



Projet du Foyer d'Accueil Médicalisé
ADSEA 05
05000 - Gap



Frank Aimé - Consultant senior / Expert évaluateur
35 chemin de Prévarel - 38730 - Val de Virieu
frankaimeconsultantESMS@gmail.com • Tél : 06 60 60 30 09

Table des matières

1 - Elaboration du projet d'établissement du Pôle Médicalisé	7
1.1 Les bases du projet	7
1.2 La méthodologie	7
1.2.1 Les instances de travail	7
1.2.2 La démarche générale.....	7
1.2.3. Présentation des axes force du projet, facteurs clé de réussite.....	8
1.3 Présentation du projet aux instances de l'établissement.....	9
2 - L'organisme gestionnaire	10
2.1 La politique générale de l'organisme gestionnaire	10
2.2 L'organisation de l'organisme gestionnaire	11
3 - Cadre de référence, identité de l'établissement, autorisations de fonctionnement	16
3.1 Textes officiels de référence.....	16
3.1.1 Codes, lois, circulaires, règlements de référence.....	16
3.1.2 Schéma régional d'organisation sociale et médicosociale	17
3.1.3 Schéma départemental.....	17
3.2 Le fonctionnement du Foyer.....	19
3.2.1 Les autorisations et agréments du Foyer.....	19
3.2.2 Les outils de la loi 2002-2 utilisés pour l'accompagnement des résidents.....	20
3.3 L'établissement et ses missions.....	23
3.3.1 La philosophie.....	23
3.3.2 Les missions majeures.....	24
3.3.3 Présentation générale	24
4. La présentation du site	26
4.1 Description générale du ou des sites	26
4.1.1 Historique	26
4.1.2 Localisation	26
4.1.3 Vue d'ensemble de l'établissement (photographies - plans).....	27
4.1.4 Chiffres clés 2017	28
4.1.5 Financement du fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé.....	29
4.2 L'établissement dans son environnement	29
4.2.1 Ancrage dans le territoire	29
4.2.2 Ressources de proximité.....	29
4.2.3 Ressources locales de droit commun.....	30
4.2.4 Partenariats et conventions	30

5. La population accueillie	32
5.1 Les caractéristiques de la population accueillie	32
5.1.1. Répartition entres sexes.....	32
5.1.2. Répartition par âge.....	32
5.1.3. Tranches d'ancienneté	32
5.1.4. Nature de la déficience principale	33
5.1.5 Profil des résidents (capacités/incapacités)	35
5.1.6 Troubles du comportement manifestés par les publics accueillis	35
5.1.7. Données sur les admissions et sorties.....	35
5.1.8. File active	36
5.1.9 Accueils temporaires	36
5.2. Les besoins des résidents (2019-2024)	36
5.2.1. Besoins des résidents	36
5.2.2 Les besoins des résidents souffrant de troubles psychiques	38
5.2.3 L'accompagnement des résidents souffrant d'un trouble du spectre autistique	38
5.2.4 Les besoins des résidents vieillissants	41
6. Les différents accompagnements	42
6.1 Les prestations médicales	42
6.2 Les prestations à dimension thérapeutique	42
6.2.1 Suivi de santé et prévention des risques.....	42
6.2.2 L'intervention du psychologue auprès des résidents	43
6.2.3 La prise en compte des états de souffrance	44
6.2.4 L'art thérapie.....	45
6.3 Les prestations éducatives	45
6.3.1 Les prestations d'accompagnement éducatif	45
6.3.2 Les différents soutiens individuels	46
6.3.3 Les différents soutiens collectifs	47
6.3.4 Activités socio-éducatives	47
6.3.5 Activités de découverte de l'environnement et d'implication dans la vie sociale	49
6.3.6 Actions de prévention à dimension éducative.....	50
6.4 Les activités à caractère pédagogique.....	51
6.5 L'offre au niveau de l'entourage (famille, aidants) du résident	51
6.5.1 La participation et la place des familles au FAM	51
6.5.2 Pour les partenaires extérieurs.....	53
7. L'organisation interne de l'offre de service	54
7.1 Les principes d'intervention	54
7.1.1 Les droits fondamentaux de la personne accueillie	54
7.1.2 Les droits des usagers en ESMS	54
7.1.3 La promotion de la bientraitance	55
7.1.4 La prévention des maltraitances	57
7.1.5 Respect de la dignité, protection de l'intimité	59

7.1.6 Confidentialité, devoir de réserve et partage d'information.....	60
7.2 Les procédures de la structure médico-sociale	63
7.2.1 L'admission et l'accueil.....	63
7.2.2 L'élaboration et le suivi du PP - Projet Personnalisé.....	66
7.2.3 Les modalités de sortie et/ou de réorientation	68
7.3 Le dossier unique du bénéficiaire.....	69
7.3.1 Modalités de constitution et de gestion.....	69
7.3.2 Droit d'accès aux données personnelles.....	69
7.4 Infrastructure et moyens.....	70
7.4.1 Les bâtiments et équipements	70
7.4.2 La restauration.....	71
7.4.3 Le traitement du linge	71
7.4.4 L'entretien de propreté et l'hygiène	71
7.4.5 Les matériels et équipements adaptés	72
7.5 L'évaluation du service rendu	72
7.5.1 Les outils de mesure de la qualité du service rendu	72
8 - L'équipe pluri professionnelle au service du résident	73
8.1 L'organigramme du Foyer	73
8.1.1 L'encadrement de la structure en ETP.....	73
8.1.2 Ratio d'encadrement	73
8.2 Ethique et déontologie.....	74
8.3 Statuts, fonctions et rôles.....	75
8.3.1 La direction et le chef de services	75
8.3.2 L'équipe pluri professionnelle	75
8.3.3 L'accueil de stagiaires	86
8.4 Les supports de communication interne.....	88
8.4.1 Affichages	88
8.4.2 Réseau intranet.....	88
8.4.3 Charte informatique.....	88
8.4.4 Gestion documentaire	88
8.5 L'interdisciplinarité et le travail en équipe	88
8.6 Le soutien aux professionnels	90
8.6.1 Le livret d'accueil du nouveau salarié.....	90
8.6.2 L'Analyse des Pratiques Professionnelles	91
8.6.3 La politique de formation.....	91
8.7 L'entretien professionnel	92
8.8 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Carrières - GPEC.....	92
9 La sécurité et la gestion des risques.....	94

9.1 Politique générale et pilotage.....	94
9.1.1 Classification ERP	94
9.1.2 Conformité des installations.....	94
9.1.3 Le DUERP.....	95
9.1.4 Référent sécurité au travail.....	95
9.1.5 Registre des procédures.....	96
9.1.6 Les RPS et la pénibilité	96
9.2 Risques généraux.....	97
9.2.1 Sécurité alimentaire	97
9.2.2 Sécurité diurne	97
9.2.3 Sécurité nocturne	98
9.2.4 Sécurité dans les transports.....	98
9.3 Risques spécifiques.....	98
9.3.1 Risque de fugue.....	98
9.3.2 Risque de brûlure.....	98
9.3.3 Radon.....	99
9.3.4 Légionnelles	99
9.3.5 Autonomie énergétique.....	100
9.4 Plan de gestion des crises	100
9.5 Exercices et formations spécifiques.....	100
10 - Les perspectives et enjeux de l'établissement	101
11 - La démarche d'amélioration continue de la qualité	104
11.1 La démarche d'évaluation interne dans l'établissement	104
Les enjeux de la démarche.....	104
La méthodologie.....	104
11.2 Le pilotage de l'évaluation interne et de la DACQ	104
11.3 Le référentiel d'évaluation interne.....	105
11.4 La gestion des événements indésirables.....	106
11.4.1 La fiche de signalement d'un événement indésirable.....	106
11.4.2 La procédure d'analyse, de traitement et de remédiation	107
11.5 Le PACQ - Plan d'Amélioration Continue de la Qualité.....	107
11.6 Les fiches actions	107
11.7 La prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles	107
Les annexes	110
Le projet associatif.....	110
Rapport d'activité 2018	110
Fiches de poste, lettres de mission.....	110
Livret d'accueil	110
Règlement de fonctionnement.....	110
Charte des droits et libertés.....	110

Charte de la laïcité (ADSEA 05)	110
Supports des enquêtes (satisfaction, image...).....	110
Protocoles cellule de soutien psychologique.....	110
Protocoles divers.....	110
PACQ.....	110

1 - Elaboration du projet d'établissement du Pôle Médicalisé

1.1 Les bases du projet

Pourquoi et pour qui un projet pour l'établissement ?

- Pour garantir les droits des résidents
- Pour fédérer l'ensemble des professionnels intervenants (missions, valeurs, objectifs, dimensions éthiques et opérationnelles)
- Pour offrir un référentiel en interne (cadre éthique et organisationnel pour tous les professionnels)
- Pour proposer un document d'information pour les résidents et les partenaires
- Pour être un support de communication pour les autorités de contrôle et les financeurs

Le document final écrit est l'aboutissement et la formalisation d'un travail interne et collaboratif d'élaboration du projet. La démarche n'est pas figée car la richesse des échanges a été constatée et appréciée. Cela a permis de mieux comprendre, de théoriser et modéliser collectivement les idées et les pistes d'amélioration pour réussir les missions.

1.2 La méthodologie

1.2.1 Les instances de travail

- Le chef de projet : la directrice.
- Le Comité de pilotage (COFIL) est composé de la directrice, du chef de services, d'un membre du Conseil d'Administration, et de deux membres du groupe de travail

Pendant toute la durée d'élaboration et d'écriture du projet, ses attributions ont consisté à :

- effectuer le suivi du projet, l'état d'avancement, le respect du calendrier,
- décider de l'adaptation des modalités de travail : sollicitation des personnes pour la constitution des groupes de travail, cohérence des thèmes ou parties à élaborer... plus globalement s'assurer du respect du processus mis en œuvre,
- recadrer les travaux quand nécessaire,
- veiller particulièrement à la constitution cohérente, à l'architecture et à la formalisation du document dans le respect des dispositions réglementaires complétées de la commande associative,
- prioriser les thématiques à traiter,
- valider les écrits produits.

1.2.2 La démarche générale

En s'appuyant sur une démarche de **management de projet** pour :

- associer toutes les catégories de personnel,

- cadrer la démarche pour garantir son aboutissement,

Le travail a été mené sur **trois dimensions** repérées :

- *Descriptive* : ce qui existe,
- *Projective* : ce qui n'existe pas mais paraît souhaitable,
- *Stratégique* : le chemin à parcourir pour aboutir au but recherché.

	Descriptif	Projectif	Stratégique
Dimensions	Positionnement institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du public accueilli • Evolution des missions, des compétences, des coopérations 	<ul style="list-style-type: none"> • Les étapes du changement • Les moyens pour y parvenir
Finalités	Repères et dimension intégratrice pour les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution des pratiques professionnelles et de l'organisation 	

Pour favoriser la **participation** quelques formes et axes principaux ont été privilégiés :

- recherches sur l'origine et l'histoire de la structure,
- recherche documentaire, écrits déjà produits par les services,
- études de la population reçue,
- prise en compte des partenaires sur les coopérations existantes ou souhaitées.

La philosophie de la démarche vise à favoriser un questionnement depuis l'analyse de l'existant (liens avec la démarche d'évaluation interne) jusqu'à la formulation d'objectifs.

Ce questionnement s'est étendu à l'ouverture de la structure à et sur son environnement.

1.2.3. Présentation des axes force du projet, facteurs clé de réussite

- Constitution et sollicitation d'une équipe pluridisciplinaire intégrant les différents métiers de l'établissement,
- Implication de tous les membres du personnel,
- Vérification permanente de l'aspect **réalisable** du projet élaboré,
- Elaboration et construction par étapes préalablement construites et repérées,
- Référence aux recommandations de l'Anesm,
- Elaboration d'un planning calendaire de référence, comme socle du déroulement temporaire de la démarche, qui s'est construite par objectifs intermédiaires.

Le projet prend en compte deux dimensions :

- d'une part, la commande publique qu'exprime l'autorité en charge du pouvoir d'autorisation,
- d'autre part les orientations et valeurs du projet associatif dont relève l'établissement.

Les réunions

La première réunion a été organisée en février 2017. Le planning de travail a ensuite pris en considération les contraintes inhérentes au fonctionnement de l'établissement et s'est adapté à celles-ci.

Les groupes de travail

Les groupes ont été à géométrie variable dans leur constitution, leur calendrier de travail, le croisement de leur production.

Le projet devait nécessairement balayer l'ensemble des dimensions de la prise en charge des bénéficiaires concernés, sur les trois champs thérapeutique, éducatif et pédagogique.

Quand nécessaire ont été associés d'autres professionnels au groupe de travail.

1.3 Présentation du projet aux instances de l'établissement

Ce projet a été présenté en COPIL le 15 avril 2019.

Il a été présenté au CVS de l'établissement le 3 juin 2019 pour avis et présenté au Comité d'Entreprise le pour information.

Ce Projet d'Etablissement a été approuvé par le bureau du conseil d'administration le 18 juin 2019 et présenté à l'Assemblée Générale de l'Association gestionnaire le 18 juin 2019.

