

F. Surveillance

1. Procédure de surveillance des établissements

a) Bases légales et réglementaires

- Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI – RS 831.26), du 6 octobre 2006;
- Loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH - K 1 36), du 16 mai 2003, en particulier les articles 13, 15, 17, 21, et 50 à 52;
- Règlement d'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (RIPH - K 1 36.01), du 26 novembre 2003;
- Loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), du 12 septembre 1985.

b) Instances de surveillance

La surveillance des établissements est exercée par différentes instances, conformément à leurs bases juridiques respectives.

Elle est exercée, en particulier, par les instances suivantes :

- la direction générale de l'action sociale (DGAS);
- la commission cantonale d'indication (CCI);
- le service du contrôle interne (SECI) du DEAS;
- l'office des bâtiments (DF);
- le service d'audit interne de l'Etat de Genève (SAI) ;
- l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT);
- la police du feu;
- le service de la consommation et des affaires vétérinaires;
- le service de surveillance des fondations et des institutions de prévoyance (ASFIP).

La présente directive traite du devoir de surveillance de la direction générale de l'action sociale (DGAS), chargée :

- d'exécuter la loi sur l'intégration des personnes handicapées (art. 2 RIPH);
- d'assurer la surveillance des EPH (art. 17 LIPH). Le devoir de surveillance de la DGAS est complémentaire aux contrôles prévus par d'autres législations.

Dans ce cadre, il appartient à la DGAS :

- de s'assurer régulièrement que les conditions dont dépend l'autorisation d'exploitation sont respectées. Pour cela, elle se fonde notamment sur les processus de contrôle interne des établissements, dans le domaine financier et de la qualité des prestations (art. 17 al. 1 LIPH);
- de se renseigner sur la bonne marche des établissements, l'état des personnes qu'ils accueillent et l'accompagnement dont elles bénéficient (art. 17 al. 2 LIPH);
- de statuer sur les réclamations écrites qui lui sont adressées (art. 17 al. 3 LIPH).

¹ Sont réservées les mises à jour des directives du mémento EPH du 22 décembre 2015 notamment en cas de modification du cadre légal applicable.



c) Modalités de surveillance

Les modalités de surveillance sont les suivantes :

- les visites (cf. chiffre 2 ci-après);
- la procédure en matière de conciliation et de réclamation (cf. chiffre 3 ci-après);
- la procédure de fermeture d'un EPH (cf. chiffre 5 ci-après).

2. Visites et contrôles dans les établissements

a) Préambule

La surveillance des EPH, prévue à l'art. 17 LIPH, est exercée par :

- les visites de suivi des EPH, effectuées dans le cadre de leur certification, selon le référentiel qualité² défini sous chiffre 4 ci-après³;
- le cas échéant, des visites ponctuelles des EPH, effectuées par la DGAS ou des tiers mandatés.

b) Déroulement et conditions

(1) "Visites de suivi liées à la certification qualité" : la visite est effectuée par l'organisme de certification désigné par l'établissement et doit remplir les obligations légales suivantes :

- l'organisme de certification de l'EPH est reconnu par le service d'accréditation suisse (SAS);
- la visite doit être effectuée au moins une fois par année, porter sur les conditions d'exploitation de l'art. 13 LIPH et les conditions de subventionnement de l'art. 21 LIPH. Elle doit durer au moins une journée et faire l'objet d'un rapport détaillé d'audit;
- chaque année, l'EPH concerné transmet le rapport d'audit annuel à la DGAS dès qu'il en dispose (cf. art. 12 RIPH);
- l'EPH produit une attestation de certification et le nom de l'organisme de certification;
- la DGAS se réserve la possibilité de désigner une personne chargée d'accompagner le contrôleur dans sa visite d'audit annuelle.

(2) Visites ponctuelles de la DGAS : en cas de nécessité ou en lien avec une réclamation, la DGAS peut faire une visite ponctuelle au sein de l'EPH, annoncée ou non annoncée. Le cas échéant, la procédure en matière de réclamation s'applique.

c) Compétences de la DGAS

La DGAS fait en sorte qu'il soit rapidement remédié aux éventuels points de non-conformité aux conditions d'exploitation. Demeurent réservées les mesures et les sanctions que le DEAS peut prendre pour prévenir ou faire cesser un état de fait contraire aux dispositions de la LIPH (cf. art. 50 et 51 LIPH).

