



Cabinet Ethique et Qualité

Conseil et Evaluation

Organisme habilité par l'ANESM sous le n° H2012-10-1025

31 avenue du Noyer au Roy 86240 Ligugé

Téléphone/Fax : 05-49-41-48-16 / Portable : 06-46-30-72-88

E-mail : **ethiquequalite@gmail.com**

Site internet : **www.ethique-et-qualite.fr**

Rapport D'Evaluation Externe Lieu de Vie « le Logis » 6, rue du Prieuré 49570 Montjean sur Loire

Michel Pécheux
Evalueur externe certifié
Novembre 2017

SOMMAIRE

1 ÉLEMENTS DE CADRAGE.	4
1.1 PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ÉVALUÉ.	4
1.2 CONTEXTE INSTITUTIONNEL.	5
1.2.1 HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT.	5
1.2.2 CONTEXTE ACTUEL (MISSIONS, CADRE RÉGLEMENTAIRE, CONTRACTUALISATIONS).	5
1.3 ORGANISATION	7
1.3.1 ORGANIGRAMME (OCTOBRE 2017)	7
1.3.2 LES PROFESSIONNELS	7
1.4 LES PERSONNES ACCUEILLIES.	8
1.4.1 ÉLÉMENTS QUANTITATIFS	8
1.4.2 CARACTÉRISTIQUES ET SPÉCIFICITÉS	9
1.4.3 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LA POPULATION ACCUEILLIE	9
1.5 ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	10
1.5.1 ASPECTS ARCHITECTURAUX	10
1.5.2 IMPLANTATION ET CONTEXTE LOCAL ET RÉGIONAL	11
2 DESCRIPTIF DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION EXTERNE	11
2.1 PRESENTATION DE L'ORGANISME ÉVALUATEUR	11
2.2 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE	11
2.3 CADRE LÉGAL DE L'ÉVALUATION	12
2.4 MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION EXTERNE	13
2.4.1 DESCRIPTIF DU DISPOSITIF D'ÉVALUATION EXTERNE	13
2.4.2 LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION (PLANNING EN ANNEXE)	14
2.4.3 LES SOURCES D'INFORMATION	14
3 CADRE ÉVALUATIF	16
3.1 CADRE LÉGAL DE RÉFÉRENCE	16
3.1.1 ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX	16
3.2 RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES	18
3.2.1 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX RELEVANT DU CHAMP DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE	18
3.3 ANALYSE DOCUMENTAIRE	19
3.4 QUESTIONNEMENT ÉVALUATIF	20
4 ANALYSE – RECOMMANDATIONS ET PRÉCONISATIONS	21
4.1 APPRÉCIATION GLOBALE DES ACTIVITÉS ET DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS	21
4.1.1 L'ADÉQUATION DES OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT PAR RAPPORT AUX BESOINS, AUX PRIORITÉS DES ACTEURS ET AUX MISSIONS IMPARTIES	21
4.1.2 LA COHÉRENCE DES DIFFÉRENTS OBJECTIFS ENTRE EUX	23
4.1.3 L'ADAPTATION AUX OBJECTIFS DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS MIS EN PLACE	24
4.1.4 L'EXISTENCE ET LA PERTINENCE DE DISPOSITIFS DE GESTION ET DE SUIVI	26
4.1.5 L'APPRÉCIATION SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS, LA PRODUCTION DES EFFETS ATTENDUS ET D'EFFETS NON PRÉVUS, POSITIFS OU NÉGATIFS	26
4.1.6 L'APPRÉCIATION DE L'IMPACT DES PRATIQUES DES INTERVENANTS SUR LES EFFETS OBSERVÉS	27
4.1.7 LES CONDITIONS D'EFFICACITÉ DES ACTIONS ET DE RÉACTUALISATION RÉGULIÈRE DE L'ORGANISATION	28

4.2 EXAMINER LES SUITES RESERVEES AUX RESULTATS ISSUS DE L'EVALUATION INTERNE	30
4.2.1 APPRECIER LES PRIORITES ET LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE L'EVALUATION INTERNE	31
4.2.2 APPRECIER LA COMMUNICATION ET LA DIFFUSION DES PROPOSITIONS D'AMELIORATION RESULTANT DE L'EVALUATION INTERNE ET LA MANIERE DONT LES ACTEURS ONT ETE IMPLIQUES	33
4.2.3 ANALYSER LA MISE ŒUVRE DES MESURES D'AMELIORATION ET L'ECHEANCIER RETENU	34
4.2.4 IDENTIFIER LES MODALITES DE SUIVI ET DE BILAN PERIODIQUE	35
4.2.5 APPRECIER LA DYNAMIQUE GENERALE DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES PRESTATIONS	35
4.3 EXAMINER CERTAINES THEMATIQUES ET DES REGISTRES SPECIFIQUES	37
4.3.1 DROITS, EXPRESSION, PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS	37
4.3.2 LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	42
4.3.3 L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS	47
4.3.4 PREVENTION ET GESTION DES RISQUES – BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE.	50
4.3.5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	55
4.3.6 L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT	60
<u>5 CONCLUSION.</u>	<u>67</u>
<u>6 SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE</u>	<u>68</u>
<u>(CHAPITRE 3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES)</u>	<u>68</u>
<u>7 ANNEXES</u>	<u>75</u>
7.1 ABREGE DU RAPPORT	75
7.2 COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION	84
7.3 DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS	86
7.4 CHARTE DES INTERVENANTS DU CABINET ETHIQUE ET QUALITE	87
7.5 CALENDRIER DE REALISATION	89
7.6 CONTRAT D'EVALUATION EXTERNE	90

1 Éléments de cadrage.

1.1 Présentation de l'établissement évalué.

Etablissement ou service : Lieu De Vie et d'Accueil « Le Logis »	
Organisme gestionnaire	Association « Le Logis »
Raison sociale	Lieu De Vie et d'Accueil « Le Logis »
Directeur de la structure	Coresponsabilité assurée par Sylvie Beillard et Marie-José Marchesseau
Adresse administrative	6 rue du Prieuré Montjean sur Loire 49570 MAUGES SUR LOIRE
Téléphone / Fax	02.41.39.02.09 / 06.48.60.85.89
Courriel	ldv.lelogis@wanadoo.fr
Site internet	Néant
N° FINESS	49 000 848 9
N° SIRET	449 493 154 000 24
Catégorie de l'établissement	462
Statut juridique	Association loi 1901
Date d'autorisation d'ouverture	01/08/2003
Date de renouvellement de l'autorisation	07/2018
Autorité de contrôle et de tarification	Conseil Départemental de Maine et Loire
Capacités autorisées et financées	Hébergement complet : 6 lits/places : 6 Hébergement temporaire : 0 lits/places : 0 Accueil de jour : 0 places : 0
Budget 2016	288 201,79 €
Date de finalisation du rapport d'évaluation interne	Remis aux autorités de tutelle le 04/05/2017

1.2 Contexte institutionnel.

1.2.1 Historique de l'établissement.

Le Logis est implanté à Montjean sur Loire, petite ville angevine qui compte un peu plus de 3000 habitants. En tant que lieu de vie, il s'inscrit parmi les lieux d'accueil à caractère non traditionnel.

Le Logis a été officiellement reconnu par son passage en CROSMS le 24 juin 2003.

Un arrêté d'autorisation et d'habilitation a été pris par le département du Maine et Loire le 11 juillet 2003 l'autorisant à « ouvrir et à gérer un lieu de vie d'accueil dont l'objet est l'hébergement et le soutien éducatif de 6 enfants (garçons ou filles) âgés de 6 à 14 ans... ».

Les premiers enfants sont accueillis à partir du 4 août de la même année.

« L'existence du Logis repose sur la réponse apportée par ses fondatrices à un service social qui s'appuie sur la triade suivante : Le bénéficiaire, le Département d'origine de la personne accueillie et le lieu d'accueil. Elles se sont positionnées en effet dès le départ autour d'un service rendu conjointement au bénéficiaire et à la société.

Au cours des premières années de notre existence, le Logis a dû se forger une identité, une façon d'être et chercher à se faire reconnaître. Ce parcours existentiel s'est vécu à travers les accueils que nous avons réalisés.

Dans notre projet initial, nous avons précisé notre ouverture à l'accueil d'enfants relevant alors de la C.D.E.S. Cette distinction faisait écho à des besoins significatifs, les sollicitations sont nombreuses pour ces enfants singuliers dans l'univers de l'Aide Sociale à l'Enfance. Nous avons été rapidement identifiés comme un lieu possible pour des enfants relevant conjointement de l'Aide Sociale à l'Enfance et accompagnés par ailleurs par un établissement Médico-social et/ou par un secteur de psychiatrie. Aujourd'hui, à l'exception d'un enfant, les bénéficiaires du Logis présentent tous un handicap reconnu par la MDPH. »

1

1.2.2 Contexte actuel (missions, cadre réglementaire, contractualisations).

Selon le Décret n° 2004-1444 du 23 décembre 2004 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles: **Art. D. 316-1. - I.** – « *Un lieu de vie et d'accueil, au sens du III de l'article L. 312-1 vise, par un accompagnement continu et quotidien, à favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies. Il constitue le milieu de vie habituel et commun des personnes accueillies et des permanents mentionnés au III dont l'un au moins réside sur le site où il est implanté.*

¹ Projet d'établissement 2012

A l'égard des mineurs qui lui sont confiés, le lieu de vie et d'accueil exerce également une mission d'éducation, de protection et de surveillance. »

A ce jour, le LDVA bénéficie toujours du même agrément A.S.E l'autorisant à accueillir 6 enfants - filles et garçons - âgés de 6 à 14 ans, bien que celui-ci ne corresponde plus à la réalité des accueils (en effet le LDVA n'accueille plus officiellement que 4 quatre jeunes et parmi eux 2 sont âgés de 16 et 17 ans).

Il faut également mentionner que 2 ex-pensionnaires, toujours présents au LDVA, ont acquis un statut différent :

- Une jeune âgée de 24 ans est accueillie à titre bénévole, dans l'attente d'une orientation vers un foyer de vie,
- Un enfant de 8 ans a été adopté par une des responsables du lieu de vie et ne relève donc plus de la protection de l'enfance

En conséquence, l'association gestionnaire souhaiterait faire évoluer officiellement l'agrément du LDVA de la manière suivante :

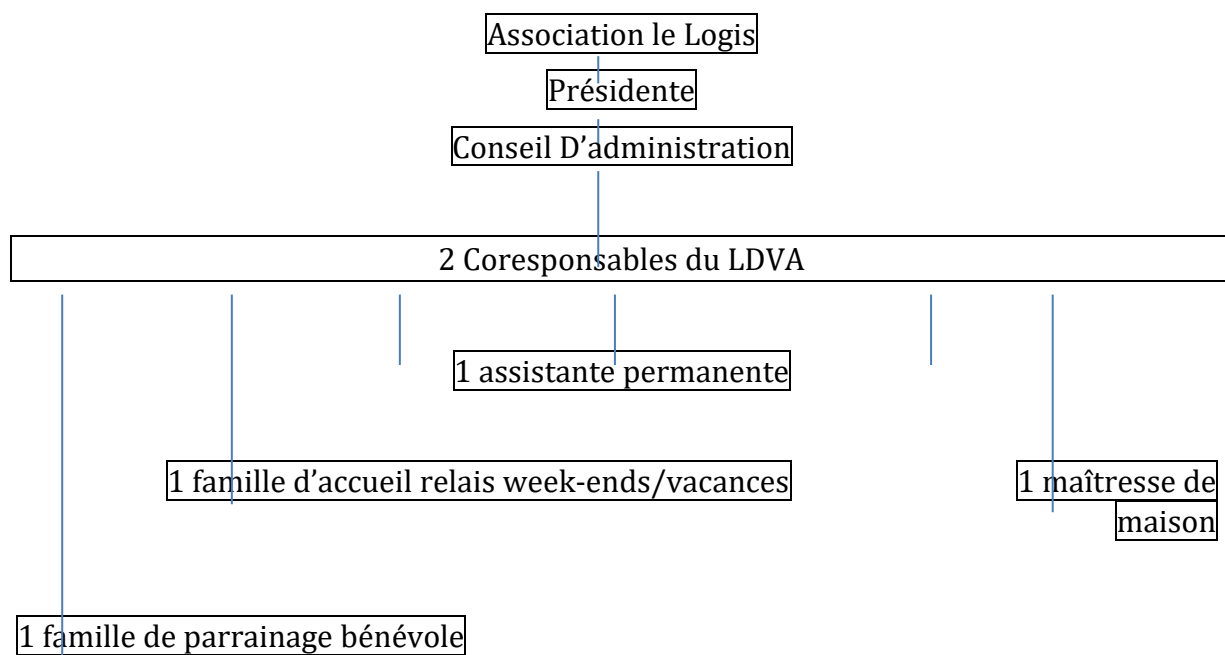
- Effectif limité à 4 places
- Avec une extension de la limite d'âge portée à 18 ans et aux jeunes majeurs jusqu'à 21 ans

Des demandes dans ce sens ont été adressées dès 2012 à l'autorité de contrôle qui n'ont pas abouties. Il semblerait que l'échéance de l'évaluation externe et du renouvellement de l'autorisation prévu en 2018 puissent permettre cette mise en conformité.

Le mode de tarification est établi en concertation avec le Département de Maine et Loire : le fonctionnement du lieu de vie est assuré financièrement par le versement d'un prix de journée arrêté par le président du conseil départemental. Ce prix de journée comprend les frais de personnel, de structure, et toutes les dépenses nécessaires à l'entretien et au suivi des jeunes accueillis par l'association le Logis.

1.3 Organisation

1.3.1 Organigramme (octobre 2017)



Viennent compléter cet organigramme :

- **Un médecin généraliste** : le Dr F qui intervient au cabinet médical de La Pommeraye et au service de neuropédiatrie du CHU d'Angers.
- **Un pharmacien** : Monsieur R dont l'officine se trouve à Montjean sur Loire.
- **Une comptable** : Madame R.A dont le cabinet est situé à Cholet et qui intervient comme prestataire au Logis.
- **Une psychologue clinicienne** : Madame C. AM qui intervient 4 heures par mois, dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles.
- **Un agent d'entretien** : Madame G.M, maitresse de maison, intervient en plus une dizaine d'heures par mois pour effectuer des missions de transports auprès des enfants
- **Une lingère** : Mme B.L qui intervient entre 6 et 8 h/semaine pour l'entretien du linge uniquement

1.3.2 Les professionnels

L'équipe éducative se compose de (octobre 2017):

- 2 permanentes responsables, S.B (0,10 ETP) et M.J. M (1 ETP)
- 1 Educatrice Spécialisée, assistante permanente (1 ETP)
- 1 Maîtresse de maison, (1 ETP)

- 1 AMP, accueil de WE, (0, 15 ETP)

Compte tenu de la réglementation et de la spécificité des lieux de vie :

- 2 personnes résident sur place.
- 2 personnes assurent un travail à 35h hebdomadaire.
- 1 personne exerce son travail à temps partiel essentiellement durant les week-ends

Cette composition assure un investissement complémentaire et des regards croisés sur la pratique éducative.

A noter que le salarié qui occupait le poste d'éducateur sportif depuis 12 années a quitté ses fonctions pour raisons familiales en janvier 2017. Le poste vacant ne sera pas pourvu à l'avenir compte tenu des restrictions budgétaires dû à la baisse d'effectif.