2 - L'organisme gestionnaire

2.1 La politique générale de l'organisme gestionnaire

Présentation de l'ADSEA 05 :

L'ADSEA des Hautes-Alpes a été créée le 18 février 1963. Son premier Président était Monsieur Hyppolyte PESSAILHAN (déclaration publiée au Journal Officiel, le 1^{er} mars 1963).

Sa dénomination de l'époque était précisément : « Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence », puisque l'objet de l'Association concernait uniquement les mineurs.

Les Etablissements et services gérés par l'ADSEA 05 sont aujourd'hui au nombre de 16 structures réparties dans le département des Hautes-Alpes.

La ventilation des places par mode de fonctionnement se fait comme suit :

- 133 places de l'Assurance Maladie : IME - MAS - FAM
- 63 places de l'Aide Sociale de l'Etat : ESAT
- 111 places du Conseil Départemental au titre de l'hébergement des personnes adultes handicapées : FDV- FH- SAVS
- 31 places et 180 mesures du Conseil Départemental pour l'enfance en danger : MECS - AEMO
- 30 mesures du Conseil Départemental pour l'accompagnement social personnalisé : MASP
- 24 places communes pour le Conseil Départemental et la PJJ au titre de la Jeunesse : CEFTP et ASE
- 30 Places en Service d'Accueil et de Mise à l'Abri pour les MNA pour le Conseil départemental.
- 15 Places pour les MNA confiés en hébergement diffus pour le Conseil départemental

Le projet associatif :

Objectifs et actions, stratégie générale de l'OG et enjeux futurs¹ :

↪ Envers la personne accompagnée :

- Permettre aux personnes d'atteindre leur autonomie, leur épanouissement et de réussir leur inclusion sociale.
- Accompagner chaque personne et ses proches à devenir des acteurs à part entière de l'élaboration de leur projet.

↪ Envers les acteurs du projet associatif :

- Améliorer la richesse des relations entre les différents acteurs et promouvoir tout type de partenariat extérieur.

↪ Envers la société :

- Contribuer à changer le regard de la société.
- Développer les stratégies de communication à destination du grand public.
- Etre à l'écoute des nouveaux besoins.
- Organiser une veille des réalités sociales et des besoins à satisfaire.
- Développer des moyens de recueil d'informations à partir des activités de l'association.

¹ Extraits du projet associatif ADSEA 05

- Saisir et susciter toute occasion de participer aux instances de concertation avec une parole organisée.
- S'impliquer dans la vie de la cité, le faire savoir et devenir un partenaire déterminant de la politique sociale et médico-sociale.
- Mettre en place des actions et une communication, destinées à faire connaître les valeurs et les réalisations de l'ADSEA 05.

Les valeurs :

- La reconnaissance des droits et devoirs de chaque personne impliquant le respect de son identité et de sa dignité comme tout citoyen.
- Le lien social, par la rencontre, la mise en commun de volontés, de compétences diverses et complémentaires, au service de cette conviction.
- L'ambition d'être une force de propositions dynamiques pour l'adaptation des politiques publiques aux besoins des personnes en difficulté.

2.2 L'organisation de l'organisme gestionnaire

Le siège social de l'ADSEA 05 existe depuis 1970. Il est habilité depuis le 1^{er} janvier 2010 car les services de tarification ont soumis son financement à l'habilitation.

Il intervient principalement dans les champs suivants : paie, comptabilité, facturation, services juridiques, formation.

L'organisation du siège social n'a qu'un but : permettre le meilleur service à l'utilisateur.

La mutualisation des moyens vise à rendre plus efficiente l'action menée. Travaillant de façon concertée, au service des établissements et services, le siège social apporte la fiabilité et la sécurité nécessaires au fonctionnement de l'Association.

Par l'organisation, les délégations, les fiches « emploi type », s'exprime la volonté que soient respectés les niveaux de décisions.

L'Association exerce le pouvoir politique et délègue aux professionnels la mise en œuvre humaine et technique.

Le siège social est implanté sur le site du Bois de Saint-Jean à GAP depuis le 5 août 2013.

Le siège, devant la complexité grandissante du droit du travail et administratif, prend en charge de plus en plus de tâches. Les projets d'évolution des établissements sont tous soumis à une intervention du siège et continuent de générer une forte activité.

Le Siège est un appui, une ressource pour les établissements et apporte à l'ADSEA 05, le support technique qui permet de sécuriser le quotidien et de construire l'avenir.

- **Le Conseil d'Administration (CA)** se réunit cinq fois par an en règle générale : la directrice générale et ses collaborateurs présentent les éléments de situation, les éléments financiers et proposent à la validation les options et les décisions stratégiques.
- **Le Bureau du Conseil** et les responsables de commissions stratégiques se réunissent au même rythme que le CA pour préparer les orientations du Conseil d'Administration. La directrice générale présente une note de synthèse sur les dossiers en cours et les événements significatifs. Le bureau peut solliciter le concours d'un directeur, du chef comptable, de la DRH ou d'un salarié spécialisé pour un sujet particulier.
- **L'Assemblée générale** se réunit au moins une fois l'an, en principe au cours du 1^{er} semestre et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'Administration ou à la

demande de la moitié de ses membres. Il y est présenté le rapport moral ainsi que le rapport financier et le rapport d'activité des différentes structures.

Relations avec les instances associatives :

La direction générale effectue en permanence le lien entre les instances associatives et les professionnels. Elle représente l'association auprès des salariés de façon formelle au travers des instances représentatives du personnel, mais aussi par ses prises de position dans les réunions de travail.

Par le travail d'explication et d'éclairage de positions qu'elle fournit, elle permet une meilleure compréhension des différents acteurs.

Le travail du binôme, Président et directrice générale, est important : il permet, d'une part, d'informer en permanence le Président et, d'autre part, que l'Association, par l'intermédiaire de son Président, soit présente dans les décisions, tout en respectant les délégations mises en place.

La directrice générale tient son autorité de l'Association et apporte toutes les explications nécessaires à la compréhension de l'exécution de sa mission. L'attention qu'elle porte à l'information du Président et des administrateurs concourt de façon importante à l'établissement de relations de confiance. Cette confiance réciproque permet à l'association de percevoir la mission de la directrice générale comme l'application de la politique définie, avec l'autonomie nécessaire.

La directrice générale et l'ensemble du personnel sont au service de la politique définie par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration :

Le conseil d'administration exerce l'autorité nécessaire, vote les budgets, les choix d'investissements et l'ensemble est réalisé en fonction de son niveau de responsabilité.

La volonté du CA est de bien différencier les champs d'intervention, il reconnaît la compétence des professionnels et n'intervient pas dans les champs relevant des activités.

L'association est présente dans les différentes instances, un administrateur représente l'ADSEA dans chaque CVS.

Les professionnels, et en premier lieu la directrice générale, connaissent le projet associatif et les valeurs de l'association. Au-delà de la représentation juridique, l'association est la représentation de la société civile, de citoyens investis dans l'aide aux personnes en difficulté.

La direction générale au service des projets associatifs :

La direction générale apporte son concours aux projets de l'association. Par sa connaissance technique, la directrice générale avec le concours des directeurs est à même de proposer des projets à l'association. La mise en œuvre du projet associatif par la direction générale se traduit par son adaptation, le suivi de sa mise en œuvre par les structures. Chaque action engagée fait l'objet d'une évaluation transmise aux instances et permet ainsi le réajustement du projet associatif.

Les sites et les établissements :

Les directions sont regroupées par Pôle :

- **Le pôle social** qui comprend 3 établissements et 2 services :
 - o Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) située à LA ROCHE DES ARNAUD et accueil modulable
 - o Centre Educatif de Formation aux Travaux Publics (CEFTP) situé à ASPRES SUR BUECH,

- Un service d'AEMO situé à GAP.
- Le SAMA ; service d'accueil et de mise à l'abri : 30 places à ROMETTE ;
- Hébergements diversifiés accueillant des mineurs non accompagnés : 15 places à GAP et VEYNES.
- **Le pôle enfance** qui comprend 2 établissements ou services:
 - Institut Médico Educatif (IME) situé à GAP,
 - Un service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) sur GAP.
- **Le pôle adultes à ROSANS** qui comprend 2 établissements et un service:
 - Foyer de vie,
 - Foyer d'hébergement des travailleurs de l'ESAT,
 - Service d'Aide à la Vie Sociale à ROSANS, SERRES, VEYNES, LARAGNE.
- **Le pôle Travail adapté** qui comprend:
 - Etablissement et service d'Aide par le Travail (ESAT) à ROSANS et la Cuisine Centrale à LE BERSAC,
- **Le pôle adultes à Gap** qui comprend 3 établissements :
 - Foyer d'Accueil Médicalisé,
 - Maison d'Accueil Spécialisée
 - Foyer de vie.

Les services supports du siège :

Le siège social a pour vocation d'assurer l'unité associative et de permettre la mutualisation de moyens administratifs, financiers et de gestion du personnel. Il applique les orientations définies par le Conseil d'Administration auquel il rend compte. Il appuie l'association dans sa démarche de projet.

La paie est réalisée exclusivement au siège social, pour tous les établissements. De plus, il a été décidé de regrouper au siège l'ensemble de la comptabilité des différents établissements. A cette fin, des personnels des établissements ont été regroupés au siège.

Ses missions principales sont :

- de veiller au respect des procédures comptables, administratives et de gestion des ressources humaines.
- la direction générale effectue le lien entre les professionnels et les instances associatives.
- le siège impulse, coordonne et met en place des projets transversaux de façon concertée.
- le siège assure une veille stratégique, réglementaire et d'évolution des besoins sociaux et les traduit dans les projets d'adaptation et de développement.
- par délégation de l'Association, la direction générale représente l'association dans différentes instances. La fonction peut être déléguée à des cadres hiérarchiques.

La gestion de la Qualité, des projets et du développement :

La politique de l'ADSEA 05 est construite autour d'axes principaux et le siège social accompagne l'association gestionnaire dans tous ses développements. La préoccupation principale est l'amélioration des conditions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge des usagers. Le siège social s'est engagé à mettre en place les éléments permettant de piloter les travaux, comité de pilotage, commissions de travail associant les bénéficiaires, leurs représentants et le personnel. Ces commissions continuent de travailler à l'élaboration des besoins et des réponses à apporter.

Le Management du Personnel : à travers son action, l'ADSEA 05 conduit une politique d'égalité de traitement des salariés dans le respect de la convention collective. Le siège social est chargé de conduire cette mission. Il organise les formations communes et des actions transversales visant à améliorer la prise en charge des personnes accueillies et la sécurité des sites. L'ADSEA favorise la mobilité en interne. Dès lors, les postes vacants sur l'ensemble des établissements et services de l'association sont systématiquement portés à la connaissance des salariés et les demandes de mutations sont soutenues.

Application de techniques de gestion et application rigoureuse du droit : le siège social veille pour le conseil d'administration à l'équilibre des budgets et charges des établissements, présente les interrogations et solutions aux problèmes de gestion et met en œuvre les décisions du CA. Par un travail en commun avec les directeurs, le siège social initie et contrôle l'application du droit des résidents, des salariés et de la bonne utilisation des fonds confiés. Pour cela, il conduit des contrôles en commun avec les directeurs, dans les établissements, facilitant un travail collaboratif en vue d'une amélioration permanente.

Les évaluations, internes et externes, sont conduites et programmées, le siège social veille au calendrier et aux résultats de ces évaluations.

Le financement de l'Association : il y a un budget par établissement, 18M d'euros de budget annuel. Chaque directeur est responsable de son budget, engage les dépenses. Les factures sont réglées par le siège. Les directeurs ont la signature sur les comptes de leurs établissements et une carte bancaire.

Les synergies entre les différents pôles : les réunions de comités de direction rassemblent la directrice générale, les directeurs, le DAF et la DRH. Elles sont programmées une semaine sur deux. L'ordre du jour est communiqué aux directeurs qui font part de leurs préoccupations qui peuvent être traitées collectivement. Elles permettent aussi de mutualiser des informations, de partager des expériences. A partir de ce comité de direction, des groupes de travail par thématiques permettent l'avancement de dossiers, de projets ou la mise en commun de recherches. Chaque réunion du comité de direction fait l'objet d'un compte-rendu sur un dossier commun direction du service informatique. Il est prévu une réunion mensuelle au minimum.

Les modalités de direction générale : management de la qualité et relations avec les partenaires et financeurs : la direction est attentive à toute plainte formulée par les bénéficiaires et leurs familles et sans se substituer aux établissements, elle veille à l'examen conduit par les établissements et s'en fait communiquer les éléments. Toute maltraitance ou défaut de bienveillance lui est communiqué avec la procédure appliquée. Ceci concerne aussi bien les actions impliquant les personnels avec les usagers que les usagers entre eux, voire tout incident lié à un dysfonctionnement matériel.

Les délégations des directeurs : la direction générale est l'acteur de l'articulation entre le politique et la technique. La directrice générale subdélègue les responsabilités et l'autorité nécessaire aux directeurs d'établissements et services. Cette subdélégation permet à chaque directeur d'avoir les moyens nécessaires à sa mission. En effet, dans le but d'un centre de décision proche de l'utilisateur, l'autonomie des établissements est réelle et traduit la volonté d'une capacité de réaction rapide et efficace permettant un suivi des situations. La coordination et le contrôle des missions de directeurs sont réalisés à travers des temps et des moyens formalisés.