² Critères de qualité requis des institutions sociales latines, validés par la CLASS le 3 février 2014

³ Les critères définis au point 4 ci-après sont obligatoires pour tout EPH titulaire d'une autorisation d'exploiter, toute autre certification en sus de celle-ci est laissée à la discrétion de l'établissement.



3. Procédure en matière de conciliation et de réclamation

a) Préambule

La loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI), du 6 octobre 2006, impose aux cantons de garantir aux personnes handicapées ou à leurs représentants légaux de pouvoir faire valoir leurs droits, en cas de litige avec un établissement, dans le cadre d'une procédure de conciliation.

La procédure en matière de réclamation et recours, prévue à l'art. 52 LIPH, est soumise à la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), du 12 septembre 1985.

b) Compétence

La DGAS est l'autorité compétente à laquelle adresser une réclamation entre une personne invalide et un établissement, lorsque la procédure interne à l'établissement n'a pas permis de résoudre le différend (article 17, alinéa 3, LIPH).

La commission cantonale d'indication (CCI) est l'autorité désignée pour mener la procédure de conciliation prévue par la LIPPI.

c) Etapes de la procédure

En cas de différend entre une personne handicapée et un établissement, les actions suivantes sont prévues :

1. une procédure interne à l'établissement : tout établissement au bénéfice d'une autorisation d'exploitation applique les critères de qualité d'accueil définis par le département. Ces critères déterminent que les établissements mettent en place une procédure interne de règlement des différends, décrite dans le contrat d'accueil passé entre l'établissement et la personne handicapée;
2. une procédure de conciliation auprès de la CCI : lorsqu'un litige n'a pas pu être réglé par la procédure interne à l'établissement, la personne handicapée ou son représentant légal peut s'adresser à la DGAS, qui transfère le dossier à la CCI pour tenter une conciliation. Dans ce but, la CCI désigne un groupe d'experts indépendants, dont la composition est déterminée selon la nature du litige;
3. une procédure de réclamation auprès du département : si la procédure de conciliation échoue, le dispositif de réclamation, décrit ci-après, est prévu.

Dans le cadre de la procédure de réclamation, on distingue deux paliers, par degrés de gravité :

- La réclamation d'importance mineure, portant sur un point technique, administratif ou comptable : elle est réglée directement entre les instances concernées, soit la DGAS et l'établissement, par lettre ou lors d'un entretien.
- La réclamation portant sur un dysfonctionnement ou un problème précis, lié aux conditions mentionnées dans l'autorisation d'exploitation délivrée à l'EPH (art. 13 LIPH) : elle est traitée selon la présente procédure.

En cas de violation supposée ou manifeste de dispositions légales, le Conseiller d'Etat chargé du DEAS saisit l'autorité judiciaire compétente. En cas d'urgence, il prend des mesures provisionnelles au sens de l'art. 50 LIPH.

d) Objet de la réclamation

- La réclamation doit être motivée et porter sur un ou plusieurs fait(s), problème(s) ou dysfonctionnement(s) précis. Elle ne peut pas être d'ordre général.
- Les réclamations portant sur des rapports individuels de travail n'entrent pas dans le champ de compétence de la présente procédure.



e) Qualité pour former une réclamation

Toute personne a qualité pour former une réclamation. Il lui est recommandé, dans la mesure du possible, de s'adresser auparavant à l'instance de recours interne de l'établissement.

f) Qualité pour être partie à la procédure

La qualité pour être partie à la procédure s'apprécie selon la loi sur la procédure administrative.

g) Conditions générales

- En principe, la réclamation doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance des événements incriminés;
- La réclamation doit être écrite (art. 17 al. 3 LIPH) et adressée à la DGAS (Boulevard Georges-Favon 26, 1204 Genève);
- La réclamation anonyme n'est pas prise en considération. Demeure réservé le devoir de surveillance du DEAS, respectivement de la DGAS, en vertu de l'art. 17 LIPH;
- Une réclamation n'entraîne pas de frais pour la personne qui l'a déposée;
- La DGAS veillera au suivi rapide de la réclamation sur le plan administratif.