1.4 Les personnes accueillies.

1.4.1 Eléments quantitatifs

Les enfants accueillis au cours de l'année 2016 (rapport d'activité 2016)

- 7 enfants âgés de 7 à 23 ans ont été accompagnés au cours de la période
- En octobre 2017, les bénéficiaires accueillis sont au nombre de 6. Parmi eux, 2 accueillis ont un statut qui a évolué et ne font donc plus officiellement partie de l'effectif: une jeune de 24 ans est accueillie à titre bénévole en attendant d'être admise dans une structure de type Foyer de Vie et un jeune garçon de 8 ans qui a été adopté par une des responsables du LDVA
- Ils présentent des troubles de la personnalité, des Troubles Envahissants du Développement (TED), des carences éducatives et/ou affectives. Certains présentent une déficience intellectuelle (légère à sévère).
- Le lieu de vie accueille des filles et des garçons dont l'âge moyen est de 15 ans sur la période
- L'accueil des enfants sur des périodes longues est une donnée stable puisque 2 enfants sont accueillis depuis l'ouverture du Logis (Août 2003) et que la durée moyenne des accueils est de 8,42 ans sur la période.
- Nous définissons 3 régions concernant la provenance géographique des enfants :
 - ❖ Saumur/Baugé/Doué
 - ❖ Angers
 - ❖ Cholet

1.4.2 Caractéristiques et spécificités

« Le petit groupe d'enfants présents au Logis est le même depuis 2014. La dynamique de groupe est plutôt positive avec des enfants qui se connaissent bien et qui sont plutôt solidaires entre eux. C'est un peu moins vrai pour K qui est la dernière arrivée et qui est encore aux prises avec sa problématique familiale. Selon les enfants, le temps d'installation au Lieu De Vie et d'Accueil est plus ou moins long.

Aujourd'hui, l'accompagnement des enfants veut répondre à la fois aux besoins des grands qui approchent de la majorité et à ceux des petits qui vivent leur enfance. Ces différences ne sont pas des divergences mais des approches plurielles, avec des allers-retours qui sont constructifs pour les uns et les autres.

Les petits voient leurs aînés grandir avec des privilèges liés à leur âge ; les plus grands peuvent faire un retour sur leur enfance, avec ce qu'ils ont vécu ou pas, et évoquer de manière parfois indirecte, une période de leur vie souvent sensible. Observer la façon dont un adulte bienveillant prend soin d'un petit permet la construction d'un modèle qui leur manque bien souvent.

Le vivre ensemble permet dans tous les cas de prendre une place auprès de l'autre, de construire une identité personnelle mais aussi partagée (l'autre me révèle qui je suis). »²

1.4.3 Objectifs spécifiques de l'établissement en lien avec la population accueillie

« Notre agrément nous permet d'accueillir 6 enfants, garçons et filles, âgés de 6 à 14 ans. Nous ne n'honorons pas les limites d'âge inscrites dans notre agrément et poursuivons l'accompagnement de certains enfants au-delà de leurs 14 ans.

Cette position de la part de notre équipe, en concertation avec les équipes des MDS, tient à la « spécialisation » qui s'est opérée au fil du temps concernant les profils des enfants que nous accompagnons.

Dans notre projet de départ (2003), nous avons présenté les enfants que nous envisagions d'accueillir dans les termes suivants :

« Le projet s'adresse à des enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans. Ces enfants sont confiés par le juge ou à la demande des familles au service de l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire. Nous tenons à cette dimension de proximité avec le Département. Elle facilite la collaboration avec les partenaires sociaux et les familles des enfants.

Nous souhaitons adresser plus particulièrement notre projet à des enfants /adolescents qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance et qui bénéficient d'une orientation C.D.E.S. de type I.M.E (Institut Médico-Educatif) et I.R. (Institut de rééducation). Cette priorité n'est pas exclusive et nous sommes ouvertes à l'accueil d'enfants résidant en M.E.C.S. Les enfants / adolescent seront scolarisés en institutions spécialisées ou bien en milieu ordinaire ».

De fait, les candidatures qui nous ont été adressées concernaient (et concernent toujours) principalement des enfants en situation de handicap d'origine génétique avec troubles du spectre autistique associés, des enfants déficients intellectuels et des enfants porteurs de maladie psychique. Aujourd'hui, la dimension des soins psychiques touche tous les enfants que nous accompagnons et la majorité est scolarisée en IME (voire dans les sections accueillant des enfants avec des Troubles Envahissants du Développement).

Cette réalité tient à la fois à des besoins exprimés par les Départements et à des dispositions d'accueil de la part de notre équipe. Tant nos formations initiales que les

² Rapport d'activité du LDVA 2016

espaces de formation continue dont nous avons bénéficié, nous ont amené à réfléchir à des modes d'accompagnement spécifiques aux problématiques que nous côtoyons.

De ce fait, notre projet initial s'est trouvé transformé par les besoins et réalités des enfants. Le champ du handicap nous amène à repenser les modes d'accompagnement au long cours. Les acquisitions s'inscrivent dans le temps, la répétition et le besoin de sécurité psychique sont souvent priorisés. La question d'un départ à 14 ans ne trouvait pas sa cohérence pour un certain nombre d'entre eux.

De même, nous avons accueilli des enfants qui avaient, pour la majorité, des liens très ténus avec leur famille. Le Logis est devenu le lieu de leur enfance. La question de la continuité de l'accueil est venue s'inscrire dans la question du parcours de vie de ces jeunes plutôt démunis.

Au regard de toutes ces observations, nous avons entamé la réécriture de notre projet d'établissement en 2012 et avons présenté une requête au Département pour obtenir une extension de notre agrément avec un accueil possible jusqu'à 18 ans (et jeune majeur).

Des rencontres ont eu lieu, des débats ont eu cours toutefois notre agrément ne fut pas modifié.

Nous fonctionnons donc en dehors de la référence à notre agrément en ce qui concerne la tranche d'âge énoncée. En 2015, nous accueillions 3 jeunes âgés de plus de 14 ans.

Notre équipe et notre Association souhaitent mettre fin à cette incohérence. »³

1.5 Environnement de l'établissement

1.5.1 Aspects architecturaux

Le lieu de vie est composé d'une maison principale dédiée aux espaces privés et collectifs. Les chambres sont individuelles et décorées en fonction des goûts des enfants. Ils disposent d'une salle de douche, d'une salle bains et de deux toilettes identifiées pour les filles et les garçons. Un grand bureau est dédié à l'équipe éducative. Le rez-de-chaussée accueille une salle à manger, un salon, une salle de jeux, une salle de musique, une cuisine, une lingerie, une chambre d'amis (transformée en chambre individuelle pour l'un des pensionnaires), le bureau des responsables ainsi qu'une chaufferie et une réserve.

La maison présente une surface habitable d'environ 320m² : 240m² sont mis à disposition du lieu de vie et 80m² constituent un appartement privatif pour les permanentes. Ce dernier est complètement intégré à la maison et ne constitue pas une mise à l'écart mais un lieu où les enfants ne peuvent venir qu'avec autorisation.

La maison est installée sur un terrain vallonné de 3 000 m² sur lequel nous trouvons :

- Un jardin entretenu et valorisé par les enfants.
- Un théâtre de verdure imaginé par un des enfants et créé en 2006 pour les besoins d'un spectacle.
- Deux espaces dédiés aux jeux. L'un avec une balançoire, un toboggan et un bac à sable, le second est un espace détente avec hamac, balancelle, trampoline, barre de balancement et un chemin dallé pour faire de la trottinette, du vélo, etc
- Un poulailler

³ Mise en œuvre de l'évaluation interne LDVA le Logis 2017

- Une cabane dans les arbres souhaitée par un enfant et imaginée par l'ensemble des enfants. elle a été inaugurée en 2013 après 7 années de réflexion et mise en œuvre du chantier.
- Une chambre extérieure pour des enfants plus autonomes.
- 3 garages dont 2 dédiés aux véhicules du Logis

1.5.2 Implantation et contexte local et régional

De par sa position au sein du village de Montjean sur Loire, le lieu de vie est en interaction permanente avec ses habitants, celle-ci se caractérise par de nombreux contacts chez les commerçants, fournisseurs du lieu de vie mais également avec des artistes implantés dans la commune (sculpteur, peintre) et des invitations aux amis et aux voisins lorsque des fêtes sont organisées avec les enfants.

Les lieux de scolarisation sont diversifiés (IME, ULIS, milieu ordinaire,..) et amènent à des déplacements quotidiens. Il en est de même pour certaines activités qui se déroulent sur Angers, distant d'une trentaine de kilomètres (accompagnement d'un jeune au conservatoire de musique 3 fois par semaine et participation à une chorale tous les mardis soirs).

Des transports sont organisés également durant les WE lorsque les enfants sont accueillis en « familles relais » ou dans le cadre du parrainage.

Cette situation amène le lieu de vie à faire appel aux bénévoles de son association afin qu'ils assurent une partie importante des accompagnements des enfants, le lieu de vie n'ayant pas la ressource budgétaire pour y faire face.

2 Descriptif de la procédure d'évaluation externe

2.1 Présentation de l'organisme évaluateur

Nom de l'organisme	Cabinet Ethique et Qualité
Responsable	Michel Pécheux
Coordonnées	31 avenue du noyer au roy 86240 Ligugé
Tél	06 46 30 72 88 / 05 49 41 48 16
mail	ethiquequalite@gmail.com
Site internet	www.ethique-et-qualite.fr
N° habilitation ANESM	H 2012-10-1025
SIRET	75124410400012

2.2 Objectifs de l'évaluation externe

Les objectifs de l'évaluation externe sont définis par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges de l'évaluation externe, à savoir :

- Porter une appréciation globale sur l'établissement
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques

- Élaborer des propositions et/ou préconisations

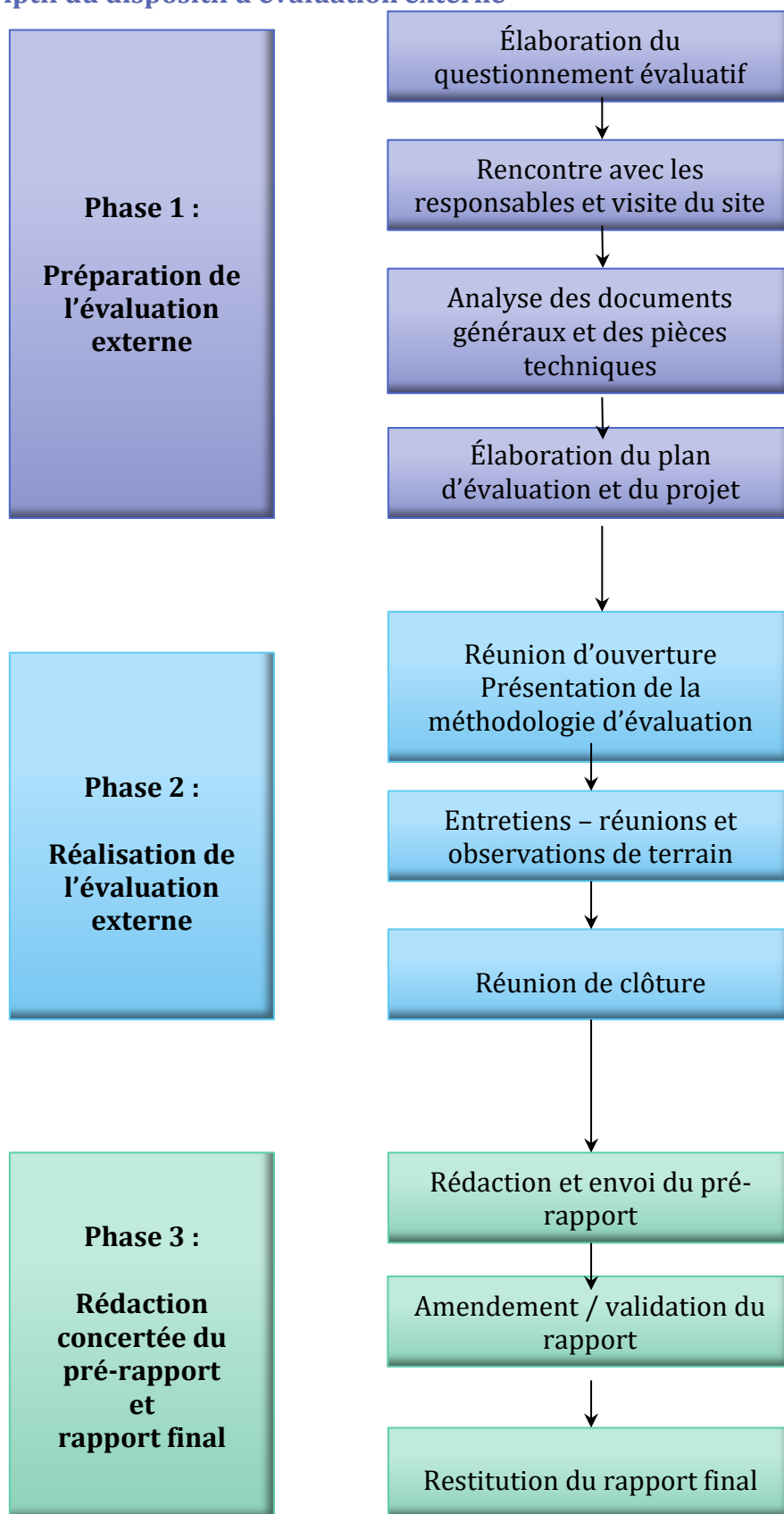
2.3 Cadre légal de l'évaluation

Les éléments réglementaires fondant l'évaluation externe réalisée au Lieu de Vie et d'Accueil « le Logis » sont :

- **Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007** (fixant le contenu du cahier des charges).
- **Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010** relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.
- **Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012** relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011** relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.
- **Instruction n° DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013** relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

2.4 Méthodologie de l'évaluation externe

2.4.1 Descriptif du dispositif d'évaluation externe



2.4.2 Les étapes de l'évaluation (planning en annexe)

Phases	Etapas	Dates	Choix opérés	Difficultés rencontrées
Préparation de l'évaluation externe	Transmission de la liste des documents Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site Rencontre avec les responsables Validation du cadre évaluatif	14/09/2017	Constitution d'un comité de pilotage de l'évaluation externe	Aucune
Visite sur site	Réunion d'ouverture Entretiens et recueil des informations Présentation des premières analyses Réunion de clôture	21/10/2017	Entretiens collectifs Echanges téléphoniques ultérieurs avec les partenaires	Aucune
Remise du pré-rapport et du rapport	Envoi du pré-rapport Remise du rapport final Restitution	21/11/2017 15/12/2017 31/01/2018	Rédaction concertée Restitution collective sous forme d'un diaporama	Aucune

2.4.3 Les sources d'information

Le personnel

Interviews individuelles

Entretiens collectifs

- Les 4 salariées du LDVA : assistante permanente, famille relais, maîtresse de maison, lingère
- Les 2 co-responsables du LDVA

Le public	
<i>Usagers</i>	<i>Représentants des usagers</i>
Le groupe de 6 enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis au LDVA	

Les partenaires	
<i>Partenaires locaux</i>	<i>Partenaires institutionnels</i>
- Une psychologue, habitante de Montjean, intervenant auprès de certains jeunes - Une psychologue animant les réunions d'analyse de la pratique professionnelle - Une ancienne salariée, marraine et tutrice - Une professeur de piano, habitante de Montjean - Un sculpteur, habitant de Montjean - Une amie et chef de chœur de la chorale à laquelle participe les enfants 4 bénévoles qui assurent régulièrement le transport des enfants - Une commerçante de Montjean sur Loire	
	4 administratrices de l'association (présidente, trésorière, secrétaire, représentante auprès du conseil départemental) - La principale du collège d'Ingrandes - Une institutrice spécialisée du centre Charlotte Blouin d'Angers Une référente de l'ASE du Maine et Loire, ayant suivi un enfant accueilli par le LDVA pendant 15 années

Éléments documentaires consultés sur site	
<i>Documents cadres (convention, procédure,...)</i>	<i>Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,...)</i>
	- Dossiers uniques des usagers - Projets personnalisés (+ tableau des objectifs et évaluation N+1) - Attestation documents remis au salarié au moment de son embauche

3 Cadre évaluatif

3.1 Cadre légal de référence

3.1.1 Éléments généraux

- Code civil
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la santé publique
- Code du travail L.4121-3, R. 4121-1
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1)
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail
- Cette loi a été complétée par deux décrets d'application : décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables
- Instruction interministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPA CI/2007/322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical
- Circulaire DGA 5/SD 2 n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales
- Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil
- Circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n° 2004-1444 du 23 décembre 2004 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des lieux de vie et d'accueil
- Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2006-122 du 6 février 2006, article 1, relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs
- Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux

- Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n°2011-36 du 10 janvier 2011 relatif à l'installation de détecteurs de fumée dans tous les lieux d'habitation
- Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif aux évaluations interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux
- Décret n°2007-551 du 13 avril 2007 relatif à la prescription par les infirmiers
- Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps de présence
- Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 relatif à l'évaluation
- Décret n°2007-221 du 19 février 2007 relatif à la qualification des directeurs
- Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif
- Décret n°2006-929 du 28 juillet 2006 (vidéosurveillance)
- Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006 (certificat de décès)
- Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements
- Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 (climatisation)
- Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire
- Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés
- Circulaire n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013 (DARI)
- Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie (DARDE)
- Ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2001 -1015 du 05.11.2005 et Art L.230-2 et R.230-1 Code du travail portant sur l'évaluation des risques professionnels et plan d'actions
- Arrêté du 14 avril 2011 relatif à l'application de l'article R.111-1-1 du code de la construction et de l'habitation
- Arrêté du 4 mai 2012 fixant pour 2012 les conditions d'utilisation et le montant des crédits pour le financement d'opérations d'investissement immobilier prévu à l'article L-14-10-9 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 30 12 10 sur les contrats types des professionnels de santé
- Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant
- Arrêté du 28 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour 2013
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

3.2 Recommandations de bonnes pratiques applicables

3.2.1 Recommandations concernant les établissements sociaux et médico-sociaux relevant du champ de l'enfance

Programme1- Les Fondamentaux

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services médico-sociaux (2010)

Programme 2- l'expression et la participation

- L'expression et la participation du mineur et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)

Programme3- Les Points De Vigilance, la Prévention Des Risques

- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008)
- Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (2008)
- Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2016)

Programme4- Le Soutien Aux Professionnels

- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008)
- La conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS relevant de l'article L 312-1 du CASF (2009)
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010)
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011)
- L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure dans le champ de la protection de l'enfance (2013)
- L'évaluation interne pour les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance (2015)

Programme5- Les Relations Avec l'Environnement

- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (2008)

Programme 6- les relations avec la famille et les proches

- L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010)

Programme7- La Qualité De Vie

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009)
- L'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation (recommandation en cours)

3.3 Analyse documentaire

Les informations ont été recueillies sur la base des documents obligatoires suivants (selon annexe 3-10 CASF, Chap. II, Section III 3.1).