Les subdélégations permettent de cerner les missions de la direction générale et des directeurs. Ils traduisent la volonté d'assurer l'autonomie nécessaire à chaque niveau mais aussi l'instauration d'un compte-rendu permettant une information en temps réel. Les délégations permettent, tant à la directrice générale qu'aux directeurs de pôles, de prendre les décisions à leur niveau en apportant les garanties nécessaires dans les engagements.

Ces délégations peuvent être adaptées en fonction de l'évolution et des besoins, elles sont incluses dans le DUD - document unique de délégations.

Les évolutions de ces documents sont communiquées aux autorités de tarification, puisqu'ils font partie du dossier d'habilitation du siège.

La direction générale confie des missions transversales aux directeurs.

3 - Cadre de référence, identité de l'établissement, autorisations de fonctionnement

3.1 Textes officiels de référence

3.1.1 Codes, lois, circulaires, règlements de référence

Les principes fondateurs des politiques d'action sociale et médicosociale et des politiques en faveur des personnes en situation de handicap se réfèrent à :

Loi du 2 janvier 2002

- « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins de tous les groupes sociaux et en particulier des personnes handicapées » (Art. L116-1 du CASF).

Loi du 11 février 2005

- « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » (Art. L114-1 du CASF).

Article L311-3 Modifié par [LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 141](#)

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

3.1.2 Schéma régional d'organisation sociale et médicosociale

Article L. 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

« Les schémas d'organisation médico-sociale, établis pour une période maximum de 5 ans en cohérence avec les autres schémas mentionnés au 2° paragraphe de l'article L.1434-2 du Code de la Santé Publique :

1. Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
2. Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
3. Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;
4. Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° paragraphe du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis à l'article L.6111-1 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1^{er} paragraphe ;
5. Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas. »²

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) 2016-2021 prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale.

Il a pour objectif d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute la région pour une réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées, et cela tout au long de son parcours en privilégiant **les prises en charge en milieu ordinaire**.

Le domaine « Personnes en situation de handicap et personnes âgées » constitue désormais l'un des 6 axes stratégiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) pour la région PACA.

3.1.3 Schéma départemental

Il est mis en œuvre par la CAF sous l'égide du Préfet (Circulaire du 22/01/2015). Son but est de réaliser un diagnostic partagé et un plan d'action concerté. Il a deux axes :

- développement des solutions d'accueil des adultes et des jeunes enfants ;
- développement du soutien à la parentalité.

² Article L. 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Gouvernance :

Un Comité de Pilotage valide les livrables et les étapes de l'élaboration des deux documents directeurs il est composé de :

* Elus du Département
* Préfet des Hautes-Alpes ou son représentant
* Direction Générale du Département et cadres désignés et concernés par la thématique
* Maire désigné par la délégation départementale de l'Association des Maires de France
* Recteur d'Académie
* Président du TGI de Gap
* Procureur de la République
* Délégué Territorial de l'ARS
* Présidente, Directeur et Directeur Adjoint de la CAF
* Président et Directeur de la MSA
* Directrice générale de la CARSAT Sud-Est
* Président et Directeur de l'UDAF

Un Comité Opérationnel vérifie les orientations du projet et le suivi de sa mise en œuvre, il est composé de :

* DGS et DGA du Département
* Directrice et Directrice Adjointe de la direction des politiques de prévention d'action sociale
* Directeur de la Direction Territoriale et Transversale de l'Action Sociale
* Cadres des Directions et des Services du Département concernés par la thématique
* Préfet des Hautes-Alpes ou son représentant
* Directeur de la CAF ou son représentant
* Directeur de la MSA ou son représentant

Méthodologie et calendrier :

- Juillet-Septembre 2016 : *phase 1* : lancement de la réflexion sur les 2 Schémas ;
phase 2 : élaboration du diagnostic
- Mars-Mai 2017 : *phase 8* : présentation des schémas aux administrateurs de la CAF, au Préfet et aux élus du Département

- 27 juin 2017 : approbation par le Conseil départemental
- Septembre 2017 : début de la mise en application des fiches actions

Le schéma départemental a des orientations communes aux schémas gérontologiques, schéma en faveur des personnes handicapées, et schéma enfance-famille pour :

- ↔ Améliorer le **parcours de vie** des personnes et les prises en charge ;
- ↔ Améliorer la **connaissance des acteurs** et renforcer le **partenariat** ;
- ↔ Améliorer les **modes d'accueil** (personnes handicapées) ;
- ↔ **Soutenir l'entourage** des personnes adultes ou enfants (aidants familiaux, soutien à la parentalité) ;
- ↔ Développer la **mutualisation**

Au niveau du département le Conseil Départemental a effectué un diagnostic. Il est à noter :

- ↔ Une augmentation des prestations accordées pour les adultes en situation de handicap.

Le vote du Schéma Départemental Unique des Solidarités (SDUS) par le département des Hautes Alpes le 27 juin 2017 est l'aboutissement d'une démarche originale menée en partenariat avec la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) des Hautes Alpes. Le SDUS vise à renforcer une offre existante ou bien à innover si des besoins ont été identifiés. Reste à développer des solutions pour les publics atypiques. Ces différentes pistes ont abouti à la définition des 23 fiches actions. Leur mise en œuvre, échelonnée jusqu'en 2021, va ainsi apporter des réponses concrètes aux besoins repérés.

3.2 Le fonctionnement du Foyer

3.2.1 Les autorisations et agréments du Foyer

Les arrêtés d'autorisation et agréments

Le 24 juin 2004, le président du conseil général informe que

«ARTICLE I : l'autorisation prévue à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles est accordée à Monsieur le Président de l'ADSEA des Hautes-Alpes, en vue de créer un Foyer d'Accueil Médicalisé sur le site de l'IME « Le Bois de Saint Jean » à Gap ».

ARTICLE II : La capacité de cette structure est fixée à 16 places, se répartissant ainsi :

Internat : 11 lits

Semi-internat : 5 places

Placement familial spécialisé »

Le 4 juin 2012, le président du conseil général accorde le changement de la capacité d'accueil avec 12 lits en internat et 4 en semi-internat. Le 2 janvier 2013, l'accord est donné pour 13 places en internat et 3 en semi-internat. Ces deux changements visent à pallier les difficultés de remplissage du semi-internat et à répondre aux besoins de la liste d'attente de personnes handicapées en internat.

Le 11 avril 2013 le conseil général accorde au FAM de fonctionner en file active pour une place du semi-internat. Cela a permis à des personnes étant suivies au centre hospitalier Buëch Durance à Laragne Montgélín de venir régulièrement en journée au FAM afin de confirmer ou d'infirmier leur orientation en Foyer d'accueil médicalisé. Pour d'autres personnes cet accueil leur a permis des moments de rupture avec l'environnement hospitalier.

A ce jour aucun résident du FAM ne bénéficie d'un accueil familial. Cela serait tout à fait réalisable en fonction des projets personnalisés des personnes accueillies.

Extrait du répertoire Finess

En France, le FINESS est le « Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux ». Ce fichier est nommé usuellement « FINESS » ou « répertoire FINESS ». Il a été mis au point et est géré par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Sa création fait suite à la circulaire DAGPB/DOMI n° 79-1 du 3 juillet 1979.

Ce fichier constitue, au plan national, la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs ; soumis à autorisation préalable en application des dispositions du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles. A chaque établissement et à chaque entité juridique est attribué un numéro FINESS à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro du département d'implantation.

Le numéro FINESS du foyer d'accueil médicalisé est : 05 000 3979.

3.2.2 Les outils de la loi 2002-2 utilisés pour l'accompagnement des résidents

Livret d'accueil

« Il est remis à la personne ou à son représentant légal, un livret d'accueil auquel sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement »³.

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à [l'article L. 311-3](#) du CASF et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans l'établissement, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil.

L'établissement travaille pour adapter le contenu, la forme et les modalités de communication du livret d'accueil en tenant compte, notamment, de leur organisation générale, de leur accessibilité et de la nature de leur activité médico-sociale ainsi que de la catégorie de personnes prises en charge.⁴

Règlement de fonctionnement

Il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale.⁵

³ Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 ; art. L-311-4 du CASF

⁴ Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 ; art. L-311-4 du CASF

⁵ Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 ; art. L-311-7 du CASF ; art. R311-33 à R311-37 du CASF

La Charte des droits et liberté de la personne accueillie

La loi du 2 janvier instaure l'obligation de remettre aux usagers ou à leur représentant légal la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Celle-ci est annexée au livret d'accueil et affichée dans l'établissement. Le texte de cette charte est celui arrêté par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique.

Les dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3 et L. 313-24 sont jointes en annexe à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations ou de services et affichées dans l'établissement.⁶

Contrat de séjour

Un contrat de séjour est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Le contenu minimal du contrat de séjour est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements, de services et de personnes accueillies.⁷

Conseil de la Vie Sociale (C.V.S) et autres instances de participation pour les résidents

Comme le dit l'ANESM, « la qualité de vie est liée à la possibilité pour la personne de s'exprimer au niveau collectif »⁸. La citoyenneté passe par la possibilité pour les personnes accueillies d'exercer leur rôle de citoyen et de ne pas être uniquement passif au niveau de leur prise en charge dans l'institution. La loi du 2 janvier 2002 indique qu'il faut « associer les personnes bénéficiaires de prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service ». Par la suite, la loi du 11 février 2005 précise que les personnes prises en charge au sein du FAM doivent avoir « accès aux droits fondamentaux reconnus à tout citoyen ainsi que le plein exercice de leur citoyenneté ».

Au sein du Pôle médicalisé, une instance de participation des personnes accueillies est mise en place au regard de la loi 2002.2 qui permet d'évoquer le fonctionnement de l'établissement : le Conseil de la Vie Sociale.

Sa tenue, trois fois par an, doit permettre l'expression des personnes handicapées accueillies dans l'établissement ainsi que celle de leur famille et permettre de les associer à l'élaboration et à la modification de fonctionnement du projet d'établissement. Il est rappelé dans le code de l'action sociale et des familles article L.311-69 que « le CVS est une instance de participation des personnes accueillies ». Dans l'article D.311-5 il est dit que « les familles sont présentes au sein du CVS en tant que représentants des familles ou des représentants légaux et non des personnes accueillies ». Les représentants des personnes accueillies peuvent, autant que de besoin, se faire assister d'une tierce personne ou d'un organisme aidant à la traduction afin de permettre la compréhension de leurs interventions (article D311-32).

⁶ Arrêté du 8 mars 2003

⁷ Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 ; art. L-311-4 du CASF ; art. D-311 à D-311-02 du CASF

⁸ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-Synthese-Qualite_de_vie_en_MAS-FAM_volet_1_-Juillet_2013.pdf

⁹ Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et autres formes de participation

Son principe de fonctionnement :

C'est un organe consultatif qui émet des avis. Il est composé de représentants des usagers, des salariés, des familles, des représentants légaux et de l'organisme gestionnaire.

Son rôle :

Le CVS a été constitué pour le pôle médicalisé, ainsi ses représentants le sont pour le FAM et la MAS. Il donne des avis et propositions sur des questions intéressant le fonctionnement de l'établissement. Ces deux dernières années les sujets abordés au C.V.S. ont été :

- l'organisation intérieure de la vie quotidienne : l'accueil des familles le week-end quand celles-ci viennent chercher un résident, la possibilité de mettre en place une sonnette, les modalités pour joindre les accompagnants, le projet d'installation de vidéosurveillance pour améliorer la sécurité des résidents la nuit.
- les activités, l'animation : l'importance d'avoir régulièrement une information sur le changement de personnel en contrat à durée indéterminée, les postes vacants, la circulation des résidents au sein de l'établissement.
- les projets de travaux et d'équipements : les aménagements des lieux communs, l'achat de meubles collectifs.
- la nature et le prix des services rendus : l'augmentation du prix des frais d'hébergement, les difficultés rencontrées en ce qui concerne la qualité du traitement du linge.
- l'affectation et l'entretien des locaux : la nécessité d'être plus attentif à certains endroits du bâtiment au niveau de l'hygiène, la nécessité de repeindre les chambres et de protéger les couloirs qui se dégradent notamment du fait du nombre croissant de fauteuils roulants sur la structure.

Commission Menus

Des commissions menus sont organisées 4 fois par an. Elles réunissent les professionnels de la cuisine centrale, des représentants de l'association, des salariés et des bénéficiaires des différents établissements de l'ADSEA 05.

Elles ont pour but d'examiner les menus des différentes saisons. Ces menus sont confectionnés par le cuisinier en lien avec une diététicienne et retravaillés avec les personnes présentes à cette commission. Ils sont adaptés au plus près aux goûts des personnes à qui ils sont destinés et aux contraintes que rencontrent les professionnels de terrain tout en respectant le plan alimentaire du GEMRCN.

La commission revient également sur les enquêtes de satisfaction remplies par les personnes accueillies à l'ADSEA lors de la dégustation des repas.