h) Déroulement de la procédure

- La DGAS fait parvenir un accusé de réception à la personne qui a formé une réclamation. Si cette dernière est partie à la procédure, la DGAS lui transmet un exemplaire de la procédure en matière de réclamation ainsi que les dispositions applicables;
- Si nécessaire, un entretien de clarification est organisé entre la personne ayant formé une réclamation, la DGAS et/ou un autre service par voie de délégation et dans la mesure où il est concerné;
- La DGAS procède à l'instruction de la réclamation. A cet effet et si nécessaire, elle peut s'adjoindre des experts. Si la réclamation entre dans le champ de compétences de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, instituée par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006 (K 3 03), la DGAS transmet la réclamation à cette commission pour raison de compétence;
- La DGAS communique sa décision par écrit aux parties (soit à la personne ayant formé la réclamation si elle a qualité de partie et à la personne ou l'établissement ayant fait l'objet de la réclamation);
- Si les conclusions de l'instruction le justifient, une sanction administrative est prononcée en application des articles 50 et 51 LIPH et/ou l'établissement ou la personne concernée est enjoint de prendre les mesures correctives nécessaires.

i) Droit d'être entendu

Le droit d'être entendu est garanti aux parties à la procédure, notamment à la personne ou à l'établissement contre qui la réclamation est dirigée. Sous réserve d'un intérêt prépondérant, privé ou public, exigeant la préservation de l'anonymat de la personne ayant formé la réclamation, une copie de la réclamation est adressée soit à l'EPH, soit à la personne visée. Si l'EPH n'est pas directement mis en cause, une copie de la réclamation lui est également adressée, si cela s'avère nécessaire en raison de ses obligations découlant de la LIPH.



j) Voies de droit

Les décisions prises par la DGAS sur réclamation peuvent faire l'objet d'une nouvelle réclamation adressée par écrit au DEAS (Rue de l'Hôtel-de-Ville 14, 1204 Genève), dans les 30 jours qui suivent leur notification (art. 52 al. 1 LIPH).

4. Gestion de la qualité dans les EPH

a) Rappel

La présente directive découle des dispositions légales mentionnant l'obligation, pour les EPH, de mettre en place un système de gestion de la qualité, selon les critères de qualité d'accueil déterminés par le département, soit :

- l'article 5 al. 1 let. h de la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI);
- l'article 2 de la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques (D 1 10 - LSGAF);
- l'article 13 let. e de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (K 1 36 - LIPH).

b) Principes

- Les établissements soumis à la LIPH veillent à mettre en place un système approprié d'assurance de la qualité dans leur exploitation.
- Un certificat (par exemple ISO 9001), établi par un organe accrédité par le Service d'accréditation suisse (SAS), devra attester que les exigences de qualité énumérées à la lettre d) ci-dessous, sont remplies;
- Les établissements doivent, en outre, disposer d'un système de management de la qualité répondant aux exigences énoncées à la lettre e) du présent chapitre;
- Les nouvelles institutions devront obtenir l'attestation de leur système qualité dans l'année qui suit la délivrance de l'autorisation d'exploitation au sens de l'article 13 LIPH.

c) Remplacement de la certification OFAS AI 2000

Suite à la suppression annoncée de la norme OFAS AI 2000, les cantons membres du GT-GRAS-RPT ont élaboré des « Critères de qualité requis pour les institutions sociales latines », qui ont été validés par la CLASS le 3 février 2014. Ces critères de qualité doivent être pris en compte par les établissements dès le 1^{er} janvier 2016. Dès lors, à compter du 1^{er} janvier 2016, la certification qui remplace OFAS AI 2000 au sein des établissements (par exemple ISO 9001) doit permettre d'attester que les exigences fixées par les critères de qualité validés par la CLASS sont bien remplies.



d) Exigences qualité dans les EPH (basées sur les critères de qualité requis des institutions sociales latines, validés par la CLASS le 3 février 2014)