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social	Statuts associatifs 2008
Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie.	Autorisation de fonctionnement par arrêté départemental en date du 01 août 2003
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité	Projet d'établissement (2012)
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	Livret d'accueil version 1 du 12 03 2015 et charte des droits du 24 02 2015
Le règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement version 0 du 15 02 2014
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6	Il n'existe pas de CVS
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	Fiche action n°4, fiche hygiène annexe 5, doc liaison santé, l'accompagnement à la santé, Pass'santé, tableau de suivi des règles, mesure du flux lumineux, règlement intérieur 2007, DUERP (2017)
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	Mise en œuvre de l'évaluation interne (2017)
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	Processus à mettre en œuvre et les priorisations de l'équipe dans le cadre de l'évaluation interne (2017)

Et les documents complémentaires suivants :

- Contrat de parrainage
- Rapports d'activité des années 2012, 2013, 2014 et 2016
- enquêtes qualité destiné aux salariés
- projet associatif
- délégations de pouvoir (2016)
- organigramme de l'association

- demande d'extension de l'agrément (courrier à la DSS 49/mai 2012)
- mode d'élaboration du projet personnalisé (02/2014)
- tableau des objectifs d'accompagnement (02/2014)
- projet personnalisé version 1 (09/2014)
- 2 projets personnalisés anonymisés, tableaux des objectifs et évaluation N+1
- fiches de postes assistant permanent et agent d'entretien
- documents divers : admission et accueil, projet séjours vacances, procédures liées au quotidien, accueil des stagiaires, tâches, la bientraitance,...
- liste des partenaires
- attestation des documents remis au salarié au moment de son embauche

3.4 Questionnement évaluatif

Le questionnement évaluatif a été réalisé sur la base des éléments réglementaires fondant l'évaluation externe dont le **décret n° 2007-975 du 15 mai 2007** (fixant le contenu du cahier des charges).

Il tient compte des éléments de connaissance préalables transmis par le lieu de vie et d'accueil et notamment :

- l'organigramme
- l'évaluation interne
- le projet d'établissement.

Il se présente sous la forme d'une grille d'évaluation comprenant :

- La référence réglementaire
- Les axes et les thèmes d'évaluation hiérarchisés.
- Les questions évaluatives.

Il intègre les aspects spécifiques à l'établissement sur la base de son projet d'établissement et de son évaluation interne.

Il est présenté à l'établissement et validé avant la visite sur site. Il est inséré au chapitre 4 infra consacré à l'analyse des données recueillies.

4 Analyse – recommandations et préconisations

4.1 Appréciation globale des activités et de la qualité des prestations

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un Projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation » Article L311-8 du CASF.

En référence au Décret n°2007-975, les points suivants sont ainsi examinés :

- L'existence et l'efficacité de suivi du projet dans l'atteinte de ses objectifs (chap. II, Section I)
- Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations (Section III 3.3, 14°).

4.1.1 L'adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs et aux missions imparties

critères	forces	Points sensibles
Le projet d'établissement rappelle les missions de l'établissement ou du service, notamment au regard de son habilitation. Les objectifs du projet d'établissement sont en adéquation avec sa mission	Le projet d'établissement fait référence au décret du 23 décembre 2004 relatif aux lieux de vie et au passage en CROMS du 24 juin 2003 qui a permis son autorisation de fonctionner en date du 11 juillet 2003 Les objectifs du projet d'établissement (hébergement et accompagnement éducatif pour des mineurs séparés de leur milieu familial, sécurité physique et psychologique, soutien aux projets de vie personnels,...) sont en adéquation avec sa mission	La version actuelle du projet d'établissement date de 2012 (la date de rédaction et de validation ne figure pas explicitement dans le document), la réécriture du projet d'établissement aurait dû être réalisée en 2017 mais a dû être reportée du fait de l'absence prolongée en 2016 pour des raisons de santé d'une des responsables du lieu de vie, il est prévu que le projet d'établissement soit réactualisé au 2 ^{ème}

		trimestre 2018
Le projet a été élaboré sur la base d'une étude des besoins et des attentes des différentes parties prenantes (personnes accueillies, familles, etc.)	Le premier projet d'établissement, élaboré lors de la création du lieu de vie, comportait une enquête sur les besoins d'hébergement et d'accompagnement dans le département du Maine et Loire réalisée par une des co-responsables dans le cadre de son mémoire de CAFERUIS	Une étude des besoins dans le département 49 n'a pas été actualisée lors de la version actuelle du projet d'établissement rédigé en 2012
Ces objectifs répondent à des besoins identifiés sur le territoire de rayonnement de la structure (schéma départemental, SROSMS,...).	Depuis sa création, les responsables du lieu de vie sont en contact régulier avec les services de l'aide sociale à l'enfance afin de répondre aux besoins du département en priorité, ce qui fait partie des conditions posées lors de l'admission	
La population accueillie est conforme avec le public visé par le projet de l'établissement	Initialement prévu pour des enfants entre 6 et 14 ans, le projet d'établissement mentionne la volonté des responsables de modifier l'habilitation afin d'être en conformité avec l'accueil effectif qui se pratique au-delà de 14 ans jusqu'à la majorité et parfois pour des jeunes majeurs. Le projet d'établissement mentionne également que la majorité des enfants, adolescents,	Malgré la demande exprimée depuis 2012 par le lieu de vie le Logis de modifier son agrément (remise de la réactualisation du projet d'établissement en mars 2012, courrier aux services de la DSS en mai 2012) dans le but d'être en conformité avec l'accueil qu'il réalise, les autorités de contrôle n'ont pas validé jusqu'à

	jeunes adultes accueillis relèvent d'une orientation de la CDAPH	présent cette demande
Le projet a été élaboré en tenant compte de la recommandation de bonne pratique de l'ANESM de mai 2010 « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »	Les documents écrits réalisés dans le cadre de la démarche qualité font généralement référence aux recommandations de l'ANESM	Le projet d'établissement ne fait pas référence explicitement à cette recommandation de l'ANESM de mai 2010
La rédaction du projet de la structure est une démarche participative qui intègre les usagers. De fait, l'écriture ou l'actualisation du projet tient compte des besoins et attentes réelles des usagers et des particularités des populations accueillies	Les particularités des jeunes accueillis sont présentées dans le projet d'établissement (enfants relevant conjointement de l'aide sociale à l'enfance et du secteur du handicap ou de la maladie mentale)	La dernière rédaction du projet d'établissement (2012) n'a pas été précédée d'une étude des besoins et des attentes des jeunes accueillis ou de leurs familles.
Le projet de la structure intègre les interactions et le respect du lien avec les familles des usagers. Les familles sont sollicitées par la structure de manière à asseoir leur participation. Les familles sont représentées par une instance et sont des parties prenantes actives au sein de la structure.	Dans la mesure où l'ordonnance judiciaire ne s'y oppose pas, les familles sont contactées de façon régulière afin de leur donner des nouvelles de leur enfant ou pour les associer au projet personnalisé de leur enfant et aux décisions importantes à prendre Une référente de l'ASE qualifie les encadrants du Logis de « très soutenant » vis-à-vis des familles	La consultation des familles des jeunes accueillies est rendu parfois difficile du fait de la réalité des situations familiales (interruptions des relations ou visites médiatisées parfois ordonnées par l'autorité judiciaire au titre de la protection de l'enfance)

4.1.2 La cohérence des différents objectifs entre eux

critères	forces	Points sensibles
L'organisation de l'établissement ou du service, ses modalités de fonctionnement et ses activités sont cohérentes avec les objectifs du projet	L'organisation du lieu de vie, ses modalités de fonctionnement et ses activités sont cohérentes avec les	

	objectifs du projet. Des écrits viennent compléter le projet et préciser certains aspects de l'accompagnement (les projets de vacances, les procédures liées au quotidien, la bientraitance, l'accompagnement à la santé, le mode d'élaboration du projet personnalisé,...)	
--	---	--

4.1.3 L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place

critères	forces	Points sensibles
Les ressources humaines nécessaires à l'établissement pour atteindre ses objectifs sont définies dans le projet Effectif en quantité (ratio) et compétence ? Points de difficulté sur le plan RH ? Description des RH sur le plan des effectifs, des compétences (diplômés, FF...). Taux de remplacement des absences maladie ?	Les ressources humaines nécessaires au lieu de vie pour atteindre ses objectifs sont définies dans le projet d'établissement (présentation de l'équipe pluri-professionnelle et de ses différentes fonctions : responsabilité, accompagnement au quotidien, accompagnement lors des WE et des vacances)	Les ressources humaines présentées dans le projet ne correspondent plus à la réalité compte tenu de la diminution des postes intervenue depuis 2 ans (- 1,5 ETP) liée à la baisse des effectifs (actuellement 4 enfants accueillis, 6 auparavant)
Appréciation par le gestionnaire de ses ressources ? Points de difficulté sur le plan budgétaire ?		Les responsables prennent acte de la diminution de leurs moyens liée à un effectif moindre et font le constat que ceci les amène à restreindre ou

		supprimer certaines activités qui se pratiquaient auparavant notamment au niveau des séjours à l'extérieur
L'établissement recherche régulièrement des moyens d'optimisation de ses dépenses	Compte tenu de ses restrictions budgétaires, le lieu de vie a recherché des moyens de compensation notamment en faisant appel au bénévolat par le biais de son association gestionnaire	
L'établissement dispose de moyens matériels permettant la mise en œuvre de son projet dans de bonnes conditions Appréciation des locaux extérieurs et intérieurs, éléments de confort, taille et équipement des chambres, qualité des espaces communs, ouverture des locaux	Le lieu de vie dispose de locaux confortables et adaptés au public accueilli (grande maison disposant d'espaces communs et de chambres toutes individuelles, un grand jardin de 3000 m ² , plusieurs dépendances, une cabane dans les arbres, un théâtre de verdure) au cœur d'une agglomération de moyenne importance (3000 habitants) en bord de Loire et distant d'une trentaine de kilomètres d'Angers	
Les conventions et partenariats complètent les ressources internes. Ils participent aux réponses apportées aux usagers.	Des conventions de parrainage permettent l'accueil de certains enfants durant les WE et les vacances	

4.1.4 L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi

critères	forces	Points sensibles
Le projet d'établissement est décliné en objectifs concrets et évaluables. Ce plan d'actions est évalué régulièrement dans le cadre du rapport d'activités par exemple.		Le projet d'établissement ne se décline pas en objectifs concrets et évaluables, il ne comporte pas de plan d'action pour la durée de sa validité, de ce fait l'efficacité du projet n'est pas évaluée périodiquement à travers l'atteinte de ses objectifs
Les actions font l'objet d'une traçabilité. Il y a des traces d'enregistrements relatifs au suivi des actions.		
L'efficacité du projet est évaluée périodiquement à travers l'atteinte de ses objectifs. Le projet est réactualisé si nécessaire.		

4.1.5 L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs

critères	forces	Points sensibles
L'établissement met en œuvre progressivement ses actions pour atteindre les objectifs prévus.	Le lieu de vie met en œuvre progressivement des actions afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans le cadre d'un tableau des processus	

	(accompagnement et droits, management, logistique, environnement). Chaque critère d'un des processus (ex. vie quotidienne, suivi santé,...) fait l'objet d'une fiche action	
L'établissement évalue les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus, pour les usagers	Cette évaluation se réalise dans le cadre du projet personnalisé de chaque enfant, revu et réévalué périodiquement	

4.1.6 L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés

critères	forces	Points sensibles
Il existe un recueil des procédures / protocoles, documents internes et documents de travail accessible et connu de tous	Des procédures de travail écrites (ex. l'accompagnement à la santé, les procédures liées au quotidien, l'hygiène,...) ont été co-construites dans le cadre de la démarche qualité elles sont disponibles sur le serveur et accessibles aux professionnels	
L'établissement a mis en place un système de transmission des informations régulier, cohérent et lisible par tous	Le lieu de vie a mis en place un cahier de liaison électronique utilisé quotidiennement par les professionnels	

Les pratiques des intervenants impactent sur la qualité de l'accompagnement (l'organisation permet l'individualisation des couchés, l'accompagnement aux toilettes prévu dans l'organisation favorise l'autonomie,)	Les procédures de travail écrites ainsi que les objectifs du projet personnalisé permettent d'individualiser la prise en charge et de respecter le rythme de chacun	
---	---	--

4.1.7 Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation

critères	forces	Points sensibles
Il existe des outils de suivi et d'actualisation des pratiques professionnelles.	Le lieu de vie met en place des réunions régulières (réunion d'équipe éducative, réunion de projet personnalisé, réunion d'analyse de la pratique professionnelle) qui permettent de suivre et d'actualiser les pratiques	
Les savoirs faire des professionnels sont régulièrement actualisés. Il existe un plan de formation favorisant le développement et le maintien des compétences techniques	Quelques actions de formation ont été suivies ces dernières années : 2013 : une formation interne sur la gestion de la violence (1 journée + 3 demi-journées) pour l'équipe au complet 2014 : une formation interne Makaton (4 séances de 3 heures) pour l'équipe éducative, les 2 responsables et 1	Le lieu de vie ne réalise pas de plan de formation annuel et dispose de moyens limités pour l'accès à la formation continue de ses professionnels Quelques participations ponctuelles à des journées d'étude existent mais elles peuvent être parasitées par les nécessités de service

	marraine de WE. Les 2 responsables ont également participé à une formation proposée par la Fédération Régionale des LDVA sur l'évaluation interne (4 journées) De septembre 2015 à Juillet 2016, une formation à domicile sur la LSF à raison de 2 séances par semaine a concerné l'équipe éducative, les 2 responsables (ainsi que les enfants 1 fois par semaine) En 2017 l'assistante permanente a participé durant une demi-journée à une formation dont l'intitulé était "No Limit"	
La structure sait mobiliser les professionnels et les usagers sur des projets (projet d'établissement, évaluation interne/externe, projet culturel, projet architectural, etc.) ou lors de situation de crises	Le lieu de vie se mobilise régulièrement avec l'aide des professionnels et des jeunes accueillis sur des projets d'aménagement du site (créations d'un théâtre de verdure, d'une cabane dans les arbres, de sculptures en lien avec des artistes locaux,..) ou tournés vers l'extérieur (séjours de vacances, voyages à	

	l'étranger,...)	
--	-----------------	--

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
• Prévoir une actualisation du projet d'établissement en 2018 en tenant compte de la recommandation de l'ANESM « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » de mai 2010	1
• Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement, il conviendra que : ○ La démarche soit co-construite (administrateurs, professionnels, partenaires,...) ○ Que le projet d'établissement soit précédé d'une étude actualisée des besoins au niveau départemental ○ Que le projet d'établissement tienne compte du recueil des attentes des bénéficiaires ○ Que le projet d'établissement comporte des objectifs stratégiques et opérationnels pour les 5 prochaines années et que des évaluations intermédiaires de l'atteinte de ces objectifs soient prévues ○ Que le projet d'établissement soit explicitement validé par l'organisme gestionnaire et que la date de cette validation soit indiquée	1
• Réfléchir aux moyens permettant d'optimiser le recours à la formation continue (par exemple : utilisation auprès de l'OPCA de fonds mutualisés, actions de formation commune avec les autres lieux de vie de la fédération,...)	2

4.2 Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

En référence à l'Annexe 3.10 du CASF, Chap. II, section II, ce chapitre examine les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne.