Une démarche constante de l'amélioration de la qualité est donc engagée.

Réunion des résidents au FAM.

La réunion des résidents du FAM a lieu une fois par semaine.

Cette réunion a trois objectifs principaux :

- Apporter des repères temporels et spatiaux aux résidents, pour cela nous échangeons autour du déroulement des différents évènements de la semaine.

- Avoir un espace collectif qui serve de tiers dans la relation, nous utilisons la réunion des résidents pour aborder et travailler en groupe différents aspects de la vie quotidienne.
- Proposer un temps de parole aux résidents du FAM, pour favoriser leur relation aux autres, leur participation au fonctionnement de l'établissement et l'expression de leurs choix, de leurs envies ou encore de leurs besoins.

Déroulement des réunions et personnes présentes :

Elles se déroulent dans le salon du foyer, tous les résidents et les professionnels en poste sont invités à y participer, ainsi que la psychologue, le chef de service et la coordinatrice.

Dans un premier temps nous évoquons le planning des professionnels (les absents, les présents et ceux qui vont travailler le week-end).

Dans un deuxième temps nous faisons une lecture du planning d'activité de la semaine et nous annonçons les éventuels évènements à venir (anniversaire, fête, journée exceptionnelle, etc...).

Dans un troisième temps, si un sujet de la vie quotidienne a besoin d'être abordé nous prenons un temps pour en discuter tous ensemble (ex : le respect, les règles de vie au foyer, la tenue vestimentaire adaptée à la saison, se lever à une heure raisonnable etc...).

En fin de réunion les résidents qui le souhaitent, peuvent s'exprimer -chacun à leur tour-, pour évoquer ce qu'ils veulent (demande de sortie ou d'activité, raconter le week-end, parler d'une activité, faire une demande d'achat, faire une remarque sur les repas etc...).

Un cahier de réunion des résidents retrace le contenu de ces dernières.

3.3 L'établissement et ses missions

3.3.1 La philosophie

Dans le cadre de la mission qui lui est confiée, le Pôle médicalisé de l'ADSEA agit pour :

- Le bien-être des personnes (corporel et affectif).

C'est la principale et constante action de toute une équipe. La priorité est de se soucier de « l'état de santé, l'état de souffrance » des personnes accueillies. Cela passe par le soin, mais aussi la prévention. Cette dynamique de recherche constante du « bien-être » doit être la « chape » sur laquelle repose la mission primordiale de l'établissement. Cela nécessite un investissement des personnels dans l'attention portée aux personnes pour le décodage et la compréhension des besoins, des désirs et apporter les réponses les mieux adaptées.

- Animer : communiquer la vie, rendre vivant.

Le FAM est un « lieu de vie » où l'outil principal est la relation dans les actes de chaque jour :

- relation à la personne
- relation à l'environnement
- relation à sa famille
- relation à l'extérieur de l'établissement.

Un des moyens est l'accompagnement en activité, support à la vie relationnelle. Il s'agit constamment de rechercher l'activité qui aurait un sens pour la personne par rapport à ses besoins ou sa sensibilité.

Pour l'ensemble des professionnels qui accompagnent les personnes la notion de handicap profond ne veut pas dire qu'aucune communication (voir, entendre, parler) n'est possible, l'impossibilité ou la difficulté de renvoyer une réponse ne veut pas dire que l'intéressé est dénué de toute capacité à entendre, comprendre.

Il est important dans le sens du projet d'établissement d'être vigilant sur le fait de solliciter leur sensorialité, en déclenchant le contentement, entreprendre pour provoquer de la satisfaction, du divertissement, du plaisir. Pour cela les encadrants sont forcés de propositions. L'environnement, l'ambiance ont leur importance car beaucoup sont « spectateurs » de la vie qui les entoure. « Le plus triste serait que demain ne ressemble qu'à aujourd'hui ! ». C'est pourquoi il est proposé un projet de vie adapté et évolutif qui fait le pari des aptitudes toujours à découvrir. C'est affirmer que la personne handicapée doit être respectée comme une personne, qui tire profit de la vie qui l'entoure, de l'activité de son environnement et qui a le droit de s'inscrire dans un projet de vie. Le projet personnalisé, qui passe par les actes de la vie quotidienne, est axé sur le bien-être, dans un climat de confort et de sécurité en tenant compte des demandes et des désirs, « à décoder », de la personne. Relations et animations sont les constituants fondamentaux du bien-être. Proposer un projet de vie c'est aussi l'accompagnement dans toutes les étapes de l'existence, notamment celles liées au vieillissement et à la fin de vie.

3.3.2 Les missions majeures

Le FAM constitue un lieu de vie destiné à assurer :

- les besoins courants de la vie : hébergement, nourriture, hygiène, etc...
- une surveillance médicale pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.
- un accompagnement pour effectuer les actes essentiels de la vie courante,
- la mise en œuvre des actions médico éducatives, thérapeutiques adaptées aux besoins de la personne, à ses potentialités et à son évolution physique et psychique,

Pour les personnes qu'il accueille ou accompagne, l'établissement :

- favorise, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique ;
- développe leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintient leurs acquis et favorise leur apprentissage et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnant dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ;
- favorise leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées;
- porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ;
- veille au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches ;
- garantit l'intimité en préservant un espace de vie privatif pour les internes. Les semi-internes ont une salle réservée qui leur permet un temps de transition avant de commencer leur journée avec les autres résidents.
- assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.

3.3.3 Présentation générale

Les prescripteurs du secteur du handicap, et/ou d'autres secteurs

L'autorité de contrôle et de tarification est l'ARS PACA.

Le FAM a plusieurs prescripteurs : ce sont les Maisons départementales des personnes handicapées (principalement celle des Hautes Alpes mais cela peut être aussi celles d'autres départements du territoire national) qui gèrent les dossiers et les notifications d'orientation.

Les MDPH sont en lien avec l'ensemble des acteurs du champ du handicap qu'ils soient institutionnels (ARS, Département, Mairie....) ou associatifs (établissements et services médico sociaux, Cap Emploi, associations culturelles et sportives, ...).

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ont plusieurs missions :

- Accueillir, informer et accompagner la personne handicapée afin de l'aider à réaliser son projet de vie.

- Instruire l'ensemble des demandes et les évaluer à l'aide des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE).

- Organiser et coordonner les actions en lien avec les partenaires associatifs et médico-sociaux.

Les décisions (notifications d'orientation) sont prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

4. La présentation du site

4.1 Description générale du ou des sites

4.1.1 Historique

Janvier 2000 : délibération du Conseil d'administration de l'ADSEA validant le dépôt de projet d'un foyer à double tarification (F.D.T.)

Janvier 2002 : apparition de l'appellation foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)

24 juin 2004 : arrêté préfectoral portant autorisation d'un FAM géré par l'ADSEA 05

Septembre 2010 : constitution d'un pôle médicalisé au sein de l'ADSEA regroupant FAM et MAS

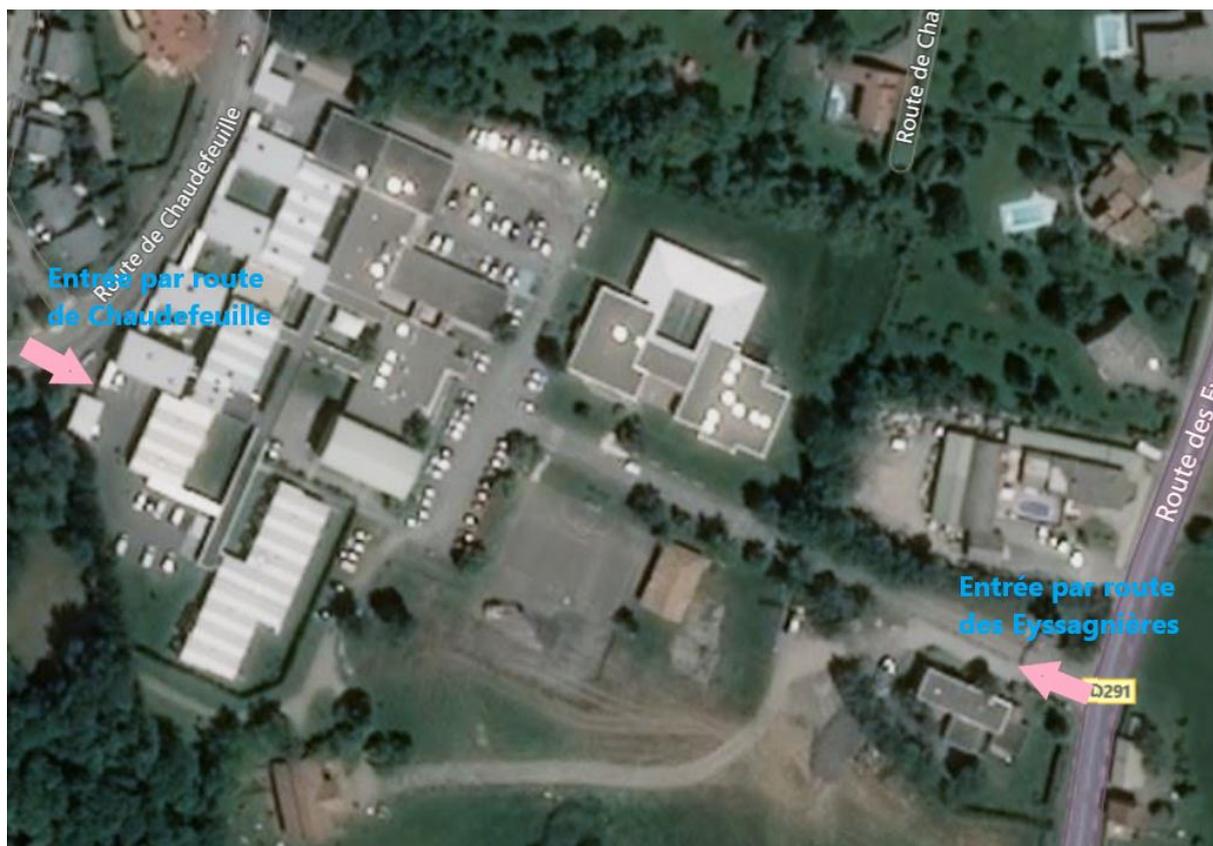
6 juillet 2011 : ouverture du FAM. Il est signalé que le décalage entre l'autorisation accordée et l'ouverture concrète de la structure vient du fait que les enfants de l'IME étaient encore occupants des locaux. De fait certains de ces enfants sont restés dans les lieux et sont devenus résidents du FAM à son ouverture.

4.1.2 Localisation

Le site du Bois Saint-Jean situé au sud de Gap accueille 4 établissements de l'ADSEA 05 : le Foyer d'Accueil Médicalisé, la Maison d'Accueil Spécialisé, l'Institut Médico Educatif et le Siège de l'association.

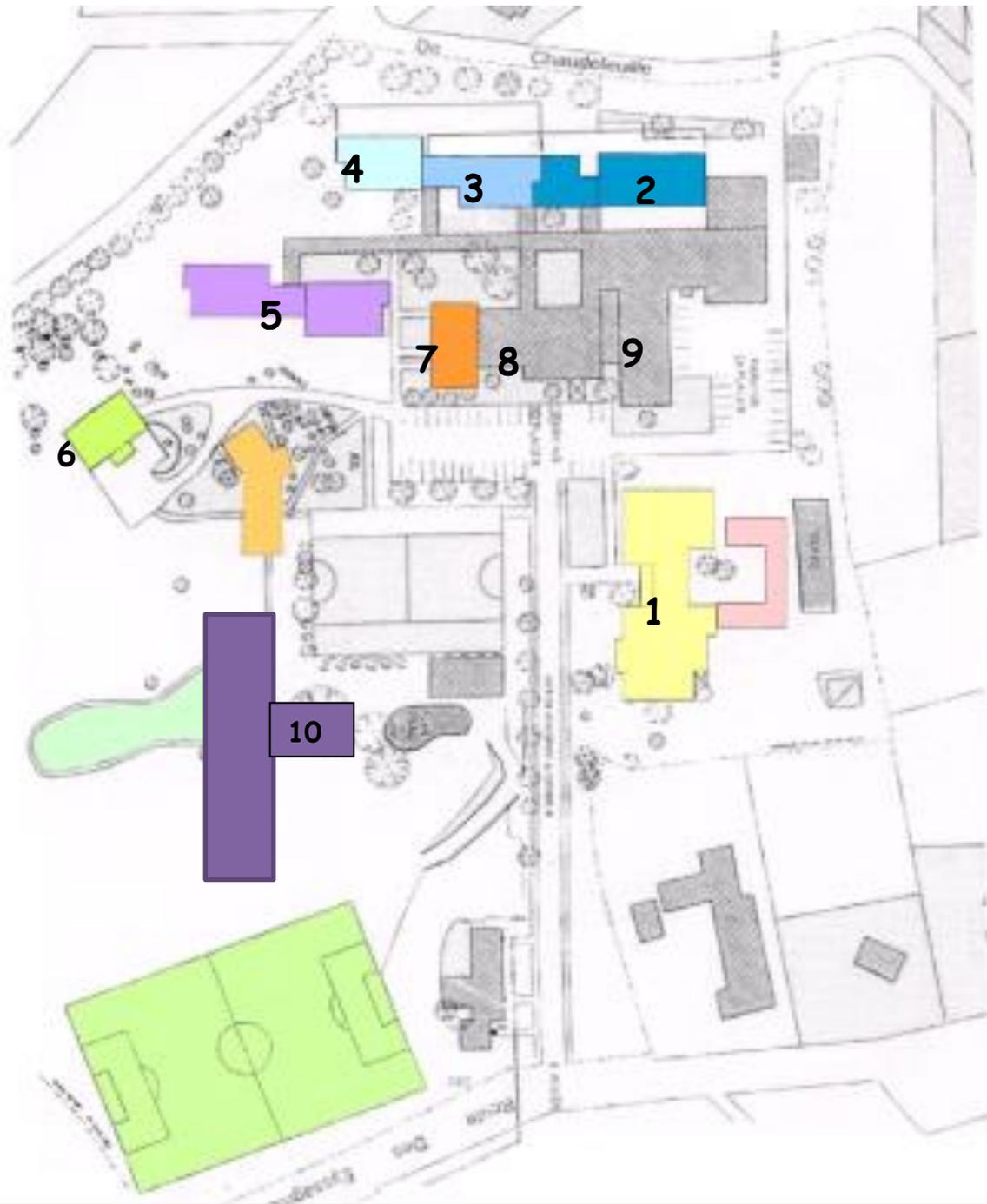
Le Foyer d'Accueil Médicalisé a une entrée partagée avec la MAS, il est localisé :