Domaines	Critères	Moyen de contrôle
1. GESTION		
1.1 Forme juridique et organisation	Les tâches, les responsabilités et les compétences sont documentées et clairement partagées entre les divers organes du support juridique et ceux de la direction.	Statuts, organigramme, diagramme des responsabilités
1.2 Dispositions légales	1.2.1 Les dispositions légales (lois, directives, réglementations, etc.) régissant l'activité de l'établissement sont : <ul style="list-style-type: none">- respectées par la direction et les collaborateurs-trices,- réunies dans un dossier à disposition du personnel.	Statuts, organigramme, diagramme des responsabilités
	1.2.2 Le concept de protection des données règle : <ul style="list-style-type: none">- l'accès aux données personnelles des bénéficiaires⁴ par des tiers⁵,- les droits et les autorisations de consulter,- la sécurité des données.	
1.3 Lignes directrices	Les lignes directrices décrivent : <ul style="list-style-type: none">- la mission,- les publics cibles,- les objectifs,- l'offre de prestations,- les valeurs et attitudes envers les bénéficiaires, les collaborateurs-trices et la société,- le, les modèle-s de référence fondant la prise en charge.	Projet institutionnel et projet architectural

⁴ Bénéficiaires : Résidents-es, travailleurs-euses en ateliers, personnes fréquentant un centre de jour

⁵ Tiers : Familles, représentants-es légaux-les, proches, collaborateurs directement concernés

<p>1.4</p> <p>Concept d'accompagnement</p>	<p>Le concept :</p> <ul style="list-style-type: none"> - décrit le niveau opérationnel et précise ainsi la manière dont les lignes directrices trouvent une application concrète dans la pratique professionnelle, - est établi conformément aux droits fondamentaux, - précise les modèles de référence, intégrant l'état des connaissances socio-éducatives et médicales dans les domaines concernés. 	<p>Projet institutionnel et projet architectural</p>
<p>1.5</p> <p>Droits et devoirs</p>	<p>1.5.1</p> <p>Une réglementation transparente, conforme aux dispositions légales fédérales et cantonales, définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les droits et devoirs des bénéficiaires et des tiers ainsi que des collaborateurs-trices bénévoles, - la manière dont ils sont informés de ces dispositions, - leur forme de participation. <p>1.5.2</p> <p>Le droit à l'autodétermination des bénéficiaires est défini conformément à la législation.</p> <p>1.5.3</p> <p>En atelier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les travailleurs-euses disposent d'un contrat de travail, - le système de rémunération est transparent, - la détermination du salaire s'effectue selon les mêmes principes dans toute l'institution. <p>1.5.4</p> <p>La satisfaction des bénéficiaires est évaluée.</p> <p>Les modalités de cette évaluation (contexte, domaines, périodicité, proposition d'amélioration), ainsi que l'outil adopté, sont définis.</p>	<p>Projet institutionnel</p> <p>Contrat d'accueil</p> <p>Règlement interne</p> <p>Documentation</p> <p>Barèmes de salaires / documentation</p> <p>Projet personnel</p>



	<p>1.5.5</p> <p>Les mesures de contrainte et de restriction de la liberté individuelle respectent les lois et directives en vigueur.</p>	
	<p>1.5.6</p> <p>La gestion des conflits fait l'objet d'un concept.</p> <p>Les procédures de médiation et de plainte internes sont à disposition des bénéficiaires et des tiers.</p> <p>Les références des instances de médiation et de plainte externes sont communiquées.</p>	
	<p>1.5.7</p> <p>Les représentants légaux et les proches sont impliqués dans les processus de décision.</p>	
<p>1.6</p> <p>Collaboration et communication externe et interne</p>	<p>Un concept de collaboration et de communication interne et externe définit :</p> <ul style="list-style-type: none">- la finalité,- les modalités,- les acteurs-trices concernés-es,- la périodicité,- la communication dans les situations de crise.	<p>Projet institutionnel</p>
<p>1.7</p> <p>Gestion des comportements à risque</p>	<p>Une procédure de gestion des comportements à risques potentiels des bénéficiaires, inhérents à leur problématique, règle :</p> <ul style="list-style-type: none">- les mesures de prévention,- les modalités d'intervention et de communication en cas de passage à l'acte.	<p>Documentation</p>
<p>1.8</p> <p>Analyse des risques financiers et non financiers</p>	<p>Des procédures d'analyse permettent :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'identifier les risques financiers ou non financiers,- d'en définir leurs causes,- d'en évaluer les conséquences éventuelles,- de mettre en place des mesures de prévention et d'intervention,- d'en définir les responsabilités en vue d'une amélioration.	<p>Rapport organe de révision</p>