Cet examen porte sur 5 points :

- Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne.
- Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués
- Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu
- Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique
- Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

4.2.1 Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne

critères	forces	Points sensibles
Une évaluation interne a été menée conformément à la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-1 du CASF » de l'ANESM –(périmètre d'évaluation, association des différentes parties prenantes..)		Le rapport d'évaluation interne daté de 2017 ne fait pas référence aux recommandations de l'ANESM pour la mise en œuvre de l'évaluation interne. Il s'apparente à un projet d'établissement mais ne reflète pas le processus d'une évaluation interne (absence de référentiel, d'évaluation à partir de critères et d'indicateurs, de définition d'actions de progrès se traduisant par des objectifs stratégiques et opérationnelles pour les 5 ans à venir, de suivi périodique du PACQ,...) Les démarches évaluation interne et évaluation externe ont été menées presque successivement ce qui permet d'apprécier difficilement les actions d'amélioration réalisées
L'évaluation interne a été réalisée en "mode projet" en mobilisant des équipes. Les parties prenantes impliquées ont pu dégager du temps pour y participer	La démarche qualité a été initiée dès 2014 à partir de la survenue de certaines problématiques au	

	sein du lieu de vie (refonte du projet personnalisé à partir de l'ouvrage de Jacques Danancier, circuit du médicament,...) Les différentes thématiques retenues ont résulté d'une réflexion d'équipe (des « enquêtes qualité » ont été soumises aux salariées qui interviennent dans l'accompagnement quotidien des enfants). Elles ont permis de structurer la démarche autour de 4 processus (accompagnement et droits des enfants, management, logistique, lien avec l'environnement de la maison). Ces différents processus ont pour objectifs la réalisation de « fiches action » programmées de façon pluriannuelle. Plusieurs réunions, auxquelles sont présentes les 2 responsables et l'assistante permanente, sont programmées dans l'année (2 ou 3 depuis le début 2017) pour faire état de l'avancement des	
--	--	--

	travaux. Un point est fait lors de chaque CA sur l'avancée de la démarche qualité.	
Les souhaits et les attentes des résidents (bénéficiaires, représentants légaux ou famille) ont été intégrés dans la démarche d'évaluation interne (CVS, enquêtes, etc.)		Les souhaits et les attentes des bénéficiaires et de leurs représentants légaux n'ont pas été formellement intégrés dans la démarche d'évaluation interne
Le rapport d'évaluation interne a été envoyé à l'autorité compétente	Un document intitulé « mise en œuvre de l'évaluation interne-LDVA le Logis » a été transmis au conseil départemental de Maine et Loire en mai 2017	

4.2.2 Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués

critères	forces	Points sensibles
Le rapport a été diffusé et soumis pour avis et/ou validation aux instances.		Il n'est pas fait mention de cette validation préalable par le CA de l'association dans le rapport transmis à l'autorité de contrôle
Les modalités de communication des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne sont adaptées	La démarche qualité est présentée régulièrement aux administrateurs lors des conseils d'administration Un « point » sur l'avancée de la démarche est effectué en équipe plusieurs fois dans l'année	Les rapports d'activité annuels ne mentionnent pas le déroulement de la démarche d'évaluation interne (tel que prévu par la circulaire DGCS du 20 octobre 2011)

4.2.3 Analyser la mise œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu

critères	forces	Points sensibles
Les actions d'amélioration ont été planifiées et font l'objet d'un suivi périodique	Des actions d'amélioration ont été définies au sein de chaque processus dans le cadre de la démarche qualité. Ceci a débouché sur la rédaction de fiches action (réalisées ou à réaliser) débutées en 2014 et devant se poursuivre jusqu'en 2018. Un suivi périodique est réalisé (voir ci-dessus)	Il existe une certaine confusion dans le classement des fiches actions (exemple : dans le tableau récapitulatif des processus mis à jour le 17/10/2017 la fiche intitulée « accueil des stagiaires » est classée n° 1 dans le processus n° 2 et datée de 2015 alors que le document éponyme est classée fiche action n° 5 dans le processus n° 1 et daté du 9/12/2014)
Les professionnels sont impliqués dans la définition des actions d'amélioration et dans leur mise en œuvre	Les professionnels sont concernés par la rédaction des fiches action (les 2 responsables + l'assistante permanente) avec l'aide si nécessaire de personnes ressources (administratrices par exemple)	
Des améliorations concrètes sont constatées et mesurées	Les améliorations concrètes se traduisent par la réalisation effective des fiches action qui constituent des supports à la prise en charge des enfants accueillis	

4.2.4 Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique

critères	forces	Points sensibles
Des améliorations concrètes sont constatées et mesurées (bilans périodiques,...).	Les améliorations concrètes sont mesurées lors des bilans périodiques (réunions entre professionnels et points d'étape présentés en CA)	
Le plan d'action issu de l'évaluation interne fait l'objet de réactualisations régulières. Le suivi des actions débouche sur une adaptation du plan d'action initial et de nouvelles actions inhérentes à la continuité de la démarche.	« Les priorisations de l'équipe dans le cadre de l'évaluation interne » (plan d'action) sont mises à jour régulièrement (la dernière mise à jour date du 03 octobre 2017)	

4.2.5 Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

critères	forces	Points sensibles
Il existe une réelle dynamique démarche d'amélioration continue. Le projet d'établissement en est l'élément central et est utilisé comme outil de pilotage. La direction a formalisé la politique qualité, elle est connue de tous Celle-ci est déployée à l'ensemble du personnel	La démarche qualité initiée en 2014 et poursuivie depuis montre qu'il y a une réelle dynamique d'amélioration continue, partagée par l'équipe	Le projet d'établissement ne peut pas être considéré comme l'outil de pilotage de la démarche d'amélioration continue car il ne comporte pas de plan d'action pluriannuel
Le comité de pilotage de la démarche se réunit régulièrement: - Lors de la réalisation de l'évaluation interne; - Pour assurer le suivi des plans.	Comme nous l'avons plus haut, les acteurs de la démarche qualité se réunissent périodiquement afin d'assurer le suivi des actions	

Une gestion documentaire est mise en place et assure la cohérence et la pérennité des pratiques professionnelles	La cohérence et la pérennité des pratiques professionnelles sont assurées grâce à la rédaction des procédures de travail réalisées dans le cadre de la démarche qualité. Des fiches actions ont été rédigées à partir de constats de difficultés ou d'insuffisances.	
--	--	--

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
Faire apparaître dans le rapport d'évaluation interne la méthodologie de la démarche qualité mise en œuvre depuis 2014 (identification des processus et des objectifs de travail dans chacun d'eux, fiches action réalisées et fiches action en cours ou prévues entre 2014 et 2018, constats et priorisations de l'équipe dans le cadre de l'évaluation interne, réunions de suivi du plan d'action,...)	1
Faire débiter la planification du plan d'amélioration de la qualité à partir des évaluations internes et externes menées en 2017	1
Mentionner le déroulement de la démarche d'évaluation interne dans les rapports d'activité	1
Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement, il sera nécessaire de faire apparaître un plan pluriannuel d'amélioration de la qualité en lien avec la démarche qualité entreprise	1
Mentionner dans le rapport d'évaluation interne que celui-ci a été présenté et validé par le CA de l'association gestionnaire	2
Réfléchir aux méthodes les plus adaptées de recueil des attentes et des besoins des bénéficiaires (groupe d'expression, questionnaire,...)	2
Reprendre le classement des fiches actions de telle façon que la nomenclature soit identique entre le tableau récapitulatif des processus et les documents qui en résultent	2

4.3 Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques

Examens des 15 thématiques spécifiques selon le décret 2007-975, chapitre II, section 3

4.3.1 Droits, expression, participation individuelle et collective des usagers

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet
- Effectivité du projet de l'établissement sur l'accès et le recours aux droits
- Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers
- Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers
- Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers
- Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

4.3.1.1 Garantie des droits individuels

critères	forces	Points sensibles
Les droits et libertés individuels sont inscrits dans la politique et les outils institutionnels (contrat de séjour, projet d'établissement, charte des droits et libertés, procédures de lutte contre la maltraitance,...).	La charte des droits et libertés de la personne accompagnée fait l'objet d'un livret remis en même temps que le livret d'accueil au moment de l'admission	Le livret d'accueil ne mentionne pas les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés aux besoins de prise en charge (par exemple le 119, numéro d'appel gratuit pour le dépistage des situations de maltraitance des enfants et de protection des mineurs en danger) ainsi que les coordonnées de l'autorité judiciaire à l'origine de la mesure éducative Le livret d'accueil n'a pas été mis à jour récemment (dernière version du 12 03 2015), les informations qu'il

		contient sont aujourd'hui inexactes Une version du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement plus accessibles aux enfants non-lecteurs pourrait être proposée (dessins, pictogrammes,...) Le règlement de fonctionnement semble être plus destiné aux salariés qu'aux jeunes accueillis)
Les conditions d'hébergement, l'organisation et les actions mises en place favorisent l'effectivité des droits et libertés individuels (formation du personnel, consentement, pratique du culte, droit de vote, liberté d'aller et venir, intimité au cours des soins,...).	Les conditions d'hébergement favorisent l'effectivité des droits et de l'intimité des personnes : les chambres sont toutes individuelles, le rythme de chacun est respecté, des projets spécifiques peuvent être menés en fonction des demandes individuelles (par exemple logement séparé pour un grand adolescent) Le contrat de séjour présente les principales modalités de la prise en charge, il est proposé à la signature du jeune et de son responsable légal.	

	une procédure de conciliation est prévue en cas de désaccord survenu pendant la période d'accueil de l'enfant	
L'établissement favorise le maintien du lien naturel et/ou légal entre le résident et sa famille.	Lorsque la décision du magistrat ne s'y oppose pas, les liens avec les familles des enfants accueillis sont maintenus et favorisés (notamment lors de la signature du contrat de séjour et de l'élaboration du projet personnalisé) et des nouvelles par téléphone sont données régulièrement. Dans certains cas l'enfant rencontre sa famille dans le cadre de visites médiatisées à l'initiative des services de l'ASE	
Le résident et ses représentants légaux sont informés de leur droit d'accès à son dossier et des conditions de consultation		Le livret d'accueil ne mentionne pas les conditions de consultation du dossier unique par la personne prise en charge (ou son représentant légal) ni que celle-ci a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives la concernant, dans les

		conditions fixées par la loi du 06 janvier 1978
Le dossier de l'usager est régulièrement actualisé et mis à jour. Les informations utiles concernant l'usager sont regroupées afin d'assurer la continuité et la qualité de l'accompagnement. Le dossier est organisé et classé.	Le dossier unique existe dans une version papier (documents administratifs) et dans une version électronique. Il est régulièrement mis à jour dans sa version électronique notamment en ce qui concerne les observations venant alimenter le projet personnalisé	

4.3.1.2 Garantie des droits collectifs

critères	forces	Points sensibles
Les droits et libertés collectifs sont inscrits dans la politique et les outils institutionnels (règlement de fonctionnement, règlement intérieur du CVS, politique qualité, projet d'établissement, procédure de gestion des réclamations,...).	En tant que lieu de vie et d'accueil, le Logis ne relève pas de l'obligation de mettre en place un conseil de la vie sociale. Ceci est indiqué dans le livret d'accueil en précisant que « des espaces d'expression des enfants...et de leurs familles existent »	
Les résidents sont informés des différents moyens d'expression et de participation à la vie de l'établissement (affichage, communication orale, livret d'accueil,...). L'expression et la participation des résidents sont effectives (conseil de la vie	L'expression des jeunes accueillis est facilitée par le petit effectif et la disponibilité des encadrants	Le livret d'accueil évoque l'existence « d'espaces d'expression des enfants et de leurs familles » mais ne

sociale trois fois par an, commission-menu, commission animation, dispositif de gestion des plaintes,...).		précise pas quels sont-ils Il n'existe pas à ce jour d'espaces formalisés permettant l'expression collective et le recueil des attentes des jeunes accueillis
Les attentes des résidents sont formalisées par différents biais: - Les comptes rendus d'instances de participation; - Les projets personnalisés; - Les réclamations; - les plaintes, ... L'établissement recueille l'expression de l'avis du résident et facilite ce dialogue par la désignation d'un référent	Les attentes individuelles de la personne accueillie sont interrogées dans le cadre du projet personnalisé	Le Logis n'a pas mis en place d'instances de participation ni de support destiné à recueillir réclamations ou plaintes
Des enquêtes de satisfaction résidents/représentants légaux sont réalisées fréquemment. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés et débouchent sur des plans d'action spécifiques.		Il n'existe pas d'enquêtes de satisfaction à destination des jeunes accueillis ou de leurs familles

Pistes d'améliorations- Préconisations - Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
• Prévoir une mise à jour du livret d'accueil en y ajoutant les mentions qui font défaut (voir ci-dessus) telles que prévues dans la circulaire DGAS/50 du 24 mars 2004	1
• Préciser dans le livret d'accueil (ou le règlement de fonctionnement) les modalités de consultation du dossier unique (et les modalités d'opposition au traitement de données nominatives)	1 2
• Réfléchir à une présentation du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement plus adaptée à la compréhension du public accueilli (sous une forme plus imagée, au besoin en utilisant des pictogrammes connus par certains tels que ceux utilisés dans le Makaton)	2
• Réfléchir à la mise en place d'espaces d'expression des jeunes accueillis formalisés et périodiques faisant l'objet de compte rendus et de suivi de leurs demandes	