Route de Chaudefeuille
05000 GAP



4.1.3 Vue d'ensemble de l'établissement

Plan du site Saint Jean



Légende :

- 1 : Accueil de jour IME
- 2 : Internat IME
- 3 : MAS
- 4 : Accueil jour FAM
- 5 : Internat FAM

- 6 : Ferme pédagogique
- 7 : Gymnase
- 8 : Administratif
- 9 : Siège
- 10 : Foyer de Vie

4.1.4 Chiffres clés 2017

Capacité agréée : 13 personnes hébergées en internat, 4 personnes accueillie en journée dont 2 en file active

Capacité installée : 13 lits

Nombre salariés ETP : 18.816

Charges brutes de la structure 2017 : 1 315 382 €

Tarif journalier internat 2017 : 164.51 €

Tarif journalier soins 2017 : 80.36 €

Tarif journalier accueil de jour 2017 : 95.57 €

4.1.5 Financement du fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé

Le Foyer d'Accueil Médicalisé est une structure intermédiaire entre le Foyer de Vie et la Maison d'Accueil Spécialisé. Sa tarification comporte deux volets :

- L'un couvrant les frais d'hébergement à la charge de l'aide sociale départementale,
- L'autre relatif aux prestations de soins dispensés dans l'établissement, à la charge des régimes d'assurance maladie.

Trois budgets prévisionnels sont établis chaque année : un budget pour les 13 places d'internat, un budget pour les 3 places de semi-internat et un budget pour le soin concernant les 16 résidents. L'ADSEA 05 devra passer en Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en 2020 selon l'arrêté fixant la programmation pluriannuelle régionale 2017-2021 datant du 3 février 2017.

4.2 L'établissement dans son environnement

4.2.1 Ancrage dans le territoire

Le Pôle Médicalisé est composé de deux établissements : le FAM et la MAS qui sont des établissements gérés et coordonnés par l'ADSEA 05. Cette association intervient en direction des personnes en situation de handicap ou ayant besoin d'un appui particulier. Son champ d'intervention concerne prioritairement tout le département haut alpin avec une ouverture sur les départements limitrophes.

Pour le FAM 75 % de la population accueillie vient du 05, 6% du 83, 5% du 13 et 11% du 04 (chiffres de 2015).

Pour la MAS 56% de la population accueillie vient du 05, 5% du 38, 5% du 73, 29% du 13 et 5% du 30 (chiffres de 2015).

4.2.2 Ressources de proximité

Le Pôle Médicalisé est implanté dans le quartier des Eyssagnières, quartier appartenant à Gap sud, majoritairement quartier résidentiel. Nous pouvons y retrouver une école, une petite zone d'activité, une autre association accueillant des personnes en situation de handicap et des lotissements de maisons individuelles pour la plupart.

4.2.3 Ressources locales de droit commun

Le Pôle Médicalisé est implanté dans la ville de Gap, qui est la préfecture du département des Hautes Alpes (40 000 habitants). A ce titre nous y retrouvons l'ensemble des services municipaux, la préfecture, les services de transports, les logements sociaux, les services liés à la recherche de l'emploi, les services de santé, les centres culturels, les centres sportifs, les centres sociaux, etc...

4.2.4 Partenariats et conventions

Depuis son implantation sur le site de Saint Jean, le Pôle Médicalisé a su tisser de nombreux partenariats pour développer son offre de service auprès des résidents qu'il accueille.

Ainsi cette formalisation de conventions permet un lien plus direct et privilégié avec les différents prestataires. Une évaluation annuelle peut être mise en place avec une redéfinition des objectifs d'interventions.

La plupart de ces conventions ont été établies avec des prestataires opérant dans le champ du médical, paramédical, culturel ou sportif.

A ce jour le pôle médicalisé compte :

NATURE	PARTENAIRE	OBJET
Kinésithérapie	Kinésithérapeutes libéraux	Intervention en séances individuelles pour les résidents selon les prescriptions du médecin généraliste.
Médical	Maison Médicale de Garde du Gapençais	Permettre aux résidents de bénéficier de consultations non programmées. Dans la mesure du possible la MMGG s'engage à prendre le plus rapidement possible les résidents et si possible met en place des conditions d'accueil spécifiques notamment en situation d'attente des résidents.
	Hôpital à Domicile	Accompagner un résident pour lequel l'établissement n'est pas en mesure de prendre en charge les besoins nécessités par son état. Cette mise en place est nominative et sollicitée par le médecin du résident en cas de besoin.
	Médecin Généraliste	Permettre d'assurer une continuité médicale et une permanence de soins.
	Centre Hospitalier Buech Durance (FAM)	Donner la possibilité à des personnes adultes handicapées de bénéficier en complémentarité d'un lieu de vie (FAM) et d'un lieu de soin (CHBD) dans la perspective d'un accueil complet à terme dans un lieu de vie. La modalité se fait en accueil de jour.
Orthophonie	Orthophonistes libérales	Intervention en séances individuelles en cabinet pour

		les résidents selon les prescriptions du médecin généraliste.
Pédicurie Podologie	Pédicure - Podologue libéral	Intervention en séances individuelles au sein de l'établissement pour les résidents selon les indications des infirmières.
Equitation	Centre Equestre	Proposer aux résidents de bénéficier de séances hebdomadaires d'équitation. Le choix de cette activité est défini en fonction du projet personnalisé du résident.
Art-Thérapie	Art-thérapeute	Séance collectives bimensuelles dans le cadre des projets personnalisés des résidents.
Piscine	Centre nautique	Le centre nautique propose des créneaux horaires permettant aux résidents de bénéficier de l'équipement sportif. Les séances de piscine se font en lien avec les projets personnalisés des résidents.
Sport adapté	CDSA 05	Des activités et journées de sport adapté sont proposées aux résidents dans un cadre ludique. Ce partenariat ne se fait pas sous forme de convention mais les résidents adhèrent à l'association et sont licenciés.
Salle	Ville de Gap	Mise à disposition d'une salle afin d'y réaliser une activité théâtre proposée par la psychomotricienne de l'établissement.
Bibliothèque	Ville de Gap	Permettre aux résidents d'emprunter à titre gracieux des documents à la Médiathèque de Gap.
Stagiaires résidents	IME	Des conventions nominatives sont également mises en place entre l'IME et la MAS permettant à de jeunes adultes en attente de place en FAM de venir faire des stages afin de découvrir le « monde » adulte.

D'autres conventions sont établies à destination du personnel de l'établissement comme celle avec un psychologue intervenant dans le cadre de séances d'analyse de la pratique, ou encore des conventions permettant l'accueil de stagiaires professionnels ou pour chaque acte de formation.

5. La population accueillie

Généralement, les personnes accompagnées au FAM ont connu un long parcours institutionnel (depuis l'enfance). Elles ne sont pas (ou plus) en capacité de travailler, même en milieu adapté (ESAT). Elles sont, la plupart du temps, accueillies pour le restant de leur vie. Les motifs d'absence sont des retours ponctuels en famille, des séjours adaptés (vacances) ou des hospitalisations. Pour certaines d'entre elles, des réorientations vers d'autres institutions spécialisées sont nécessaires. Ces situations trouvent leurs origines dans des évolutions qui peuvent être des progressions ou des régressions.

5.1 Les caractéristiques de la population accueillie

5.1.1. Répartition entre sexes

Depuis l'ouverture du foyer, la population accueillie est majoritairement féminine.

	Nombre de femmes		Nombres d'hommes	
	Internat	Externat	Internat	Externat
Effectif	8	3	5	1
Effectif Total	11		6	

5.1.2. Répartition par âge

En 2017, la moyenne d'âge des résidents du FAM est de 37 ans. La cadette est âgée de 24 ans et la doyenne de 68 ans.

	≤ 20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	≥ 61 ans
Nombre de personnes en internat	0	5	3	2	2	1
Nombre de personnes en externat	0	1	0	2	1	0
Nombres total de personnes	0	6	3	5	2	1

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 21-30 ans.

5.1.3. Tranches d'ancienneté

La majorité des personnes accueillies au FAM l'est depuis son ouverture (8 personnes).

La moyenne de durée de séjour pour les personnes accueillies en internat est d'un peu moins de 6 ans. La personne accueillie le plus récemment, l'est depuis plus de deux ans et 3 mois.

En ce qui concerne l'externat, deux personnes ont été accueillies 3 mois après l'ouverture et les deux autres personnes le sont depuis un peu plus de 2 ans.

5.1.4. Nature de la déficience principale

Les patients accueillis au FAM présentent tous une déficience intellectuelle, plus ou moins profonde, assortie d'une altération des capacités et de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

La plupart des résidents a déjà connu un parcours institutionnel en amont de l'admission en FAM.

Les absences de la structure sont le plus souvent liées aux accueils familiaux, aux hospitalisations, aux séjours de vacances adaptés, aux séjours de rupture.

Des réorientations vers d'autres structures, médico-sociales ou hospitalières, peuvent se révéler nécessaires dans un contexte de vieillissement de la personne, d'une décompensation psychiatrique, de la survenue d'une maladie grave...

a. La déficience principale.

Définition de l'OMS de la déficience intellectuelle : «capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement.»

Le niveau cognitif de chaque résident nécessite une adaptation du mode de communication, expressif et réceptif. La répétition des actes peut permettre un certain apprentissage et un certain gain en autonomie, la présence d'un accompagnement proche n'en demeurant pas moins nécessaire.

Les origines de la déficience intellectuelle demeurent variées :

- maladies génétiques dont la plus connue reste la trisomie 21.
- accidents périnataux dont la souffrance fœtale aiguë.
- affection neurologique pré ou périnatale (méningo-encéphalite, hémorragie cérébrale).
- malformations neurologiques congénitales (agénésie, kyste...)
- encéphalopathies épileptiques.

b. Les troubles associés.

1- L'épilepsie.

L'épilepsie est une affection neurologique chronique caractérisée par des décharges excessives des neurones et traduite par des manifestations intermittentes ou crises.

La crise d'épilepsie correspond à la survenue d'une décharge brusque, excessive et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones.

Les crises d'épilepsie revêtent des aspects cliniques très divers.

Le principal traitement reste médicamenteux. Le type d'épilepsie, la fréquence des crises, la réponse au traitement, sont autant de facteurs pouvant influencer sur l'évolution, et de l'affection elle-même, et du handicap principal.

2- Les troubles psychiques.

Ces troubles affectent la sphère relationnelle et revêtent un caractère de gravité. Ils se caractérisent par une perturbation profonde de relation du sujet à la réalité et au monde environnant. Ils peuvent se révéler cause ou conséquence de la déficience intellectuelle.

La plupart du temps, le sujet évolue dans un déni de la morbidité de ses troubles. Ses attitudes et modes de relation sont empreints d'étrangeté et de bizarrerie, souvent ressentis par l'entourage avec un sentiment de malaise. En effet, les proches se trouvent dans l'incapacité de donner une explication rationnelle aux actes présentés par la personne atteinte de troubles psychiques, d'autant plus que celle-ci présente d'importantes difficultés de communication.

3- Les troubles de la sphère autistique.

Cette entité regroupe tous les troubles apparentés à l'autisme, dont la triade symptomatique demeure les troubles de la relation et des interactions sociales, les difficultés à la communication, tant expressive que réceptive, et des activités et des centres d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés. Les tableaux revêtent une grande hétérogénéité clinique et évolutive. Le niveau d'efficacité se révèle de même très variable. Divers symptômes peuvent s'associer à l'autisme, dont l'épilepsie, mais aussi une hyper-sensorialité.