1.9 Gestion de la qualité	Un système reconnu de management de la qualité peut être mis en place conformément aux exigences cantonales.	Documentation
1.10 Documentation	1.10.1 Tous les processus de gestion, de supports ou relatifs aux prestations font l'objet d'une documentation analysée périodiquement.	Documentation
	1.10.2 Tous les documents sont à disposition des personnes concernées et de l'autorité de surveillance.	
2. SUPPORT		
2.1 Politique du personnel	2.1.1 La politique du personnel est formalisée par : - un règlement du personnel - les documents y relatifs qui intègrent notamment les conditions d'engagement et de licenciement.	Contrat de travail Documents et formulaires de qualification Documentation
	2.1.2 L'existence d'un contrat de travail et d'un règlement précisant : - le système de rémunération, - les conditions d'accès à la formation (de base, continue) et au perfectionnement, - le système d'évaluation, - les règles relatives au respect du secret professionnel, du devoir de discrétion et des principes de l'éthique professionnelle, - les mesures de protection des bénéficiaires et du personnel face à des comportements inadéquats.	
	2.1.3 La liste des pièces requises pour s'assurer de la probité du collaborateur-trice ou du postulant-e.	



	2.1.4 Les directives relatives à la sécurité au travail.	
2.2 Descriptif de fonction	2.2.1 Le descriptif de fonction comprend : <ul style="list-style-type: none">- le profil d'exigences et les compétences requises des postes,- les définitions des tâches et des responsabilités,- la question de la suppléance.	Description des postes / cahier des charges
2.3 Financement et comptabilité	2.3.1 La gestion financière respecte les lois et les directives en matière de financement et de subvention.	Rapport organe de révision
	2.3.2 Un système de gestion et d'information permet, à intervalles réguliers, de donner une situation sur : <ul style="list-style-type: none">- la comptabilité,- le suivi budgétaire,- le budget de trésorerie,- le suivi des débiteurs et des investissements.	
	2.3.3 Une comptabilité analytique est tenue selon les exigences cantonales.	
	2.3.4 Un organisme agréé et indépendant de l'institution, de l'atelier et du centre de jour révise les comptes.	



2.4 Infrastructures et matériel	2.4.1 Les dispositions cantonales en matière de construction sont respectées.	Projet architectural - expertise du Département des finances (DF) de l'Etat de Genève
	2.4.2 L'infrastructure est adaptée aux besoins des publics cibles.	
	2.4.3 Des directives existent concernant : - l'hygiène, - la propreté, - l'élimination des déchets, - l'entretien de l'infrastructure et des installations techniques.	
	2.4.4 Une planification des investissements est établie pour la préservation et le remplacement du mobilier et de l'immeuble.	
3. PRESTATIONS		
3.1 Offre de prestations	3.1.1 L'offre de prestations est décrite de manière circonstanciée.	Documentation (programme des loisirs, horaires hebdomadaires, etc.)
	3.1.2 Elle répond aux besoins communautaires et individuels des bénéficiaires.	



3.2 Admission	3.2.1 La procédure d'admission est décrite et inclut : <ul style="list-style-type: none">- les critères d'admission et de non-admission,- les informations sociales, médicales, pénales et administratives nécessaires.	Projet institutionnel Contrat d'accueil
	3.2.2 Les bénéficiaires et les tiers sont informés du processus d'admission.	
3.3 Projet d'accompagnement	3.3.1 Un projet d'accompagnement individuel est établi et se réfère aux prestations suivantes : <ul style="list-style-type: none">- socio-éducatives,- travail / formation,- soins / santé / prévention,- hôtelières.	Projet institutionnel Projet personnel Documentation
	3.3.2 Le projet est établi avec le bénéficiaire, les proches et les représentants légaux.	
	3.3.3 Le projet définit les objectifs et les critères d'évaluation objectivables y relatifs.	
	3.3.4 Il est évalué à intervalle défini, ad minima une fois par année.	