4.3.2 La personnalisation de l'accompagnement

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne
- Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet
- Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers
- Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers
- Capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers

critères	forces	Points sensibles
L'accueil physique et téléphonique est définie (projet d'établissement, protocole d'accueil, protocole d'orientation des demandes téléphoniques,...). L'établissement assure un accueil physique et téléphonique 24h/24 (bureau d'accueil et horaires adaptés, documentation de présentation de l'établissement disponible, dossier d'inscription,...). L'efficacité de ce dispositif est évaluée (délai de réponse à un appel téléphonique, enquête de satisfaction,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant.	Le lieu de vie est joignable téléphoniquement. En cas d'absence un répondeur permet de laisser un message et oriente vers un numéro de mobile mais, à la différence d'un établissement, le lieu de vie ne peut pas assurer un accueil physique ou téléphonique de façon continue, ceci ne correspondant pas à sa mission	
Les modalités de pré-admission sont définies (procédure de pré-admission, critères définis, documentation, orientation le cas échéant, modalités dans le livret d'accueil, ...). Les modalités de préadmission sont organisées (information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accompagnement, visite de l'établissement, rencontre, recueil de données, liste d'attente gérée, critères	Le protocole d'admission au Logis est défini dans le projet d'établissement : une présentation de l'enfant par écrit est demandée, dans un premier temps, aux professionnels qui contactent le lieu de vie en vue d'une admission. Il est demandé dans cet	

d'admission respectés...)	écrit que soit précisé ce qui sous-tend la demande d'un accueil spécifiquement en lieu de vie et ce qu'en attendent les prescripteurs. La première rencontre avec les familles et les enfants ne se réalise qu'une fois que l'admission est « quasi-validée » par les permanentes et rencontres avec les professionnels à l'origine de la demande Une « fiche-action » a également été rédigée sur l'admission et l'accueil. Il est indiqué dans les constats, lors de la mise à jour de la démarche qualité du 17/10/2017, que cette fiche-action est « à revoir avec toute l'équipe »	
Les modalités d'admission et d'accueil sont définies (procédure d'admission, procédure d'accueil, règlement intérieur de la commission d'admission, procédure de gestion du dossier administratif, contrat de séjour....) Les modalités d'admission et d'accueil favorisent l'intégration (évaluation de la correspondance entre les besoins et attentes de la personne et les moyens de l'établissement, signature du contrat de séjour, recueil des besoins et attentes formalisés, accompagnement à l'installation, préparation de l'entrée effective, attentions particulières en place...) L'organisation des premiers jours dans l'établissement facilite l'intégration du résident (recueil des habitudes de vie,	Des temps de rencontres progressifs (d'une demi-journée à un WE) se mettent en place à la suite de la validation de l'admission afin de vérifier la pertinence du projet d'accueil et de le finaliser en concertation avec les services de l'ASE et le lieu d'accueil précédent de l'enfant	

visite, présentation aux professionnels, aux autres résidents, attentions particulières en place...)		
L'élaboration du projet personnalisé est définie à travers une procédure qui s'appuie sur la recommandation de l'ANESM (décembre 2008) Chaque résident dispose d'un projet personnalisé (association du résident, implication des proches et/ou des représentants légaux, support formalisé, avenant au contrat de séjour, signature du document, référent résident nommé...) L'élaboration du projet personnalisé est évaluée (taux de formalisation du projet personnalisé, taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement)	Une fiche-action intitulée « mode d'élaboration du projet personnalisé » a été réalisée en 2014 dans le cadre de la démarche qualité. Elle présente très précisément la façon dont est construit le projet personnalisé au Logis. Celle-ci s'appuie sur l'ouvrage de Jacques Danancier « le projet personnalisé dans l'accompagnement éducatif » L'existence du projet personnalisé est également rappelée dans le livret d'accueil, le contrat de séjour (le projet personnalisé est révisable tous les ans et fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour) et le règlement de fonctionnement. Il est indiqué que le projet personnalisé est mis en œuvre dans les 6 mois qui suivent l'arrivée de l'enfant	Le projet d'établissement n'aborde pas (ou très peu) le projet personnalisé, qui est pourtant une composante fondamentale de l'accompagnement proposé par le Logis
La démarche de projet personnalisé prévoit une mise œuvre partagée et une réévaluation qui s'appuie sur la recommandation de l'ANESM (procédure projet personnalisé, planification des réunions de synthèse, fiche de mission du référent...) Chaque résident dispose d'un projet personnalisé qui porte sur tous les volets de l'accompagnement et en défini	Un document intitulé « projet personnalisé » est établi pour chaque enfant accueilli dans les 6 mois qui suivent son arrivée, il comporte : Une fiche de présentation (identité, représentants légaux, date d'arrivée au Logis, parcours de vie,	L'équipe du Logis rencontre depuis 2 années des difficultés à travailler avec les référents ASE : turn over important au niveau de ce service ne

les objectifs (support formalisé avec des actions, suivi périodique de la mise en œuvre du projet, coordination des acteurs de la mise en œuvre). La réévaluation est régulière ; elle est adaptée aux objectifs et aux actions définies. La mise en œuvre des actions et la réévaluation des projets sont évaluées (nb de projets réévalués au cours des 12 mois précédents, nb de réunion de synthèse, avis des résidents sur la pertinence des réponses apportées...)	suivi médical,...) Un référentiel d'observation articulé autour de 5 dimensions : vie quotidienne, vie sociale, rapport au corps et à la santé, vie scolaire et développement cognitif et vie affective, eux-mêmes subdivisés en différents critères : « s'organiser dans la vie de la maison », « prendre des initiatives » ou « rapport à l'alimentation » L'enfant est évalué à travers différents degrés entre D1 (pas d'acquisition) et D5 (capacité d'autonomie et développement des compétences). Une argumentation écrite par chaque membre de l'équipe vient étayer cette évaluation annuelle. Outre ce document principal, un « tableau des objectifs d'accompagnement du projet personnalisé » est rédigé lors de la réunion annuelle : il comporte 2 objectifs principaux et les moyens permettant de les atteindre. Ce tableau des objectifs est réévalué à N+1 et permet de confirmer ou pas l'atteinte des objectifs prévus Chaque enfant est rencontré par la référente du projet personnalisé en	permettant pas aux interlocuteurs d'avoir une bonne connaissance des enfants et ne permettant donc pas d'engager une collaboration stable avec les professionnels du LDVA comme cela était le cas précédemment
--	--	---

	amont de la réunion de projet afin de recueillir ses attentes et après la réunion pour lui restituer les objectifs qui ont été retenus. Il en est de même pour ses représentants légaux. Les uns et les autres sont signataires du projet.	
Un projet d'animation est formalisé. Il est inclus dans le projet d'établissement le cas échéant. L'établissement organise des activités variées, adaptées au niveau de dépendance et aux souhaits des résidents (recueil des souhaits et des envies des résidents, calendrier des animations proposées 7j/7, activités individuelles et collectives, participation de tous les professionnels) La satisfaction des animations et le niveau de participation sont évalués régulièrement (taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées, nb de personne ne participant a aucune animation...)	Le projet d'établissement présente différentes « médiations éducatives » telles que : l'ouverture à la vie culturelle, le jardinage, le bricolage, la musique, les activités physiques et sportives qui sont proposées au quotidien par les encadrants du lieu de vie mais peuvent aussi résulter de propositions des enfants accueillis (la construction d'un théâtre de verdure en est un exemple). Les séjours à l'extérieur se réalisent lors des périodes de vacances même si les destinations ne se réalisent plus à l'étranger (Italie, Irlande, pays d'Afrique) comme ce fut le cas par le passé	Compte tenu de la diminution des moyens consécutive à la baisse de l'activité, le poste d'éducateur sportif a été supprimé il y a 1 an L'activité physique de pleine nature s'adressait à 2 enfants par WE ou période de vacances scolaires

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
Lors de la réactualisation du projet d'établissement, il sera nécessaire de présenter l'élaboration du projet personnalisé qui est une composante fondamentale de la prise en charge proposée par le Logis	1
Conformément au constat qui en a été fait dans la démarche qualité « l'outil construit par notre équipe n'est pas assez élaboré. Il nous manque un outil d'évaluation », réfléchir à l'amélioration de cet outil	2

4.3.3 L'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des résidents

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne
- Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet
- Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers
- Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers
- Capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers
- Prise en compte des facteurs de risque
- Capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions
- Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Formes de mobilisation des professionnels
- Rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques
- Inscription de l'établissement dans un territoire

4.3.3.1 Qualité de l'hébergement

critères	forces	Points sensibles
L'établissement privilégie le confort et la propreté (organisation et planification de l'entretien des locaux, organisation et planification de la maintenance préventive et curative, contrats de maintenance...) Le cadre de vie est confortable et convivial (aménagement du cadre de vie, intérieur et extérieur, confortable et convivial, association des résidents aux projets relatifs au cadre de vie, entretien quotidien et approfondi...). L'établissement est maintenu en bon état (gestion des petits travaux...). Les chambres sont confortables et fonctionnelles La qualité de vie est évaluée (taux de satisfaction, contrôles/audits...). Des actions sont mises en œuvre le cas	La qualité de vie fait partie de l'accompagnement au quotidien. Le cadre de vie est confortable et convivial. Chaque enfant, adolescent ou jeune adulte dispose d'une chambre individuelle. Les espaces communs (cuisine, salle à manger, salon, salle de jeux, préau extérieur) sont agréables et parfaitement équipés. La maitresse de maison dispose d'une fiche de poste très précise indiquant les différentes tâches journalières	

échéant.	d'entretien des locaux qu'elle doit effectuer, ce qui permet que les locaux soient toujours maintenus en parfait état de propreté. Les pannes ou dégradations sont notés dans le compte rendu de la réunion hebdomadaire de régulation : les réparations sont assurées à la suite par une des responsables du Logis, assistée si nécessaire par les jeunes accueillis	
Le traitement du linge personnel respecte le circuit (inventaire, respect du choix des vêtements, fréquence adaptée de retour du linge, qualité du traitement,...) Le circuit du linge est évalué (recueil des plaintes et réclamations, délai de retour...).	Le traitement du linge est confié à une lingère employée 6 à 8 heures par semaine. Le linge est traité sur place dans une lingerie disposant d'un lave-linge et d'un sèche-linge de grandes capacités Le linge de toilette est identifié d'une couleur différente pour chaque enfant, il est changé plusieurs fois par semaine. Les draps de lits sont changés au minimum 1 fois par semaine	
La prestation restauration est adaptée aux envies et aux goûts des résidents et favorise la convivialité (recueil des préférences/aversions et habitudes particulières des résidents, organisation et cadre facilitant la convivialité, respect du rythme des résidents et l'équilibre nutritionnel,...). Elle prend en compte les besoins spécifiques (régimes, allergies...) La qualité de la prestation restauration est régulièrement évaluée (taux de	Les repas sont préparés sur place par les professionnels présents (maitresse de maison/assistante permanente/responsable) avec l'aide ponctuelle des plus grands La qualité des produits est privilégiée (fournisseurs locaux dans la mesure du possible) afin de	

satisfaction des résidents concernant la restauration, nb de résidents sous régimes particuliers...).	respecter l'engagement pris dans le contrat de séjour à « proposer une nourriture de qualité » Dans la mesure du possible, les légumes cultivés par les enfants au potager alimentent la cuisine lorsque la saison s'y prête	
---	---	--

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité

4.3.4 Prévention et gestion des risques – Bientraitance et prévention de la maltraitance.

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Prise en compte des facteurs de risque
- Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence
- Capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions
- Formes de mobilisation des professionnels
- Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle
- Capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- Rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques
- Inscription de l'établissement dans un territoire

critères	forces	Points sensibles
L'établissement évalue le circuit du médicament et gère les dysfonctionnements (audits, suivi des événements indésirables, consommation des médicaments,...). Des actions correctives sont apportées le cas échéant	A la suite du constat d'un manque de sécurisation sur le circuit du médicament, une fiche action a été rédigée en 2014 (l'accompagnement à la santé). Avec l'aide d'une pharmacie de Montjean sur Loire, le circuit du médicament a été défini et sécurisé : les piluliers sont préparés par le pharmacien, livrés et entreposés en sécurité au sein du lieu de vie. La distribution est assurée par les professionnels titulaires de l'équipe éducative selon un protocole précis et rigoureux	
L'établissement a défini les modalités	La fiche action n° 3	

d'actions en cas d'urgence (conduite à tenir, convention CH,...). Les situations d'urgence sont gérées (DLU, matériel d'intervention en cas d'urgence, personnel formé,...). L'établissement évalue la réponse apportée en cas d'urgence (taux d'hospitalisation en urgence, évaluation des causes des hospitalisations en urgence,...). Des actions correctives sont apportées le cas échéant.	« l'accompagnement à la santé » défini la procédure à suivre en cas d'hospitalisation. Un membre de l'équipe se rend disponible pour accompagner l'enfant qui a besoin d'une hospitalisation. Les proches : les représentants légaux sont informés dès que possible. Un document de liaison (pass'santé) permet de transmettre des informations administratives, médicales et des informations sur les habitudes de vie de l'enfant à l'équipe soignante	
La prévention du risque d'errance et l'accompagnement des personnes à risque d'errance sont pris en compte à travers le projet d'établissement (architecture, soins, contrat de séjour, conduite à tenir en cas de sortie intempestive,...). L'établissement est organisé pour prévenir le risque d'errance (digicode, déclaration de sortie intempestive, activités adaptées,...). L'efficacité des dispositifs est évaluée (taux de résidents à risque d'errance, nombre de sorties intempestives,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant.	Les accès à la propriété sont sécurisés par des portails dont l'un est équipé d'un digicode et d'un visiophone (portail d'entrée des véhicules) mais le risque d'errance ne semble pas constituée une caractéristique du public accueilli au Logis	
Les actions de prévention des risques de contamination sont définies et font l'objet de protocoles (Plan de Maitrise Sanitaire, Procédures de nettoyage,...).	La fiche action n° 4 défini les procédures relatives à l'hygiène. Différents actes	

Des dispositifs de maîtrise du risque infectieux sont en place (formation, référent hygiène, mise à disposition de solution hydro-alcoolique, vaccinations, maîtrise des circuits, traçabilité,...). L'efficacité des dispositifs de maîtrise du risque infectieux est évaluée (Résultat de l'autoévaluation réalisée avec la manuel du GREPHH, taux de résidents vaccinés contre la grippe,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant.	d'hygiène sont identifiés : mains, bucco-dentaire, visage, corps, oreilles, pieds. L'accompagnement dans chacun de ces actes d'hygiène est précisément défini Une fiche récapitulative pour chaque enfant permet un accompagnement personnalisé de tous les actes d'hygiène Le linge de toilette ainsi que les draps de lits sont lavés très régulièrement (au minimum 1 fois par semaine pour les draps et 2 fois par semaine pour le linge de toilette)	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance. La sécurité des locaux, des biens et des personnes fait l'objet de procédures (calendrier des vérifications techniques, règlement de sécurité,...). L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des locaux, des biens et des personnes y compris en cas d'urgence (installations et équipements, consignes, exercices de sécurité incendie, inventaires,...). La traçabilité des actions de maintenance est assurée (maintenance interne et externe). Les modalités de maintenance et d'utilisation des véhicules de service sont définies (calendrier de maintenance, ordre de mission, règles de sécurité d'utilisation des	N'étant pas classé dans la catégorie des établissements recevant du public (ERP) Le lieu de vie ne dispose que d'équipements courants de lutte contre l'incendie (extincteurs, détecteurs de fumée) Un contrôle régulier de l'installation électrique est assuré par l'entreprise d'électricité lorsqu'elle effectue de nouvelles installations Une des responsables a suivi une formation	Les extincteurs n'ont pas été contrôlés au cours de l'année 2016 Des consignes de sécurité ainsi qu'un plan d'évacuation ne sont pas affichés dans les locaux Une zone de rassemblement à l'extérieur des locaux n'est pas identifiée Les autres professionnels présents pendant la journée au sein du lieu de vie n'ont pas suivi de formation à la sécurité incendie (manipulation des extincteurs, procédure d'évacuation des

véhicules,...). L'efficacité des dispositifs de sécurité des locaux, des biens et des personnes est évaluée (taux de satisfaction sur la perception de sécurité, événements indésirables,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant	à la sécurité incendie dans le cadre du poste qu'elle occupe dans une autre institution Un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été élaboré en 2015 : il répertorie les principaux risques, les mesures préventives existantes et les mesures à mettre en place	locaux,...) Il n'est pas réalisé d'exercices périodiques d'évacuation des locaux de jour ou de nuit Parmi les mesures préventives à mettre en place dans le DUERP, certaines ont été réalisées lors de la mise à jour de janvier 2017 mais d'autres ne l'ont pas été (ex. « réaliser les contrôles périodiques annuels de l'électricité » ou « formation à l'ergonomie : manipulation d'outils/positionnement du dos, des mains ») et il n'est pas indiqué à quelle échéance celles-ci devront être réalisées
L'établissement a défini une politique concernant la bientraitance (projet d'établissement, charte spécifique à l'établissement, protocole de lutte contre la maltraitance,...).	Le projet d'établissement (&7. « Réflexions sur la gestion des faits de violence ») détaille précisément les différents types de situations et les conduites à tenir en cas de suspicion de maltraitance	
Des dispositifs de promotion de la bientraitance sont en place (information/sensibilisation de l'encadrement en matière de prévention, de repérage, de signalement et de traitement de la maltraitance, formation des professionnels, analyse de pratique, modes d'expression des usagers,...).	Un document a été rédigé en 2015 (la bientraitance DQ 15), il fait part de réflexions de l'équipe dans le cadre de la démarche qualité. Son objectif est de prévenir et d'éviter les situations générant de	

	la maltraitance à partir du repérage de situations concrètes En termes de prévention de la maltraitance, des réunions d'analyse de la pratique professionnelle ont lieu une fois par mois et concerne l'équipe éducative (encadrants + assistant permanent)	
La possibilité de recours en cas de maltraitance fait l'objet d'une information aux résidents et aux familles (mention dans le livret d'accueil, liste de personnes qualifiées...)	En cas de situation de maltraitance, une fiche de signalement émanant de l'ARS a été présentée à l'équipe. Elle est à disposition dans le serveur informatique	
Il existe un registre des plaintes, réclamations et événements indésirables ou tout autre outil facilitant l'expression des résidents en ce domaine, et l'existence de cet outil est connue des résidents	Il existe un registre des événements indésirables qui concerne les pannes ou dégradations dans les locaux afin que celles-ci puissent être traitées dans les meilleurs délais	Les plaintes ou réclamations ne sont pas recueillies dans un registre spécifique