Ces pathologies nécessitent une prise en charge spécifique à laquelle les professionnels se doivent d'être formés.

4- Les troubles neuromoteurs.

Ils représentent une vaste entité dans laquelle on peut isoler les pathologies orthopédiques évolutives, les séquelles d'hémiplégie, les syndromes cérébelleux...

Ils nécessitent un accompagnement spécifique, ainsi qu'une rééducation kinésithérapique intensive. Un avis ergothérapique peut également s'avérer utile, en termes d'aménagement de l'environnement ou de nécessité de matériel hautement spécialisé (fauteuil roulant, déambulateur...).

Des consultations auprès de spécialistes soit libéraux soit intervenant dans d'autres structures de soins permettent le suivi de ces pathologies.

5- Autres troubles.

D'autres déficiences peuvent s'associer à la déficience principale, la plus fréquente restant la déficience visuelle. Les troubles cardiaques séquellaires de cardiopathies congénitales apparaissent de fréquence non négligeable.

5.1.5 Profil des résidents (capacités/incapacités)

Capacités à réaliser les actes de la vie quotidienne

- Se déplacer à l'extérieur de l'établissement nécessite toujours la présence d'un professionnel
- Se déplacer dans l'institution : tous les résidents sont en capacité de réaliser seul, sans aide et sans difficulté
- Aller aux toilettes : pour beaucoup l'action est autonome et pour certains une stimulation de l'équipe est nécessaire
- Faire sa toilette - S'alimenter - S'habiller : tous les résidents ont besoin d'une présence pour ces trois actions, l'aide apportée est ajustée en fonction des capacités de chacun (aide verbale, aide physique....) qui vont d'une quasi-autonomie jusqu'à une dépendance qui nécessite des aménagements matériels et/ou une aide humaine.

Capacités fonctionnelles

Les résidents du foyer ont une capacité individuelle particulière pour :

- Avoir des relations avec leurs pairs
- Demander de l'aide si nécessaire
- Prendre des initiatives pour réaliser des activités simples
- Mémoriser des informations
- S'orienter dans l'espace (lieux connus)
- Se repérer dans le temps (avec support)
- Mener une conversation
- Comprendre une phrase simple
- Parler

5.1.6 Troubles du comportement manifestés par les publics accueillis

- Repli et apragmatisme
- Auto agressivité
- Hétéro agressivité
- Déambulation
- Angoisses diurnes et/ou nocturnes entraînant divers troubles du comportement

5.1.7. Données sur les admissions et sorties

→ Les admissions : depuis l'ouverture du foyer, 2 entrées en internat et 9 en externat (dont 2 personnes sont présentes depuis l'ouverture et 1 personne interne devenue externe).

→ Les sorties : 2 en internat et 5 en externat.

5.1.8. File active

L'agrément du FAM est de 16 personnes dont 13 en internat et 3 (2 fixes et 1 pour de l'accueil à temps partiel) en externat. Depuis le mois d'octobre 2013, l'externat (accueil de jour) se fait selon le principe de la file active. Ce fonctionnement a permis d'améliorer la capacité de l'externat et de répondre notamment à des besoins du Centre Hospitalier Buëch Durance pour l'accueil de patients hospitalisés, structure avec laquelle le FAM a construit un partenariat au fil des temps.

Cette organisation peut -dans certains cas- permettre de construire dans le temps l'accès au FAM pour une personne encore hospitalisée.

En 2017, 2 personnes ont bénéficié de l'accueil en file active.

5.1.9 Accueils temporaires

Actuellement le FAM n'a pas d'agrément pour les accueils temporaires bien qu'il y ait régulièrement des demandes notamment de la part d'établissements pour enfants (IME) pour de jeunes adultes en attente de place ou encore de la part de personnes ne pouvant plus rester en foyer de vie pour des raisons médicales. Aucune demande n'a été faite dans ce sens car les locaux actuels du FAM ne permettent pas un tel accueil (aucune chambre n'est disponible).

Actuellement dans l'attente de l'admission définitive d'un jeune adulte, une convention a été réalisée pour qu'il puisse venir en journée au FAM et passer les nuits à l'internat de l'IME. Cette situation temporaire est connue et acceptée du conseil départemental et de l'ARS.

5.2. Les besoins des résidents (2019-2024)

5.2.1. Besoins des résidents

Le projet de réforme de la tarification des établissements également appelé Serafin PH lancé en 2015 vise à élaborer un nouveau dispositif d'allocation des ressources aux établissements afin de garantir des parcours sans rupture et mieux adaptés aux besoins et attentes des personnes accueillies en établissements ou services.

Les nomenclatures dans le cadre de ce projet de réforme décrivent les besoins et les diverses prestations délivrées par les établissements en réponse à ces besoins.

Ils sont regroupés en 3 domaines :

- **La santé** qui concerne aussi bien la santé somatique ou psychique, y compris les problèmes de santé qui ne sont pas liés à la déficience de la personne
- **L'autonomie** qui regroupe la prise en charge personnelle, les relations et les interactions avec autrui ; la mobilité et la prise de décisions adaptées (sécurité)
- **La participation sociale** qui désigne l'implication de l'usager dans une situation de la vie (exercice des droits, l'exercice des rôles sociaux (le fait d'être élève, de travailler).

Sans être exhaustif, il est possible de répertorier les besoins principaux des personnes accueillies :

Besoins relatifs aux soins

- Besoin d'accompagnement total à la prise des médicaments.
- Besoin de réassurance par rapport aux soins.
- Besoin d'évaluation, de localisation et de prise en charge de la douleur.
- Besoin d'aide totale pour le suivi médical : prise de rendez-vous médicaux et accompagnement physique.
- Besoin de veille permanente (traçabilité).
- Besoin d'un réseau ou d'aménagements spécifiques pour les soins : organisation, informations des médecins.
- Besoin d'accompagnement à la prévention (éducation à la santé) et l'hygiène.
- Besoin d'adaptation de l'accompagnement en fonction de l'état de santé.

Besoins relatifs à l'accompagnement thérapeutique

- Besoin d'accompagnement dans les transitions.
- Besoin de structuration des séances.
- Besoin d'étayage de la sphère psychoaffective.
- Besoin d'aide à la gestion émotionnelle.
- Besoin d'accompagnement vers un bien-être psychocorporel.
- Besoin d'accompagnement dans la coordination, l'appréhension du schéma corporel.

Besoins relatifs à l'accompagnement social

- Besoin de reconnaissance sociale. Besoin de faire partie de la société.
- Besoin d'accompagnement pour aller à l'extérieur.
- Besoin total d'accompagnement administratif.
- Besoin total de gestion de l'argent.

Besoins relatifs à l'accompagnement éducatif

- Besoin d'une présence 24h/24.
- Besoin d'accompagnement au réveil (réveil, lever, habillage, accompagnement physique, accompagnement de la transition jusqu'au petit-déjeuner, utilisation d'objets/outils spécifiques). De même pour l'accompagnement au coucher.
- Besoin d'outils ergonomiques à table : chaises, tables, couverts, assiettes, conditionnements et places adaptés.
- Besoin d'adaptations individuelles.
- Besoin de réassurance sur la permanence de l'équipe.
- Besoin d'accompagnement spécifique à la toilette : matériel, structuration, besoin d'une présence totale, faire avec et pour eux, accompagnement total ou partiel à l'habillement (choix vêtements, habillage), petits soins du corps.
- Besoin d'accompagnement dans l'achat et l'entretien de leurs vêtements, le rangement de leur armoire.
- Besoin de planification du quotidien.
- Besoin d'accompagnement au repérage.

- Besoin d'accompagnement spécifique lors des transitions.
- Besoin d'aide à la communication (outils spécifiques).
- Besoin de structuration.
- Besoin de valorisation.
- Besoin d'accompagnement aux toilettes : sollicitation, accompagnement physique, surveillance, gestion des protections.
- Besoin d'accompagnement dans le lien familial : contacts téléphoniques, courriers, organisation de séjours.
- Besoin d'adaptation de l'accompagnement en fonction de l'état de santé.

5.2.2 Les besoins des résidents souffrant de troubles psychiques

Ces troubles affectant de manière prégnante et durable la sphère relationnelle et le mode d'adaptation à l'environnement nécessitent que le personnel encadrant soit sensibilisé à ces prises en charge singulières par le biais de formations spécifiques.

Le soin occupe une place prépondérante dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, le recours aux psychotropes s'avérant souvent nécessaire. L'infirmière a ainsi pour mission d'appliquer les prescriptions du médecin psychiatre, afin d'en garantir observance et surveillance.

Un soutien psychologique vient fréquemment compléter la prise en charge médicale.

Le partenariat avec les structures psychiatriques, notamment hospitalières, prend également tout son sens : hospitalisation lors de phases de décompensation, séjours de rupture, parfois accueil au long cours dès lors que la profondeur des troubles est jugée incompatible avec la poursuite de l'accompagnement en F.A.M.

5.2.3 L'accompagnement des résidents souffrant d'un trouble du spectre autistique

Les professionnels du pôle médicalisé s'inscrivent dans une démarche qui prend en compte les besoins des résidents qui présentent des particularités liées à l'autisme. Nous abordons la prise en charge de la personne dans son ensemble afin de pouvoir ajuster nos réponses éducatives, médicales ou thérapeutiques et sociales à ses réels besoins. Dans cette perspective, l'accent est porté sur une approche globale, qui se traduit dans la pratique par une individualisation de chaque prise en charge passant par le projet personnalisé. Des bilans trouvent un intérêt en matière de diagnostic ou d'évaluation et peuvent être diligentés auprès du Centre de Ressource Autisme.

L'accompagnement que nous proposons se compose de différents regards professionnels qui nous permettent de diversifier et enrichir les possibilités d'aide et de compréhension de la personne. De manière générale, nous souhaitons mettre à la portée des résidents, des moyens adaptés qui visent à améliorer le bien-être, le confort de vie et l'autonomie.

Nous souhaitons proposer un accompagnement qui repose sur une connaissance spécifique de l'autisme et du retard de développement qui lui est associé. Pour cela, nous nous référons à la

définition internationale, qui présente l'autisme comme un trouble envahissant du développement. L'autisme est identifié à partir de trois anomalies majeures du développement que l'on constate quotidiennement dans les comportements des résidents. Il s'agit d'une anomalie de la communication, d'une anomalie de l'interaction sociale et des comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Ces altérations s'expriment différemment dans leur forme et dans leur intensité selon le degré de sévérité du handicap.

Notre démarche de compréhension de la personne et de son handicap s'appuie sur l'observation et l'analyse du fonctionnement de chacun. C'est-à-dire, la manière singulière dont chaque personne atteinte d'autismes appréhende l'environnement et construit son rapport au monde avec les moyens dont elle dispose.

Les différents professionnels mènent leurs actions en complémentarité. Ils s'appuient sur les différents éléments permettant de comprendre les difficultés de chacun pour proposer une prise en charge individualisée spécifique et adaptée à l'autisme.

Spécificités de l'accompagnement :

Il n'existe pas de « méthode type », en raison de la diversité des formes d'expression, c'est pourquoi, l'accompagnement d'une personne atteinte d'autismes est, et doit être individualisé. La recherche a mis en évidence l'efficacité de différents programmes d'intervention issue de l'approche éducative, structurée et individualisée mettant l'accent sur l'apprentissage de capacités fonctionnelles, comme la communication et l'autonomie personnelle. Nous savons que ce type d'accompagnement peut, avec certaines personnes, influencer positivement l'évolution des troubles autistiques.

L'autisme est un handicap « envahissant » ou intrusif, c'est pourquoi l'apprentissage de capacités et de connaissances ne suffit pas. Les personnes ont également besoin d'un environnement adapté à leurs difficultés prenant en compte les difficultés de communication et d'intégration sociale. L'accent doit être mis sur la mise en place de systèmes de communication adaptés. En effet, une grande partie du langage est saisie de façon littérale, il n'est compris qu'en partie ou même pas du tout. Les formes expressives, le langage du corps et les indices sociaux sont généralement pour elles inintelligibles. C'est pourquoi les messages sont de préférence transmis de façon très concrète, en évitant le sens figuré et les surcharges verbales. Les aides visuelles, comme l'écrit, les dessins, les photos, les pictogrammes, les objets peuvent s'avérer un soutien indispensable.

L'autisme n'est pas seulement un problème de communication et d'intégration sociale. Il est aussi constitué d'un cumul de difficultés intellectuelles, sensorielles, comportementales, conceptuelles et d'organisation. Chacune nécessite attention et traitement de la part des professionnels de manière à agir sur l'ensemble du mode de vie de la personne.

Spécificités de l'accompagnement à l'âge adulte :

Le contact avec les résidents permet de mettre en évidence la persistance des dysfonctionnements spécifiques à l'autisme à l'âge adulte. Malgré les efforts de prises en charge antérieures, on observe à l'âge adulte une nécessité de maintenir un accompagnement éducatif, thérapeutique important.

Nous savons que les personnes atteintes d'autismes ont des besoins spécifiques en termes de prise en charge éducative, sociale, médicale et thérapeutique. De manière générale, nous remarquons un besoin d'évoluer au sein d'un milieu qui présente des repères stables, immuables et accessibles de préférence sur un mode visuel. Ces repères contribuent au bien-être et à la qualité de vie de chacun parce qu'ils facilitent la compréhension de l'environnement et l'adaptation de la personne.