3.4 Sortie Transfert Interruption de prise en charge	3.4.1 Les procédures de sortie, de transfert et d'interruption de prise en charge sont décrites. Elles règlent les modalités et critères y relatifs.	Projet institutionnel Contrat d'accueil
	3.4.2 Les bénéficiaires et les tiers sont informés : - des procédures et critères susmentionnés, - des sorties, transferts et/ou interruption de prise en charge.	

e) Exigences en matière de management de la qualité

Le management de la qualité (MQ) doit répondre aux exigences suivantes :

- Il est intégré dans le système de management et d'organisation. Il est décrit dans le projet institutionnel et garantit le respect des conditions de qualité requises par le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS), soit pour lui la direction générale de l'action sociale (DGAS).
- Il est axé sur les processus et favorise un développement continu de l'institution en vue d'une amélioration de sa qualité. Ce développement doit être démontré sous une forme appropriée.
- Il implique l'évaluation périodique des prestations fournies (au minimum une fois par an). Il prévoit les instruments et réglementations nécessaires à cet effet et la procédure à suivre au cas où les conditions de qualité ou d'autres objectifs en matière de qualité ne seraient pas respectées.
- Les bénéficiaires des prestations de l'institution, en particulier, sont associés à l'évaluation des prestations fournies.
- Le manuel qualité fait l'objet d'une documentation et peut être vérifié d'une manière appropriée.

5. Procédure de fermeture d'un établissement

a) Bases légales

Articles 16 LIPH et 17 RIPH.

b) Exemples de situations de fermeture

- non-respect des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation;
- sur recommandations des instances cantonales de surveillance, citées au point 1.b de la présente directive, en raison de constats relevés dans le cadre de leur surveillance;
- cessation planifiée ou brutale d'exploitation (par ex. incendie, faillite, etc.).



c) Principes à observer

- favoriser l'évolution la plus sereine de la situation;
- sauvegarder prioritairement les intérêts des personnes handicapées accueillies et veiller à ce qu'elles soient accueillies dans d'autres établissements;
- veiller à la protection des droits du personnel.

d) Modalités d'application

- éviter, autant que possible, le déplacement précipité des personnes handicapées accueillies;
- pratiquer une politique d'information transparente;
- favoriser la concertation entre les partenaires mentionnés ci-dessous;
- mobiliser l'entourage des usagers pour les éventuelles opérations de transfert;
- assurer la fermeture effective dans les 3 mois au maximum, suivant la décision de fermeture.



e) Procédure pilotée par la DGAS

- informer en temps utile les personnes handicapées accueillies et leurs familles et/ou proches. Le cas échéant, mettre à disposition une ligne téléphonique d'information à leur intention («hot line»);
- saisir la commission cantonale d'indication afin de déterminer de nouveaux lieux de vie susceptibles de répondre aux besoins des résidants;
- sous la présidence de la DGAS, constituer une cellule de crise pouvant comprendre, selon les situations, des représentants des établissements, organismes et services compétents, tels que la direction de l'établissement, les associations de parents et de proches des personnes handicapées (Insieme, Cerebral, etc.), les représentants du personnel, les syndicats, l'office cantonal de l'emploi (OCE), INSOS. La cellule de crise définit les rôles et les compétences de chacun des protagonistes;
- assurer la mise à disposition de personnes qualifiées, susceptibles d'assurer un intérim de courte durée, de manière à maintenir la qualité de la prise en charge et sauvegarder les intérêts économiques de l'établissement;
- prévoir, le cas échéant, un fonds de crise permettant d'engager les dépenses urgentes indispensables;
- procéder à l'inventaire des effets des usagers ainsi que de toutes les données concernant les personnes accueillies;
- si nécessaire, mener les opérations de transfert des usagers en veillant à la sauvegarde de leurs intérêts;
- prendre les mesures nécessaires à la protection des droits du personnel de l'établissement concerné.