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
Effectuer des exercices d'évacuation des locaux au moins une fois par an, si possible en présence d'un préventionniste du service départemental d'incendie et de secours afin d'analyser les éventuels points de fragilité du dispositif	1
Rédiger et afficher des consignes de sécurité et un plan d'intervention à l'entrée des locaux et par niveau (1 au rez de chaussée et 1 à l'étage)	1
Identifier une zone de rassemblement à l'extérieur en cas d'évacuation, couverte de préférence (préau ?)	1
Mettre en place une formation à la sécurité incendie	1

(extincteurs, procédure d'évacuation des locaux) destinée à tous les personnels présents sur le site	1
• Faire procéder au contrôle des extincteurs chaque année • Planifier dans le temps l'ensemble des mesures préventives décrites dans le DUERP et effectuer une mise à jour chaque année de l'état d'avancement des actions prévues	2

4.3.5 La gestion des ressources humaines, des risques professionnels et la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers
- Capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- Prise en compte des facteurs de risque
- Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions
- Formes de mobilisation des professionnels

critères	forces	Points sensibles
La politique des gestions des ressources humaines est définie. La gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement (anticipation qualitative et quantitative les besoins en personnel, outils et indicateurs de gestion prévisionnelle,...).		Le lieu de vie a rencontré des difficultés pour stabiliser le poste de maitresse de maison du fait de l'arrêt de travail de la précédente titulaire du poste qui s'est prolongé pendant 3 années. Aujourd'hui sur les 4 salariées présentes, 2 ont été recrutées en 2015, une en 2014 et une autre en 2010) Il est fait le constat au sein du processus gestion du personnel d'une « difficulté de recrutement et d'adhésion à la philosophie du lieu de

		vie » et de l'élaboration d'une fiche action actuellement en cours
La politique de gestion et d'accompagnement des bénévoles est définie (conventions...)	Le lieu de vie fait appel de façon régulière à des bénévoles, en particulier pour assurer le transport des enfants et également dans le cadre de parrainages Il existe un contrat de parrainage proposés et signés par les parrains et marraines et les responsables du lieu de vie Les bénévoles peuvent joindre à tout moment les professionnels lorsqu'ils exercent leurs missions	Il n'existe pas de convention et/ou de charte du bénévolat qui permettrait de définir les responsabilités de chacun et les principes éthiques du bénévole
La définition des missions et des responsabilités sont clairement définies (fiches de fonction...).	Des fiches de postes ont été rédigées. Elles concernent le poste d'assistant permanent et le poste d'agent d'entretien	Les fiches de poste des autres professionnels amenés à intervenir au sein du Logis n'existent pas (co-responsables, famille relais pour les WE et les vacances, lingère)
Le recrutement est organisé (visite, formation des nouveaux arrivants, livret d'accueil, tutorat...).	Le recrutement est organisé par les 2 responsables du Logis et 3 membres du CA qui diffusent les offres d'emploi, reçoivent les candidatures et sélectionnent les candidats à la suite d'un entretien. Les différentes fiches actions (ex. « les	

	procédures liées au quotidien » ou « fiche action hygiène ») sont autant de procédures de travail qui doivent permettre aux nouveaux arrivants d'être rapidement opérationnels Un règlement intérieur conforme aux dispositions du code du travail est remis à chaque salarié lors de son embauche ainsi que le règlement de fonctionnement, sa fiche de poste, sa fiche horaire, une copie de la déclaration préalable à l'embauche, son contrat de travail et la feuille d'émargement de la décision unilatérale d'adhésion de l'employeur à un régime de prévoyance complémentaire obligatoire	
L'accueil des stagiaires est assuré (encadrement et suivi des stagiaires, tutorat...).	Une fiche action n°5 du 09 12 2014 a été rédigée sur l'accueil des stagiaires (la démarche qualité mentionne une fiche action datant de 2015 et devant être évaluée en 2020). Elle définit la philosophie et les modalités de l'accueil des stagiaires au sein du lieu de vie	
La gestion administrative des dossiers	Les dossiers du	

des personnels assurent la confidentialité et la sécurité des informations individuelles (mise à jour des données administratives des personnels, déclaration CNIL...).	personnel sont rangés dans le bureau des responsables. La confidentialité et la sécurité des informations qu'ils contiennent sont assurées	
Le personnel bénéficie d'un encadrement adapté (coordination des équipes, planification, réunions, soutien, entretien individuel d'évaluation, ...).	La coordination des professionnels est assurée par une des responsables. Une réunion d'équipe a lieu chaque semaine, elle est toujours précédée d'un temps de « régulation » qui permet de traiter les points de tension entre professionnels. Une réunion d'analyse de la pratique professionnelle a lieu chaque mois, elle concerne les 2 responsables et l'assistante permanente. Des entretiens annuels d'évaluation sont pratiqués.	

L'évaluation des besoins en formation et les retours de formation sont organisés (état des lieux des besoins en formation continue et qualifiante, plan de formation, évaluation du plan de formation, formations spécifiques à la population accueillie, identification de référents,...).	Les personnels participent parfois à des journées d'étude (psychoanalyse) ou à des formations sur site (initiation au Makaton) sur proposition des responsables	Il n'est pas établi de plan de formation annuel ou pluriannuel L'accès à la formation qualifiante ne peut résulter que d'initiatives individuelles La participation à des formations ou journées d'étude restent ponctuelles (et
---	---	--

		parfois amputées par les nécessités de service)
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie, analysés et maîtrisés (dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle, document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé tous les ans, taux d'AT,...).	Les risques professionnels ont été identifiés lors de l'élaboration du document unique en 2015 Une mise à jour des mesures préventives a été réalisée en janvier 2017	Toutes les mesures préventives prévues dans le DUERP ne sont pas planifiées
Un dispositif de veille sur les RBPP est structuré et formalisé par une procédure.	Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont présentes dans le bureau de l'équipe éducative (un casier leur est réservé), elles sont également consultées sur le site de l'ANESM	
Un groupe de réflexion autour des RBPP est constitué. Le groupe de réflexion est un levier dans l'appropriation et la diffusion des RBPP auprès de l'ensemble des professionnels. Les professionnels bénéficient de formations relatives à l'amélioration des pratiques professionnelles.	A travers les écrits institutionnels, on constate que la réflexion est permanente chez les professionnels, dans le but d'améliorer les modalités de la prise en charge. L'engagement des professionnels dans la démarche qualité en est une parfaite illustration	
Les RBPP alimentent les procédures d'accompagnement et de prise en charge des résidents. Elles sont formalisées sous forme de synthèses ou de guides à usage interne venant enrichir les pratiques.	Les RBPP constituent des références lors de la rédaction des fiches actions. Elles imprègnent la réflexion et d'une	

Les évolutions des pratiques liées aux RBPP sont identifiées par les professionnels.	manière générale l'ensemble de la démarche qualité	
Les RBPP relatives à la réalisation de l'évaluation interne et du projet d'établissement ou de service sont mises en œuvre et prises en compte.		Les RBPP relatives à la réalisation de l'évaluation interne ou du projet d'établissement ne semblent pas avoir été prises en compte lors de la rédaction de ces documents

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité
• Elaborer les fiches de postes des professionnels en étant actuellement dépourvus (responsables, famille relais, lingère)	1
• Poursuivre le travail de réflexion dans le cadre de la fiche action actuellement en cours sur la gestion du personnel	1
• S'interroger sur l'opportunité d'établir une charte du bénévolat et/ou des conventions avec les bénévoles	2
• Rechercher les moyens d'optimiser les ressources de la formation continue en concertation avec l'OPCA du secteur médico-social	2
• S'appuyer sur les RBPP traitant de l'évaluation interne et du projet d'établissement lors des prochaines actualisations de ces documents	2

4.3.6 L'établissement dans son environnement

En référence au décret 2007-975, chapitre II, section 3, Sont ainsi examinés les thématiques suivantes :

- Capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne
- Réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers
- Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet
- Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers
- Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers
- Capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions

- Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Formes de mobilisation des professionnels
- Rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques
- Inscription de l'établissement dans un territoire

critères	forces	Points sensibles
Le projet d'établissement a intégré un volet sur l'ouverture à et sur son environnement, en lien avec la RBPP de l'ANESM de décembre 2008 La politique d'ouverture et de communication avec l'extérieur est définie (conventions partenariats...) Des modalités de communication avec l'extérieur sont déployées (outils de communication, sorties, accueil des proches, bénévoles, minibus...) Le risque d'isolement et le maintien des liens sociaux sont évalués (nb de bénévoles, taux de résidents ayant des contacts 1 à 4 fois par mois...).	Le projet d'établissement identifie à travers les médiations éducatives l'ouverture à la vie sociale et culturelle qui est une composante importante de la vie au Logis. Ceci se traduit par des projets menés en commun avec des artistes installés dans la commune de Montjean (sculpteurs, peintres), par la fréquentation des commerçants quand certains jeunes peuvent être chargés de faire les courses dans le village, par la participation de 3 enfants à une chorale qui se produit à différents endroits de la Région,... Les rapports d'activité présentent chaque année les activités et les séjours à l'extérieur auxquels participent les résidents du	

	Logis	
L'établissement développe des partenariats avec le réseau de soins dans le cadre de la continuité des soins (conventions avec l'hôpital, secteur psychiatrique et spécialités,...) et avec le réseau de santé local (convention CLIC, dentiste, HAD...). Des conventions sont signées et régulièrement évaluées	Le lieu de vie fait appel au même médecin traitant pour les enfants accueillis, hormis pour la jeune de 24 ans qui a souhaité être soignée par une femme. Celui-ci fait le lien en cas de besoin d'hospitalisation ou de consultations avec les services de neuropédiatrie du CHU d'Angers Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, le lieu de vie a passé un accord avec une pharmacie locale afin de procéder à la préparation des piluliers pour une période de 15 jours et d'en assurer la livraison dans des malles sécurisées	
L'établissement est ouvert sur l'extérieur et intégré à la vie locale (architecture, communication, bénévolat, activités spécifiques,...).	Des projets architecturaux sont menés grâce à la participation de mécènes (construction d'une cabane dans les arbres avec le soutien de la fondation FATOM, de la fondation MAC DONALD et du ROTARY CLUB), des	

	œuvres artistiques sont créés dans la propriété par des artistes locaux (création d'une rocaïlle, d'un théâtre de verdure, d'un totem en bois, d'un mur de tags,...) Des bénévoles prennent en charge une partie des transports réguliers des enfants ou participent à l'encadrement des enfants lors des sorties ou des voyages	
Perception de l'établissement et de ses missions par les partenaires, les usagers est mesurée (recueil des attentes et besoins de ses partenaires, enquête d'image...).	Les partenaires et les bénévoles rencontrés font part de leur admiration pour le travail réalisé par les permanentes du lieu de vie (« il y a peu d'établissement qui présente cette qualité dans l'accompagnement compte tenu des difficultés que rencontrent les enfants », « ici quelque chose qui est soutenu, la permanence dans la prise en charge, la dimension du quotidien est très valorisée », « elles donnent de l'espoir, une ouverture vers	

	le monde, la culture, la musique, des possibilités de relations »). Les mêmes personnes précisent que c'est cette qualité de l'accompagnement qui leur a donné envie de s'engager eux-mêmes (« ça me fait du bien, je reçois beaucoup plus que je donne ») tout en faisant bien la distinction entre l'action des professionnels et celle des bénévoles (« les histoires individuelles des enfants ne nous sont pas communiquées et c'est très bien comme cela », « elles éclairent ce qu'il y a besoin d'éclairer et nous avons toujours la possibilité de contacter le lieu de vie en cas de difficultés ») Une institutrice spécialisée en langue des signes, étant intervenu sur le lieu de vie de façon hebdomadaire pendant quelques mois, qualifie d'assez extraordinaire l'ambiance qui règne sur place et l'ouverture à la	
--	---	--

	culture et à la vie sociale qui est proposée aux enfants. La principale du collège d'Ingrandes, où a été scolarisé un adolescent pendant 4 ans, qualifie les relations partenariales avec l'équipe du Logis de très positives et serait prête à de nouvelles collaborations si l'occasion se présentait Une référente de l'ASE ayant suivi un jeune accueilli au Logis pendant 15 années qualifie les permanents du LDVA de « très soutenant pour des parents eux-mêmes en grande difficulté, capables de beaucoup d'énergie pour trouver des solutions lorsque la situation du jeune se dégradait, qu'il régressait... », elle parle d'une très bonne collaboration pendant toutes ces années	
Les actions éco responsables sont menées et participent à la protection de l'environnement (définition d'une politique éco responsable, gestion des déchets, de	Le document unique d'évaluation des risques professionnels	

l'eau et des énergies, sensibilisation du personnel et des résidents,...).	identifie les risques pour l'environnement (analyse environnementale) : appauvrissement des ressources, pollution du sol, pollution de l'air, destruction biodiversité,... Des mesures préventives sont menées ou prévues afin de participer à la protection de l'environnement : conservation des arbres initialement présents, sensibilisation des collaborateurs au tri des déchets, lutte contre le gaspillage, produits phytosanitaires écologique et issus du marché équitable,...	
--	--	--

Pistes d'améliorations- Préconisations – Recommandations (décret 2007-975, chapitre II, section 4)	Priorité

