annexe 2

La composition du comité de pilotage de l'évaluation

- Mme DUNG présidente de l'IADES
- Mme C. DUBOUE administratrice de l'IADES
- Pour l'ESAT « Les Ateliers de l'Ermitage » :
 - o Mme C.TILLET Présidente Conseil Vie Sociale
 - o Mme S. JOUMIER Vice Présidente Conseil Vie Sociale
 - o Mme C. RETTING directrice
 - o Mme G. ZORZENON chargée d'insertion et secrétaire du CHSCT de l'association
- Pour le Foyer de vie « Les Soleils d'Or » :
 - o Melle F. DAVID Présidente Conseil Vie Sociale
 - o Mme DAVID Vice Présidente Conseil Vie Sociale
 - o Mme A.BUISSON directrice
 - o Mme C.BIALIK éducatrice et secrétaire du Comité d'Entreprise de l'association
- Pour les Foyers d'hébergement :
 - o M. P. Monchâtre Président Conseil Vie Sociale
 - o Mme M. SALI Vice Présidente Conseil Vie Sociale
 - o Mme. I. LAUDREN directrice
 - o Mme C. LECOMTE éducatrice
- Pour le Foyer d'accueil médicalisée « Myosotis » :
 - o Melle MC. SIGARET représentante des résidents
 - o M. FOUILLET Vice Président Conseil Vie Sociale
 - o M. A. BECAVIN Directeur
 - o Mme P. MAIN Psychologue
- Pour le siège :
 - o Mme PINCEMIN attachée de direction
- Pour ITACA :
 - o Mmes G. PEYRONNET et A. RELI consultantes

Annexe 3

Les partenaires rencontrés dans le cadre de l'évaluation

MDPH Evry

- Mme PREVOTEL DA

Hôpital national de Saint Maurice 94410 Saint Maurice

CECOIA (Consultation d'Évaluation, de Conseil d'Orientation pour patients IMC et polyhandicapés adultes

- Dr Gaastal

MAS ISA 13 Soisy sur Seine

- Mr Serge Gally, directeur

- Dr Margarita Diawara, psychiatre

UDAF

- Mme TEILLOU

- Mme HINGANT