Au sein de l'établissement nous sommes attentifs aux éléments qui favorisent la transition. Il est important de ne pas rompre le sentiment de continuité d'existence afin de ne pas créer de vide dans la représentation intellectuelle et du coup minimiser les situations d'angoisse. A l'âge adulte, nous constatons aussi que les personnes accueillies se situent toujours au sein d'un processus de développement, qui va au-delà de la période de l'enfance et de l'adolescence, mais qu'il ne comporte plus la même souplesse.

Le prendre soin de ce handicap spécifique nécessite également d'être créatif au quotidien dans l'accompagnement, de penser nos outils en terme évolutif et d'avoir une pensée réflexive sur nos pratiques.

Préconisations :

Dans cette perspective, nous devons mettre l'accent sur différents axes de travail au sein du pôle médicalisé.

Tout d'abord **l'accompagnement des professionnels**. Nous devons, face à ce handicap sévère, renforcer la cohérence de l'équipe, prévenir les risques psychosociaux et les accidents de travail et impliquer les équipes dans la formation et la recherche. Ce travail en passe par un besoin de formation afin de mettre en cohésion les connaissances de l'équipe pluridisciplinaire et parler la même langue concernant la spécificité de cette pathologie.

Aujourd'hui nous ne pouvons plus faire l'impasse sur **la mise en place d'outils spécifiques d'accompagnement** qui permettent l'acquisition de nouvelles compétences par le biais d'un accompagnement adapté. Toutefois, ces approches doivent tenir compte des besoins, des possibilités et de l'intérêt de chaque personne adulte accueillie.

Nous savons que les personnes autistes rencontrent des difficultés pour lire et comprendre les intentions et émotions des autres ainsi qu'à communiquer efficacement leurs pensées et leurs sentiments intimes. Elles rencontrent également des difficultés sur le plan de la perception sensorielle, des relations interpersonnelles et la compréhension des conventions sociales. Ces dysfonctionnements entraînent inévitablement des troubles du comportement et des répercussions importantes sur leur accompagnement au quotidien, sur l'équipe et l'environnement. Aujourd'hui il est mis un accent particulier sur **la prévention et la gestion des comportements-problèmes**. Aussi les recommandations ANESM 2017 demandent que les enjeux et les effets attendus pour les adultes autistes soient la réalisation d'une démarche d'évaluation fonctionnelle et la présence d'outils fiables de gestion des comportements-problèmes. A ce jour nous n'avons pas encore réalisé cette démarche au sein du pôle médicalisé. La préconisation serait de proposer ce travail afin de conduire une démarche globale, sur plusieurs mois, et de mettre en place pour la gestion des comportements-problèmes :

- Une démarche de prévention

- Des mesures habituelles de prévention
- Définir un plan d'intervention individualisé
- D'évaluer les ressources et les limites de l'environnement
- Préciser les modalités de gestion de l'urgence
- Etablir un plan d'intervention individualisé répondant aux caractéristiques spécifiques de chaque personne....

5.2.4 Les besoins des résidents vieillissants



Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès en matière de suivis médicaux des personnes en situation de handicap et vieillissantes, nous sommes amenés à accompagner les résidents à des âges beaucoup plus avancés de la vie.

Là encore, les formations autour de la connaissance des phénomènes liés au vieillissement et des aménagements de prise en charge ainsi induits se révèlent utiles, elles seront donc organisées dès 2018. Des modifications du cadre de vie le sont tout autant, principalement en termes d'utilisation d'un matériel adapté venant faciliter l'accompagnement ou l'autonomie au quotidien (lit médicalisé, déambulateur, siège de douche...).

Les partenariats avec les structures hospitalières sont indispensables, que ce soit dans le cadre d'une pathologie aiguë, ou de la mise en place d'un dispositif de soins spécifiques permettant le maintien de l'accueil en F.A.M (ex: Hospitalisation A Domicile).

Soulignons en cela l'importance d'un travail de sensibilisation de l'équipe pluridisciplinaire aux accompagnements de fin de vie.

Enfin, une réorientation vers un F.A.M dont la vocation serait plus tournée vers l'accueil de résidents vieillissants peut se révéler bénéfique, offrant un cadre de vie et des modalités d'accompagnement au plus près des besoins.

6. Les différents accompagnements

L'accompagnement déployé et les prestations sont intégrés dans une logique de parcours de vie. A ce titre l'Anesm souligne dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement* » que « *Le projet d'établissement constitue une ressource à un moment donné dont l'usager se saisit dans une logique de parcours* ». Dans le cadre de son accompagnement, « *l'usager est à la fois un bénéficiaire de prestations, un citoyen et un acteur de son propre parcours* ».

6.1 Les prestations médicales

Elles visent en priorité à assurer le suivi de la santé des résidents, tant psychique que somatique. Le médecin psychiatre reste le garant de l'intégrité psychique du résident. Ses actions peuvent se définir au travers de différentes modalités : suivis individuels, prescriptions médicamenteuses, accompagnements des familles.

Il coordonne également les différentes prestations soignantes : infirmières, rééducations paramédicales...et ce en lien avec le projet personnalisé du résident.

Une autre dimension consiste à lier les suivis médicaux dispensés en libéral avec les suivis réalisés au sein de la structure.

Enfin, le médecin psychiatre, par sa participation aux diverses réunions (d'équipe, de synthèse, de régulation), peut apporter aux professionnels un éclairage psychopathologique sur les troubles présentés, ainsi qu'un étayage quant à leurs pratiques.

Le médecin généraliste assure le suivi somatique des résidents, que ce soit dans le cadre de pathologies chroniques ou de pathologies intercurrentes.

Ces suivis demeurent étroitement liés aux suivis incombant au médecin psychiatre ou aux spécialistes libéraux. Les infirmières jouent un rôle prépondérant dans le tissage et le maintien de ce lien.

6.2 Les prestations à dimension thérapeutique

6.2.1 Suivi de santé et prévention des risques

Au sein du FAM, deux infirmières assurent le suivi « santé » des résidents internes et externes. Le foyer accueille une population particulièrement fragilisée par le handicap et par des pathologies chroniques associées.

* Les infirmières assurent les accompagnements médicaux des résidents. Le médecin généraliste assure en moyenne deux visites par semaine. Le rôle de L'IDE consiste à lister les personnes à voir, organiser la visite et assurer les traitements prescrits. L'IDE assure le plus souvent les accompagnements des résidents lors des consultations chez les spécialistes. Cela permet de faire le lien avec les médecins du FAM, de compléter les informations sur l'évolution du résident et de mettre en place les traitements.

* Elles organisent et dispensent les soins (prises de médicaments, petits soins divers...) gèrent le dossier médical du résident (DLU, courbe poids et constantes, calendrier des rendez-vous, lettres) ainsi que le suivi administratif (prise en charge SS et mutuelle, volet médical du dossier MDPH).

Elles sont aussi amenées à gérer des situations d'urgence, pour donner un diagnostic infirmier et décider de la conduite à tenir la plus appropriée à la situation.

* Les infirmières travaillent en lien avec l'équipe éducative, en assurant la transmission des informations médicales, pour gérer les aménagements de la prise en charge du résident en fonction des éléments de santé.

* Les infirmières sont au cœur de la coordination avec les différents intervenants extérieurs : (kinésithérapeute, pharmacien, orthophoniste, diététicienne, pédicure, orthopédiste...).

Les infirmières travaillent en relation avec les familles sur des temps où elles sont présentes sur la structure, dans la prise en compte de leurs interrogations, pour la transmission des informations à l'issue des consultations médicales et la gestion des traitements lors des séjours en famille...

L'autre volet important du suivi infirmier au FAM concerne les actions de prévention. Cela consiste à détecter, évaluer les situations à risque et à organiser l'éducation à la santé.

Des campagnes d'informations sont organisées, des protocoles sont élaborés et soumis à validation des médecins.

Exemples :

- + Lavage des mains : journée d'information pour le personnel et les résidents sous forme de jeux de pictogrammes pour prévenir la transmission des germes par les mains,
- + Hygiène bucco-dentaire : achat de brosses à dents très souples et dentifrices adaptés suite à une formation, rappel de l'importance de l'hydratation,
- + Prévention de la grippe : lettre de sensibilisation aux tuteurs, demande d'autorisation et campagne de vaccination,
- + Prévention des chutes : achat, modification du mobilier ou du matériel de locomotion, avis de l'ergothérapeute,
- + Sécurité lors des sorties extérieures : consignes à appliquer selon la météo et/ou la saison (application de crème protectrice, habillement adapté, plan canicule), lors des sorties piscine (hygiène et sécurité),
- + Respect des protocoles établis pour certaines pathologies (allergies, épilepsie...),
- + Gestion du linge sale : protocole écrit du circuit du linge,
- + Achat de matériels : rehausseur, table adaptée... qui visent à favoriser l'autonomie, l'ergonomie
- + Hygiène des locaux : produits utilisés, lavettes différentes couleurs...

6.2.2 L'intervention du psychologue auprès des résidents

La pratique clinique du psychologue s'articule à la pratique de l'équipe pluridisciplinaire, pour une orientation interdisciplinaire. Elle s'appuie sur les éléments du quotidien amenés, questionnés par les membres de l'équipe ; elle s'appuie également sur des temps passés sur les lieux de vie à la rencontre des résidents dans leur quotidien.

L'accompagnement de chaque résident se fonde avant tout sur la rencontre et sur la relation avec lui en tant que sujet, en s'adaptant à son mode de relation et de communication.

Les modalités d'accompagnement de chaque résident s'élaborent à partir d'un temps logique respectant le rythme de chacun et une attention précise aux détails affleurant de chacun :

Des temps individuels sont proposés, l'objectif étant la rencontre avec le résident dans sa spécificité : mode de relation, de retrait, utilisation de certains médiateurs et/ou objets faisant corps avec le résident ou permettant une transition à la relation, utilisation de l'objet spécifique pour travailler une possibilité d'élaboration du résident.

Des temps collectifs sont prévus, l'objectif est d'utiliser des médiateurs pour favoriser l'instauration d'un lien à l'autre, quelquefois l'objectif peut être la possibilité pour le résident de « faire trace ». Les groupes sont de petit effectif de façon à permettre une attention à chaque personne présente dans le collectif et de pouvoir soutenir les moments de rencontre qui peuvent émerger entre les résidents, entre le résident et les professionnels.

Des rencontres avec les familles, un travail de partenariat et/ou de soutien avec les familles présentes dans la vie des résidents.

6.2.3 La prise en compte des états de souffrance

Les différentes déficiences et/ou pathologies des résidents du FAM nécessitent une surveillance et une prise en charge médicale. Nous distinguons deux états de souffrance physique et/ou psychique ou psychologique.

Ces états de « mal-être » se traduisent par un changement de comportement chez les résidents (attitude inhabituelle, faciès marqué, repli, agacement, agitation, blocage, pleurs ...). C'est l'observation au quotidien de l'équipe éducative et des IDE qui permet de les repérer pour ensuite tenter d'apporter une solution.

Les souffrances physiques et/ou psychiques ne sont pas traitées de la même façon.

- La prise en compte de la douleur physique passe dans un premier temps par un questionnement et un travail avec le résident pour trouver la zone concernée (utilisation de pictogrammes : différentes zones du corps, différents visages traduisant des émotions, images de médicaments ...). Ensuite il y a un diagnostic infirmier qui est réalisé par le biais de l'observation des besoins fondamentaux (surveillance au niveau de l'élimination, vérification paramètres vitaux, prise de température, pâleur ...). Cela amène à la mise en place d'une réponse adaptée pour chaque situation. Cette dernière peut se traduire par : un protocole infirmier pour la douleur, une consultation médicale, un appel au 15 pour un avis ou encore la mise en place d'une feuille de surveillance pour permettre d'affiner le diagnostic.
- La prise en compte de la souffrance psychique ou psychologique est plus délicate à repérer. La première action lorsqu'elle se manifeste pour un résident est de trouver et de proposer une prise en charge individuelle pour canaliser les troubles du comportement ou autres manifestations si cela est nécessaire (massages, bain à bulles, balade ...). Ensuite les situations de souffrance sont traitées en réunion par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. L'objectif est de faire une analyse clinique de la situation, trouver des pistes de réflexion sur l'origine de la souffrance pour proposer une réponse la plus adaptée possible qui permette de supprimer ou d'atténuer cette souffrance. Les réponses sont très variées et adaptées à chaque problématique : prise en charge individuelle, travail autour du bien-être

et de la relaxation, mise en place d'un accompagnement particulier (ex : planning hebdomadaire individuel avec pictogrammes, visite ou appel téléphonique à la famille, mise en place d'un suivi psychologique ...).

6.2.4 L'art thérapie

Définition :

Le principe de base de l'art-thérapie permet d'accompagner les personnes dans l'expression de leurs émotions, sentiments, angoisses...sous une forme visuelle ou plastique : peinture, modelage, dessin, découpage/collage...