5 Conclusion.

	Favorable - ATOUTS	Défavorable - HANDICAP
	Forces L'organisation du lieu de vie, ses modalités de fonctionnement et ses activités sont cohérentes avec les objectifs du projet. Des écrits viennent compléter le projet et préciser certains aspects de l'accompagnement Ces procédures de travail écrites ainsi que les objectifs du projet personnalisé permettent d'individualiser la prise en charge et de respecter le rythme de chacun La démarche qualité initiée en 2014 et poursuivie depuis montre qu'il y a une réelle dynamique d'amélioration continue, partagée par l'équipe Les améliorations concrètes issues de la démarche qualité sont mesurées lors des bilans périodiques (réunions entre professionnels et points d'étape présentés en CA) Le projet personnalisé de chaque enfant fait l'objet d'une méthodologie précise et rigoureuse, qui permet une réévaluation régulière des objectifs fixés Le cadre de vie est confortable et convivial. La qualité de vie et l'individualisation sont valorisées à travers les locaux, les repas, le linge, la prise en charge au quotidien, l'ouverture sur le	Points sensibles Le rapport d'évaluation interne daté de 2017 ne fait pas référence aux recommandations de l'ANESM pour la mise en œuvre de l'évaluation interne et ne reflète pas le processus de démarche qualité qui est pourtant mis en œuvre Il n'existe pas à ce jour d'espaces formalisés permettant l'expression collective des jeunes accueillis Compte tenu de la diminution des moyens, le poste d'éducateur sportif a été supprimé en début d'année 2017 Des mesures préventives de lutte contre l'incendie sont à développer (formations, exercices, contrôle des équipements) La structure semble avoir des difficultés à recruter des salariés qui adhèrent à la philosophie du lieu de vie L'accès à la formation continue pour les personnels reste assez limité
Interne		

	monde... Les risques professionnels sont répertoriés dans un Document Unique, évalué périodiquement Le lieu de vie joue pleinement la carte de l'intégration sociale grâce à diverses médiations : insertion dans le local, appel au mécénat, ouverture culturelle, séjours extérieurs...	
Externe	Opportunités Grâce à l'action de l'association gestionnaire, le bénévolat complète les ressources internes Il existe une prise de conscience de la part des acteurs du lieu de vie sur la nécessité de protéger l'environnement à travers des actions « éco-responsables » répertoriées dans le Document Unique d'Evaluation des risques	Menaces Les responsables prennent acte de la diminution de leurs moyens liée à un effectif moindre et font le constat que ceci les amène à restreindre ou supprimer certaines activités qui se pratiquaient auparavant L'équipe du Logis rencontre des difficultés à travailler actuellement avec les référents ASE compte tenu d'une réorganisation de ce service

6 Synthèse de l'évaluation externe

(Chapitre 3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10 du code de l'action sociale et des familles)

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

1. La (ou les) démarche(s) d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés.

La démarche qualité a été initiée dès 2014. Les différentes thématiques retenues ont résulté d'une réflexion d'équipe. Elles ont permis de structurer la démarche autour de 4 processus (accompagnement et droits des enfants,

management, logistique, lien avec l'environnement de la maison). Plusieurs réunions, auxquelles sont présentes les 2 responsables et l'assistante permanente, sont programmées dans l'année pour faire état de l'avancement des travaux. Un point est fait lors de chaque CA sur l'avancée de la démarche qualité. Des améliorations concrètes se traduisent par la réalisation effective des fiches action qui constituent des supports à la prise en charge des enfants accueillis.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM constituent des références lors de la rédaction des fiches actions. Elles imprègnent la réflexion et d'une manière générale l'ensemble de la démarche qualité

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

La version actuelle du projet d'établissement date de 2012. il est prévu que celui-ci soit réactualisé en 2018. Les objectifs du projet d'établissement (hébergement et accompagnement éducatif pour des mineurs séparés de leur milieu familial, sécurité physique et psychologique, soutien aux projets de vie personnels,..) sont en adéquation avec sa mission.

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Les ressources humaines nécessaires au lieu de vie pour atteindre ses objectifs sont définies dans le projet d'établissement mais elles ne correspondent plus à la réalité compte tenu de la diminution des postes intervenue depuis 2 ans (- 1,5 ETP). Le LDVA a dû faire appel au bénévolat pour compenser partiellement cette diminution (notamment pour le transport)

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) ;

Les 2 permanentes responsables possèdent pour l'une une qualification d'éducatrice spécialisée et de chef de service et pour l'autre de psychologue. Le troisième poste d'assistante permanente est pourvu actuellement par une

éducatrice spécialisée.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échanges pluridisciplinaires, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences

Des procédures de travail écrites (ex. l'accompagnement à la santé, les procédures liées au quotidien, hygiène,...) ont été co-construites dans le cadre de la démarche qualité sont à la disposition des professionnels lors de leur prise de poste. La coordination des professionnels est assurée par une des responsables. Une réunion d'équipe a lieu chaque semaine.

Le lieu de vie ne réalise pas de plan de formation annuel et dispose de moyens limités pour l'accès à la formation continue de ses professionnels.

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines

Les risques professionnels ont été identifiés lors de l'élaboration du DUERP en 2015, parmi eux figurent des risques psychosociaux : stress, agressivité, dévalorisation, syndrome dépressif,...

des mesures préventives sont identifiées : espace de régulation hebdomadaire, entretien individuel annuel, visite médicale par le médecin du travail,...

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

Les particularités des jeunes accueillis sont présentées dans le projet d'établissement (enfants relevant conjointement de l'aide sociale à l'enfance et du secteur du handicap ou de la maladie mentale). Initialement prévu pour des enfants entre 6 et 14 ans, le projet d'établissement mentionne la volonté des responsables de modifier l'habilitation afin d'être en conformité avec l'accueil qui se pratique actuellement jusqu'à la majorité et pour des jeunes majeurs.

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS

Une fiche-action intitulée « mode d'élaboration du projet personnalisé » a été réalisée dans le cadre de la démarche qualité. Elle présente très précisément la façon dont est construit le projet personnalisé au Logis. L'existence du projet personnalisé est également rappelée dans le livret d'accueil, le contrat de séjour (le projet personnalisé est révisable tous les ans et fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour) et le règlement de fonctionnement.

B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement

De nombreux partenariats existent : secteur médical et paramédical, parrainages, vie culturelle, transports, mécénat,...

Différentes réalisations sont la conséquence de ce partenariat : construction de cabane dans les arbres, d'un théâtre, de voyages à l'étranger, d'accueil de WE par des parrains et marraines,...

Le théâtre de verdure est un financement des permanentes mis au service du projet du Logis. Il permet de mettre en oeuvre les partenariats évoqués

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS

Les partenaires ont un regard très positif sur le rôle des encadrants et la mission du lieu de vie. La qualité de l'accompagnement est mise en avant ainsi que la richesse des expériences proposées aux enfants accueillis

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions

Les bénévoles indiquent qu'ils ont accès aux informations nécessaires à la réalisation de leur mission mais que les histoires individuelles des enfants ne leur sont pas communiquées. Ils apprécient à ce sujet le professionnalisme des encadrants.

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

Le projet d'établissement identifie à travers les médiations éducatives l'ouverture à la vie sociale et culturelle qui est une composante importante de la vie au Logis. Ceci se traduit par des projets menés en commun avec des artistes installés dans la commune de Montjean (sculpteurs, peintres), par la fréquentation des commerçants quand certains jeunes peuvent être chargés de faire les courses dans le village,

par la participation de 3 enfants à une chorale qui se produit sur différents sites de la Région,...

Les rapports d'activité présentent chaque année sous forme de diaporamas les activités et les séjours à l'extérieur auxquels participent les résidents du Logis

C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire

Un document intitulé « projet personnalisé » est établi pour chaque enfant accueilli dans les 6 mois qui suivent son arrivée, il comporte :

Une fiche de présentation (identité, représentants légaux, date d'arrivée au Logis, parcours de vie, suivi médical,...)

Un référentiel d'observation articulé autour de 5 dimensions : vie quotidienne, vie sociale, rapport au corps et à la santé, vie scolaire et développement cognitif et vie affective.

Une argumentation écrite par chaque membre de l'équipe vient étayer cette évaluation annuelle.

Outre ce document principal, un « tableau des objectifs d'accompagnement du projet personnalisé » est rédigé lors de la réunion annuelle : il comporte 2 objectifs principaux et les moyens permettant de les atteindre. Ce tableau des objectifs est réévalué à N+1 et permet de confirmer ou pas l'atteinte des objectifs prévus

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant

Chaque enfant est rencontré par la référente du projet personnalisé en amont de la réunion de projet afin de recueillir ses attentes et après la réunion pour lui restituer les objectifs qui ont été retenus. Il en est de même pour ses représentants légaux. Les uns et les autres sont signataires du projet.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et l'adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées

Le projet personnalisé est actualisé chaque année lors de la réunion ad'hoc. Une évaluation des compétences acquises par l'enfant est réalisée, les

objectifs prévus sont évalués et de nouveaux objectifs pour l'année sont fixés

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Le livret d'accueil ne mentionne pas les conditions de consultation du dossier unique par l'utilisateur ou son représentant légal ni que celle-ci a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives la concernant, dans les conditions fixées par la loi du 06 janvier 1978

18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Les enfants et adolescents rencontrés lors de l'évaluation externe font part de leur vie de groupe au Logis où on fait de nombreuses choses ensemble : le jardin, les travaux collectifs, les voyages, les projets à venir, les fêtes... Ils insistent sur la solidarité qui règne entre-eux, entre petits et grands et entre ceux qui peuvent faire certaines choses et d'autres pas

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

Les encadrantes sont très attentives à recueillir l'expression individuelle et collective des enfants et à y répondre, ce qui est facilité par le mode de fonctionnement très individualisé du lieu de vie et la présence permanente des responsables mais Il n'existe pas à ce jour d'espaces formalisés permettant de recueillir l'expression collective des jeunes accueillis (tels que groupe d'expression ou enquête collective)

D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Chaque jeune dispose d'une chambre individuelle, l'intimité et les rythmes de chacun sont respectés voire aménagés : chambre au rez de chaussée pour l'un ou logement dans la propriété pour un autre, mobilier adapté à la problématique de tel ou tel,...

21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

En cas de situation de maltraitance, une fiche de signalement émanant de l'ARS a été présentée à l'équipe. Elle est à disposition des encadrants dans le serveur informatique.

Un document sur la bientraitance rédigé en 2015 fait part de réflexions de l'équipe dans le cadre de la démarche qualité. Son objectif est de prévenir et d'éviter les situations générant de la maltraitance à partir du repérage de situations concrètes. Des réunions d'analyse de la pratique professionnelle concourent également à cet objectif.

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels.

A la suite du constat d'un manque de sécurisation sur le circuit du médicament, une fiche action a été rédigée et un protocole très précis a été mis en place tant du point de vue prescription, préparation que distribution. Des mesures préventives de lutte contre l'incendie sont à développer (formations, exercices, contrôle des équipements).

7 Annexes

7.1 Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	(fo) La démarche qualité a été initiée dès 2014, Les différentes thématiques retenues ont résulté d'une réflexion d'équipe (fa) le rapport d'évaluation interne daté de 2017 ne reflète pas le processus d'une évaluation interne		Faire apparaître dans le rapport d'évaluation interne la méthodologie de la démarche qualité mise en œuvre depuis 2014
Modalités d'élaboration du PACQ	(fo) Des actions d'amélioration ont été définies au sein de chaque processus dans le cadre de la démarche qualité. Ceci a débouché sur la rédaction de fiches action (réalisées ou à réaliser) débutées en 2014 et devant se poursuivre jusqu'en 2018 (fa) Il existe une certaine confusion dans le classement des fiches actions		Reprendre le classement des fiches actions de telle façon que la nomenclature soit identique entre le tableau récapitulatif des processus et les documents qui en résultent
Modalités de suivi des résultats	(fo) Les améliorations concrètes sont mesurées lors des bilans périodiques (réunions entre professionnels et points d'étape présentés en CA) (fa) Le projet d'établissement ne peut pas être considéré comme l'outil de pilotage de la démarche d'amélioration continue car il ne comporte pas de plan d'action pluriannuel		Mentionner le déroulement et les résultats de la démarche d'évaluation interne dans les rapports d'activité

La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Existence d'un dispositif de veille sur les RBPP	(fo) Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont présentes dans le bureau de l'équipe éducative (un casier leur est réservé), elles sont également consultées sur le site de l'ANESM		
Modalités d'appropriation des RBPP	(fo) Les RBPP constituent des références lors de la rédaction des fiches actions. Elles imprègnent la réflexion et d'une manière générale l'ensemble de la démarche qualité		
Mobilisation des RBPP en fonction des sujets traités	(fa) Les RBPP relatives à la réalisation de l'évaluation interne ou du projet d'établissement ne semblent pas avoir été prises en compte lors de la rédaction de ces documents		S'appuyer sur les RBPP traitant de l'évaluation interne et du projet d'établissement lors des prochaines actualisations de ces documents

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

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Caractérisation de la population accompagnée	(fo) Le premier projet d'établissement, élaboré lors de la création du lieu de vie, comportait une enquête sur les besoins d'hébergement et d'accompagnement dans le département du Maine et Loire (fa) l'étude des besoins dans le département n'a pas été actualisée lors de la version actuelle du projet d'établissement rédigé en 2012		Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement, il sera utile d'actualiser une étude des besoins au niveau départemental
Modalités d'actualisation du PE	(fo) Le lieu de vie met en œuvre progressivement des actions afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans le cadre d'un tableau des processus (fa) Le projet d'établissement ne se décline pas en objectifs concrets et évaluables		Prévoir une actualisation du projet d'établissement en 2018 en tenant compte de la recommandation de l'ANESM « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » de mai 2010
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	(fo) Le lieu de vie se mobilise régulièrement avec l'aide des professionnels et des jeunes accueillis sur des projets d'aménagement du site ou tournés vers l'extérieur (fa) le lieu de vie ne procède pas au recueil formalisé des attentes des bénéficiaires		Lors de la prochaine actualisation du projet d'établissement, tenir compte du recueil des attentes des bénéficiaires

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

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu	(fo) Le projet d'établissement identifie à travers les médiations éducatives l'ouverture à la vie sociale et culturelle qui est une composante importante de la vie au Logis		
Formalisation des coopérations	(fo) Le lieu de vie fait appel à un médecin traitant pour les enfants accueillis qui fait le lien en cas de besoin d'hospitalisation ou de consultations avec les services de neuropédiatrie du CHU d'Angers Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, le lieu de vie a passé un accord avec une pharmacie		Certaines coopérations pourraient faire l'objet de conventions formalisées
Ouverture sur l'environnement et perception des missions de l'établissement par ses partenaires	(fo) les bénévoles rencontrés font part de leur admiration pour le travail réalisé par les permanentes du lieu de vie Les partenaires interrogées parlent « d'une très bonne collaboration » avec le lieu de vie		

Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes	(fo) l'admission d'un jeune fait l'objet d'un processus progressif qui permet de prendre en compte ses besoins et de vérifier la pertinence du projet d'accueil Dans le cadre du projet personnalisé, un référentiel d'observation autour de 5 dimensions est utilisé		
Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé	(fo) Un document intitulé « projet personnalisé » est établi pour chaque enfant accueilli dans les 6 mois qui suivent son arrivée Une procédure « projet personnalisé » a été élaboré à partir de l'ouvrage de J.Denancier (fa) Le projet d'établissement n'aborde que très peu le projet personnalisé, qui est pourtant une composante fondamentale de l'accompagnement		Lors de la réactualisation du projet d'établissement, il sera nécessaire de présenter comment est construit le projet personnalisé Conformément au constat qui en a été fait dans la démarche qualité « l'outil construit par notre équipe n'est pas assez élaboré. Il nous manque un outil d'évaluation », réfléchir à l'amélioration de cet outil
Prise en compte des interactions avec l'environnement familial de la personne	(fo) chaque enfant, ainsi que ses représentants légaux, sont rencontrés par la référente du projet personnalisé chaque année avant la réunion d'élaboration du projet ; les uns et les autres sont signataires du projet		

L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des droits individuels	(fo) le rythme de chacun est respecté, des projets spécifiques peuvent être menés en fonction des demandes individuelles Le contrat de séjour présente les principales modalités de la prise en charge (fa) le livret d'accueil ne mentionne pas certaines informations utiles et il n'a pas été remis à jour récemment		Prévoir une mise à jour du livret d'accueil en y ajoutant les mentions qui font défaut telles que prévues dans la circulaire DGAS/50 du 24 mars 2004
Prise en compte des droits collectifs	(fa) Le livret d'accueil évoque l'existence « d'espaces d'expression des enfants et de leurs familles » mais ne précise pas quels sont-ils La forme du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement n'est pas très accessible aux jeunes accueillis		Réfléchir à une présentation du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement plus adaptée à la compréhension du public accueilli (sous une forme plus imagée, au besoin en utilisant des pictogrammes connus par certains tels que ceux utilisés dans le Makaton)
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	(fo) L'expression individuelle des jeunes accueillis est facilitée par le petit effectif et la disponibilité des encadrants (fa) Il n'existe pas à ce jour d'espaces formalisés permettant l'expression collective des jeunes accueillis		Réfléchir à la mise en place d'espaces d'expression des jeunes accueillis formalisés et périodiques faisant l'objet de compte rendus et de suivi de leurs demandes

La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Forces (Fo)	Faiblesses (Fa)	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des risques relatifs aux spécificités des usagers	(Fo) A la suite du constat d'un manque de sécurisation sur le circuit du médicament, une fiche action a été rédigée et une procédure a été mise en place en collaboration avec une pharmacie proche (fa) Il n'est pas réalisé d'exercices périodiques d'évacuation des locaux de jour ou de nuit (fa) Parmi les mesures préventives à mettre en place dans le DUERP, certaines ont été réalisées lors de la mise à jour de janvier 2017 mais d'autres ne l'ont pas été et il n'est pas indiqué à quelle échéance celles-ci devront être réalisées		Effectuer des exercices d'évacuation des locaux au moins une fois par an, si possible en présence d'un préventionniste du service départemental d'incendie et de secours afin d'analyser les éventuels points de fragilité du dispositif Mettre en place une formation à la sécurité incendie (extincteurs, procédure d'évacuation des locaux) destinée à tous les personnels présents sur le site Planifier dans le temps l'ensemble des mesures préventives décrites dans le DUERP et effectuer une mise à jour chaque année de l'état d'avancement des actions prévues
Traitement des faits de maltraitance	(fo) Un document a été rédigé sur le thème de la bientraitance en 2015, il fait part de réflexions de l'équipe dans le cadre de la démarche qualité. Son objectif est de prévenir et d'éviter les situations générant de la maltraitance à partir du repérage de situations concrètes une fiche de signalement émanant de situations de maltraitance a été présentée à l'équipe. Elle est à disposition dans le serveur informatique		
Organisation de la structure pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	(fo) Les conditions d'hébergement favorisent l'effectivité des droits et de l'intimité des personnes : les chambres sont toutes individuelles		

Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation externe du lieu de Vie et d'Accueil le Logis s'est déroulée dans de bonnes conditions compte tenu de la coopération des responsables à chaque étape de la démarche et de la participation active des différentes parties prenantes lors des rencontres et des interviews : les enfants d'abord mais également les membres de l'association le Logis, les salariées, les bénévoles, les partenaires, les amis,...

Le lieu de Vie le Logis dispose de nombreux atouts, parmi lesquels :

- un cadre de vie personnalisé, particulièrement adapté aux besoins de chacun,
- Un grand respect et une véritable attention portée à chaque enfant et adolescent qui permettent de faire vivre au quotidien le projet personnalisé,
- Une réelle ouverture à la culture et à l'insertion sociale grâce aux différentes médiations proposées par l'équipe,
- Une recherche permanente d'amélioration des pratiques par le biais de la réflexion et des écrits relatifs aux processus et aux fiches actions mises en œuvre.

Les actions à engager pour l'avenir vont devoir porter principalement sur l'actualisation du projet d'établissement qui permettra de piloter, pour les cinq prochaines années, **le plan d'amélioration continue de la qualité** qui aura été élaboré à la suite des deux évaluations, interne et externe, menées cette année.

Le lieu de vie le Logis, par la mobilisation de sa gouvernance et de ses responsables, doit pouvoir utilement s'approprier les résultats de cette évaluation externe, pour s'engager dans cette dynamique de progrès.

Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
Dates de début et de fin de mission	La mission a débuté le 14 septembre 2017 par la co-construction du projet évaluatif. Elle s'est poursuivie par la visite sur site le 21 octobre 2017. Le pré-rapport a été transmis au lieu de vie pour observations le 21 novembre 2017. Le rapport définitif a été livré le 15 décembre 2017.
Descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche	Les outils utilisés sont les suivants : • Consultation et analyse de la documentation disponible en bureau d'étude et sur site, • Entretiens individuels et collectifs (cf. & 2.4.3. les sources d'information) • Observations « in situ » • Réunion de débriefing en fin de visite • Echanges téléphoniques avec les partenaires • Restitution du rapport final d'évaluation externe
Modalités d'association des usagers	Les enfants et adolescents accueillis au lieu de vie ont été associés de la façon suivante : • Entretien collectif avec un groupe de 6 enfants, adolescents, jeune adulte • Interviews informels au cours du repas

Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l' ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Dans un premier temps, nous avons eu le sentiment que notre particularité de Lieu de Vie et d'Accueil n'était pas prise en compte et que nous étions assimilés à un établissement traditionnel. Nous pensons qu'il nous faut défendre nos particularités dans une démarche commune.	Suite à l'intervention de M. Pécheux nous avons engagé les démarches suivantes : - signalement sur les accès de la présence d'extincteur puis second signalement au-dessus des extincteurs. - Signalement du point de rassemblement au niveau du Carport. - Contact avec l'entreprise "Extincteurs Nantais, pour la vérification des extincteurs (AB), l'achat d'un extincteur spécifique tableau électrique (CO2) ainsi qu'un registre de sécurité. - Rendez-vous pris avec une personne ressource pour faire le point sur les conditions de sécurité matérielle au Logis.

7.2 Composition de l'équipe d'évaluation

Michel PECHEUX

31, avenue du noyer au roy

86240 Ligugé

mpecheux@orange.fr

Tél : 05 49 41 48 16

Mob : 06 46 30 72 88



Consultant- évaluateur externe certifié

COMPETENCES PROFESSIONNELLES

- Conduite d'une démarche complète d'évaluation externe d'ESSMS en référence au décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 (élaboration du projet et du questionnaire évaluatif, recueil et analyse des données, rédaction de la synthèse et de l'abrégé ANESM, rédaction du pré-rapport et du rapport définitif remis au commanditaire).
- Étude, accompagnement et conseil aux ESSMS (aide à l'élaboration et à la rédaction des documents issus de la loi de 2002, projets d'établissements, évaluations internes,..)
- Management d'ESSMS

FORMATIONS-QUALIFICATIONS

- Certificat d'évaluateur externe des établissements sociaux et médico-sociaux. ERASME- Toulouse- 2013
- Master II « management des organisations », spécialité professionnelle : « management des associations ». IAE- Paris-2010
- Certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social (CAFDES).EHESP-Rennes-1999
- Certificat de qualification à la fonction de chef de service éducatif.IRTS-Pau-1989
- Diplôme d'état d'éducateur spécialisé (DEES).EFPP-Paris-1981

PARCOURS PROFESSIONNEL

- Consultant pour l'accompagnement et l'évaluation des ESSMS (depuis 2012)
- Directeur de maison d'enfants à caractère social (2007-2011)

- Directeur d'institution et de service de soutien à l'intégration scolaire pour jeunes déficients auditifs (2000-2007)
- Chef de service éducatif en centre de rééducation fonctionnelle et maison d'accueil spécialisée (1990-2000)
- Éducateur spécialisé en IMP-IMPRO et en foyer de vie (1982-1990)

DIVERS

- Publication :

« Gestion des âges en milieu associatif : conduire une démarche GPEC dans un contexte de vieillissement des personnels au sein d'une association d'action sociale »

Éditions Universitaires Européennes.2011



7.3 Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussigné, Michel PECHEUX

Demeurant 31 avenue du noyer au roy 86240 Ligugé

Agissant pour le compte du Cabinet Ethique et Qualité en tant qu'évaluateur d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux

Atteste sur l'honneur remplir les conditions énoncées à l'annexe 3-10 Chapitre III section 2 du Décret 2007-975 du 15 mai 2007.

Je dispose d'une expérience professionnelle de 35 années dans le champ social ou médico-social.

J'ai suivi une formation aux méthodes évaluatives comportant une méthodologie d'analyse pluridimensionnelle, globale et utilisant différents supports.

Je veille à actualiser mes connaissances spécifiques dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale notamment en ce qui concerne les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les orientations générales des politiques publiques et des dispositifs en cours.

Je m'engage explicitement à respecter le code énoncé par l'ANESM

J'adhère à la charte du Cabinet Ethique et Qualité que je m'engage à respecter.

Fait à Ligugé, le 15/12/2017



7.4 Charte des intervenants du Cabinet Ethique et Qualité

Les intervenants du Cabinet Ethique et Qualité s'engagent à respecter les principes suivants

Confidentialité

Dans le cadre des missions qu'ils sont amenés à conduire au sein des établissements médico-sociaux, les évaluateurs peuvent avoir accès à des informations d'ordre confidentiel concernant les personnes accompagnées, les familles, les professionnels, ou le fonctionnement interne de l'Organisation.

Ils s'astreignent à une obligation de réserve et de secret vis-à-vis de toute information connue dans le cadre de leur mission d'évaluation, de la même manière qu'ils se doivent de protéger la confidentialité des informations qu'ils recueillent pendant toute la durée de la mission et après son terme.

Compétence

Les intervenants sont des professionnels de haut niveau qui utilisent des outils méthodologiques adaptés à la mission qui leur est confiée.

Ils situent leur mission en référence au cadre législatif et réglementaire de l'évaluation et en précisant clairement les enjeux qu'elle induit pour l'établissement ou le service concerné.

Ils justifient des compétences requises pour procéder à l'évaluation externe tel que précisé à l'annexe 3-10 du décret 2007-975 du 15 mai 2007, notamment du point de vue de l'expérience professionnelle, de la formation aux méthodes évaluatives et des connaissances dans le domaine de l'action sociale.

Ils ont un devoir de conseil à l'égard des responsables avec lesquels ils sont en relation tout en s'abstenant de toute ingérence dans le domaine du management de la structure concernée.

Objectivité et prévention des conflits d'intérêt

Les intervenants pratiquent une écoute respectueuse des personnes et, dans leurs écrits, s'appuient fidèlement sur les données recueillies.

Ils prennent toujours la distance nécessaire aux propos qu'ils rapportent et recherchent systématiquement, par le croisement des données, l'objectivité maximale des informations recueillies.

Conformément à l'engagement qu'ils ont pris dans le cadre de l'habilitation auprès de l'ANESM, les intervenants s'engagent :

- à ne pas établir de relations qui pourraient risquer de compromettre le caractère impartial de leur mission

- à ne pas avoir participé à l'évaluation interne qui a immédiatement précédé l'évaluation externe pour laquelle ils interviennent
- à ne pas avoir, ou avoir eu au cours de l'année précédente, d'intérêt financier avec le commanditaire de la mission et à s'interdire, dans l'année qui suit, toute relation professionnelle avec l'établissement évalué ou son organisme gestionnaire.

7.5 Calendrier de réalisation

Les différentes étapes de la mission, en accord avec la direction du lieu de vie et d'accueil le Logis, ont été planifiées ainsi :

Etape de la mission	Jour ou semaine prévus
Co-construction du projet évaluatif	14 septembre 2017
Validation par l'établissement du projet évaluatif et envoi des documents généraux à l'évaluateur (+ fiche d'identité et liste des partenaires)	Semaine 38
Visite de l'évaluateur sur le site	21 octobre 2017
Envoi par l'évaluateur du pré-rapport d'évaluation externe	21 novembre 2017
Retour des observations par l'établissement à l'évaluateur	11 décembre 2017
Envoi du rapport final d'évaluation externe	15 décembre 2017
Restitution de la synthèse et des préconisations	31 janvier 2018

CONTRAT de PRESTATION

Parties contractantes

Entre les soussignés :

L'association Le Logis, sise 6 rue du Prieuré 49570 Montjean sur Loire, représentée par Mme Marie-Josée Marchesseau, agissant au nom et pour le compte de l'association,
D'une part,

Et :

Le cabinet Ethique et Qualité, sis 31 avenue du noyer au roy 86240 LIGUGE, représenté par Mr Michel PECHEUX, agissant au nom et pour le compte du cabinet Ethique et Qualité,
D'autre part,

Les parties ci-dessus dénommées conviennent du présent contrat

Article 1 : Objet de la convention

À la demande de l'association le logis, Le Cabinet Éthique et Qualité réalise une mission d'évaluation externe conformément au décret n°2007-975 du 15 mai 2007, pour son lieu de vie et d'accueil, en vue de répondre aux exigences législatives et réglementaires en vigueur.

Dans le cadre de sa mission, le cabinet Ethique et Qualité produira un rapport d'évaluation externe unique, le lieu de vie le Logis disposant d'une seule autorisation de fonctionner.

Article 2 : Déroulement et contenu de la mission

Le cabinet Ethique et Qualité réalise les actions suivantes :

- Etape 1 : construction et présentation du projet évaluatif
- Etape 2 : Elaboration du cadre évaluatif
- Etape 3 : Intervention sur site et recueil des données
- Etape 4 : Analyse des données, synthèse et rédaction du pré-rapport
- Etape 5 : Rédaction et restitution du rapport final d'évaluation externe

Article 3 : Montant de la prestation

Le coût total de la prestation s'élève à deux mille neuf cent soixante euros (2960 €) toutes taxes comprises.

Ce montant comprend :

- Les frais de rémunération de l'évaluateur
- Les frais de mission de l'évaluateur et les frais de structures (secrétariat, communication, reprographie et autres charges indirectes)

Article 4 : Modalités financières

Le règlement s'effectuera de la manière suivante :

- La première facturation correspondant à 40 % du montant global, sera établie à l'issue de l'étape 2, soit avant la visite sur site.
- Le solde sera facturé à l'issue de l'étape 5, soit à la remise du rapport final.

Le Cabinet Éthique et Qualité établira ses factures au nom de l'association le Logis.

Les sommes prévues ci-dessus seront payées par chèque ou virement, dans les huit jours de la réception de la facture.

Les pénalités de retard de paiement seront calculées à raison de 1.5 fois le taux légal et dues de plein droit, en application de la loi de régulation économique n° 2001-420 du 15 mai 2001 art 53. et s., qui rend obligatoire, pour tout retard de paiement, l'application d'un taux d'intérêt de retard au moins égal à 1.5 fois le taux légal, à compter du 30^e jour suivant le terme de la prestation exécutée, cette somme étant exigible sans rappel.

Article 5 : Validité de la proposition

La proposition est valable pour une durée de **30 jours** à compter de la date de ce jour.

Article 6 : Calendrier de la mission

La mission se déroulera entre le 01 septembre 2017 et le 31 décembre 2017.

Le calendrier prévisionnel de déploiement de la mission s'établira du mois de septembre au mois de décembre 2017.

Le rapport définitif vous sera remis **en décembre 2017** afin de respecter les échéances fixées par la réglementation.

Article 7 : Nature des obligations

Pour l'accomplissement de sa mission, le prestataire s'engage à donner ses meilleurs soins, conformément aux règles de l'art. La présente obligation, n'est, de convention expresse, que pure obligation de moyens.

Article 8 : Engagement du prestataire et obligation de confidentialité

Conformément aux engagements pris lors de son habilitation, le prestataire s'engage à conduire sa mission en respectant les règles d'intégrité, d'objectivité, de confidentialité et de compétence.

Il considèrera comme strictement confidentiels, et s'interdit de divulguer, toute information, document, donnée ou concept, dont il pourra avoir connaissance à l'occasion du présent contrat.

Article 9 : Engagement du commanditaire

concernant l'accès aux informations

L'association le Logis s'engage à fournir au prestataire les documents généraux prévus par la réglementation, les pièces techniques ainsi que l'ensemble des informations quantitatives et qualitatives relatives au service évalué et, d'une manière générale, à tenir à disposition du prestataire toutes les informations pouvant contribuer à la bonne réalisation de la mission.

Article 10 : Référencement

L'association le Logis autorise le Cabinet Éthique et Qualité à faire figurer parmi ses références les travaux accomplis dans le cadre du présent contrat.

Article 11 : Juridiction compétente

Si une contestation ou un différend n'a pu être réglé à l'amiable, chaque partie demeurera maîtresse d'introduire un recours devant les juridictions compétentes du lieu d'exécution de la prestation.

Fait à LIGUGE, le 18 juillet 2017

Pour le cabinet Éthique et Qualité
31 Avenue du noyer au roy
86240 LIGUGE
Mr Michel PECHEUX

Pour l'association le Logis
6 rue du Prieuré
49570 Montjean sur Loire
Mme Marie-Josée Marchesseau