C'est une démarche thérapeutique qui utilise une médiation artistique ; la création est avant tout utilisée comme support d'une communication non verbale.

Les réalisations produites durant l'atelier ne sont ni jugées d'un point de vue artistique, ni interprétées d'un point de vue psychologique.

L'art-thérapeute est soumise au secret professionnel et collabore avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure.

Sur le Pôle Médicalisé :

Les séances ont lieu une semaine sur deux, dans la salle d'activités commune au pôle ; en groupe de 4 à 7 personnes environ (résidents du FAM et de la MAS confondus) avec un salarié de la MAS en accompagnement.

23 séances ont lieu sur l'année, 16 résidents en bénéficient avec un roulement du groupe trimestriellement, permettant au minimum 6 séances/résident.

Ce sont les équipes avec le coordinateur qui se chargent de la constitution des groupes en accord avec le chef de services.

Le déroulement des séances se réalise dans un cadre précis et défini afin qu'il reste contenant des émotions qui peuvent surgir mais aussi confiant et rassurant.

Les réalisations appartiennent aux résidents ; s'agissant d'un travail d'introspection, les réalisations ne sont pas destinées à être exposées.

Celles affichées dans la salle le sont avec leur accord dans un principe de valorisation de leur travail.

Le matériel fourni est simple d'utilisation et ne nécessite aucune connaissance artistique.

Au début de chaque séance, l'art thérapeute réalise un tour de table en nommant chaque résident au sein du groupe.

Puis un thème est proposé (qui n'est jamais obligatoire) et qui demande au résident, au fil des séances, de plus en plus d'implication personnelle (selon ses possibilités), en veillant à ne jamais mettre en difficulté la personne.

Les séances se déroulent en musique (musique sans paroles), ou parfois avec de l'écoute de contes, ou de la musique relaxante (en fin ou début de séance).

6.3 Les prestations éducatives

6.3.1 Les prestations d'accompagnement éducatif

L'équipe éducative est responsable de l'accompagnement quotidien des personnes accueillies de façon individuelle et collective.

Cet accompagnement débute dans les actes essentiels de la vie (repas, toilette...) et se poursuit dans toutes les activités réalisées par le résident.

L'accompagnement éducatif est organisé en fonction du projet personnalisé de chaque résident élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire, le résident (en fonction de ses capacités et potentialités) et sa famille ou son tuteur légal.

Les prestations d'accompagnement éducatif visent au maintien des acquis et au développement de nouvelles compétences. Elles cherchent à favoriser le bien-être physique et mental, ainsi qu'à favoriser la singularité de chaque résident.

L'accompagnement de chaque résident est ajusté en fonction de ses possibilités et de ses disponibilités.

6.3.2 Les différents soutiens individuels

Il s'agit de l'accompagnement personnalisé que chaque professionnel apporte à chaque résident. Il se situe dans tous les actes de la vie quotidienne, dans les activités et les loisirs. La mise en place d'outils adaptés et personnalisés à chacun favorise la communication et permet d'avoir des repères spatiaux temporels.

Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne fait partie de la prise en charge au même titre que toutes les autres activités. Elle concerne le lever, l'hygiène, la gestion de la chambre et du linge, la participation aux tâches ménagères...

L'ensemble de l'équipe participe à ces temps de la journée en respectant le cursus de l'éducation qui passe par 3 stades : faire, faire faire et laisser faire.

La prise en charge doit se révéler dynamique, respectueuse du rythme, des possibilités, des choix et des besoins de chacun. Nous devons rester vigilants afin d'éviter l'activisme. Cette prise en charge vise au maintien et au progrès de l'autonomie.

Les activités et loisirs

Le FAM propose des accompagnements privilégiés sur l'extérieur ou sur l'établissement (courses, coiffeur, jacuzzi...).

Ces temps sont organisés en fonction du projet individualisé de chaque résident. Il est nécessaire d'offrir un espace privilégié entre un accompagnant et un résident. De façon spontanée l'accompagnateur peut prendre un temps avec un résident en vue d'apaiser une angoisse, ou de favoriser un temps hors du collectif et donner la possibilité au résident de faire des choix et de s'investir dans son quotidien.

Des activités autour du bien-être sont également proposées. En effet, l'établissement propose divers espaces et/ou équipements, lesquels sont communs aux deux structures du pôle médicalisé :

- bains à bulles
- jacuzzi
- salle d'esthétique
- salle détente, sensorielle

Ces espaces permettent de travailler l'estime de soi, la détente et favorisent des temps d'échange privilégiés.

6.3.3 Les différents soutiens collectifs

La dimension collective de l'accueil peut résulter d'une indication ou au contraire, constituer une donnée de fait. Lorsqu'il s'agit d'une indication, le projet individualisé permettra de la motiver et de la personnaliser, au regard des attentes et besoins de la personne accueillie, en mettant en évidence les apports des activités de groupe et du quotidien collectif par rapport aux objectifs de la prise en charge.

Lorsque la vie en collectivité ne relève pas d'une indication et advient par défaut, l'accompagnement visera à mettre l'accent avec la personne sur :

- la vie qu'elle souhaite vivre au sein de cette collectivité ;
- ses attentes et ses besoins en matière de vie sociale et d'activités de groupe ;
- la façon dont elle peut trouver sa place au sein de la collectivité ;
- les intérêts qu'elle pourrait en tirer et les éventuels effets dynamisant pour son autonomie.¹⁰

Au sein du FAM, plusieurs temps de soutiens collectifs rythment la journée que ce soit aux moments des repas, ou encore lors de temps informels.

Les temps de repas : sont des moments de partage et d'échange. L'équipe veille au respect des différents rituels et des régimes alimentaires de chaque résident ainsi qu'aux adaptations nécessaires à effectuer selon les besoins. Ces temps permettent de structurer la journée des résidents ainsi qu'une possible participation des résidents aux différentes tâches ménagères (mettre la table, débarrasser, nettoyer la salle...).

Les temps informels : en complément de tout ce qui est organisé et planifié dans la structure, l'utilisation spontanée des différents espaces et lieux de vie permet d'offrir aux résidents la possibilité d'échanges avec les membres de l'équipe et/ou les autres résidents favorisant la socialisation ainsi que des temps de partage à tout moment de la journée.

Les animations de la vie au sein du FAM : tout au long de l'année, l'équipe propose aux résidents de fêter leur anniversaire en organisant un moment convivial autour d'un goûter.

Deux grands événements associant les familles et tout le personnel sont proposés : un pour fêter l'arrivée de l'été et un autre à Noël.

6.3.4 Activités socio-éducatives

Les objectifs des différents projets d'activités sont construits et suivis par l'équipe éducative et coordonnés par les moniteurs éducateurs en lien avec l'éducateur spécialisé et le coordonnateur.

Ces temps visent à favoriser une continuité et une progression des participants sur l'année en cours et à répondre aux objectifs du projet personnalisé.

¹⁰ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil ou de l'accompagnement » page 15 et suivantes

Activités	Fréquence	Déroulement	Objectifs
Bibliothèque	1 fois/ semaine	Chaque résident peut choisir jusqu'à 3 livres et 2 dvd/cd. Ils sont responsables de leur emprunt et peuvent les utiliser à leur guise toute la semaine et les ramènent la fois d'après.	Socialisation Responsabilisation Plaisir
Danse collective Gym douce	1 fois/mois	Mise en place par le sport adapté et commune à un autre établissement.	Lien social Tonus musculaire Ecoute
Equitation	2 fois par semaine	Séance de 2h qui comprend la préparation du cheval, le matériel et la monte ou la pratique de la calèche ceci en fonction des capacités des résidents.	Lien avec l'animal Travail sur l'équilibre Travail sur l'appréhension Pratique et apprentissage de l'équitation
Jeux sportifs	1 fois par semaine	Différents jeux ludiques et sportifs sont proposés pendant 1h au gymnase de l'établissement	Se dépenser physiquement Interaction entre les résidents
Lecture de conte	1 fois par semaine	Chaque résident y participe selon son envie et peut y proposer la lecture de ses livres empruntés à la bibliothèque	Ecoute Attention Partage
Piscine	2 fois par semaine	Sortie en petit groupe sur 2 piscines (Gap et St Bonnet)	Détente Exercice physique
Fauteuil ski	2 fois par semaine l'hiver	Activité mutualisée avec la MAS en partenariat avec le secours catholique mettant à disposition 4 bénévoles et 2 fauteuils ski + 1 fauteuil prêté par Handi sport 05	Equilibre, sensations fortes, gestion des émotions, lien social
Atelier Cuisine	1 fois par semaine	Confection d'un goûter ou d'un apéritif	Confection d'une recette Manipulation de denrées alimentaires Plaisir Motricité fine



6.3.5 Activités de découverte de l'environnement et d'implication dans la vie sociale

L'équipe éducative propose en individuel ou par petits groupes des sorties ou activités qui ont pour objectif de favoriser l'implication des résidents dans la cité et de les amener à être des citoyens à part entière.

Activité	Fréquence	Déroulement	Objectifs
Tri sélectif Recyclage papier	2 fois par semaine	Au centre de tri, dépôt des cartons, emballages et encombrants. Sur la structure, récupération des papiers à recycler dans tous les bureaux	Sensibilisation à l'écologie Implication dans la vie de la structure Notion de travail d'équipe
Randonnée/ balade	1 fois par semaine	Sortie en groupe sur l'extérieur soit en centre-ville soit en pleine nature	Convivialité Découverte de l'environnement Partage, plaisir Dépense physique
Courses	En fonction des besoins	Achat vêture, produits d'hygiène en individuel ou en petit groupe	Notion de choix Adopter une attitude adaptée aux lieux Intégration des codes sociaux Favoriser le statut d'adulte Développer l'estime de soi et valorisation

Atelier esthétique	1 fois par semaine	Se déroule soit en individuel en salle esthétique ou en groupe sur le FAM	Bien être Estime de soi Détente Sensibilisation à l'image renvoyée aux autres.
--------------------	--------------------	---	---

Ponctuellement, nous organisons ou nous participons à des activités inter structures avec différents établissements médico-sociaux des Hautes Alpes (olympiades, sélection du concours du plus beau vélo...).



6.3.6 Actions de prévention à dimension éducative

Prévention des difficultés inhérentes aux temps et situations de transition :

Afin d'éviter les blocages et de faciliter les transitions des résidents lors de départ en activité ou autre accompagnement éducatif adapté à chacun, il est mis en place :

- des supports visuels : emploi du temps individualisé à l'aide de pictogrammes ou de photos dans les chambres des résidents, time timer afin de visualiser le temps qu'il reste avant le départ, préparation des affaires adaptées (objets transitionnels) aux activités et permettant aux résidents de se projeter.
- l'appui verbal : négociation, rassurance, valorisation afin d'apaiser les angoisses liées à la transition et au changement.

Prévention du mal être et des angoisses :

Afin d'éviter les moments de mal être et d'agressivité, l'équipe respecte les différents rituels des résidents, elle peut également proposer un accompagnement individuel afin d'apaiser la personne. Des stratégies sont mises en place et adaptées à chacun afin de favoriser le bien être des résidents (objet rassurant, mise en place de support visuel comme des contrats, travail avec la famille).

L'utilisation du tiers, soit un objet soit une personne, permet de désamorcer des situations de crise. Ainsi l'équipe est consciente de l'importance du passage de relais.

Organisation de l'espace et des groupes de résidents :

L'équipe veille à ce que les individualités soient compatibles lors de la constitution de groupe d'activités, de sorties, ou de place à table. Des espaces plus calmes sont mis à disposition en vue d'apaisement.

Lien avec les IDE :

Avant toute prise de décision une validation médicale est nécessaire notamment avant de partir en activité.

6.4 Les activités à caractère pédagogique

L'équipe favorise et veille au respect des potentialités de chacun sur l'ensemble des temps et actes de la vie quotidienne au foyer. Les axes d'accompagnements -réfléchis en équipe pluri professionnelle- autour du maintien et du développement des acquis, des possibilités de découverte et d'apprentissage ainsi que des possibilités d'acquisition cognitives sont élaborés et déclinés dans le projet de vie du résident (travail autour des schémas corporels, socialisation, posture à table, apprentissage de moyen de communication adapté...).

6.5 L'offre au niveau de l'entourage (famille, aidants) du résident

6.5.1 La participation et la place des familles au FAM

La collaboration avec les familles et le maintien des liens affectifs réciproques sont des éléments essentiels du projet d'établissement du pôle médicalisé.

Si l'on pense souvent à l'attention des parents à l'égard de leur enfant devenu adulte, à leur inquiétude, au regard qu'ils souhaitent avoir sur la prise en charge, on néglige parfois le fait que l'adulte handicapé puisse avoir des désirs et ses propres sentiments sur ces liens.

En pratique, plusieurs modalités de rencontres existent :

- Les visites, les appels téléphoniques, le courrier, Skype vis-à-vis desquels le coordinateur référent aura un rôle essentiel, tant en veillant à leur régularité qu'en accompagnant l'adulte dans ce lien.
- Les sorties en week-ends et les vacances sont autant d'occasions pour le résident de retrouver les siens dans leur cadre de vie.
- Les festivités, ponctuations de l'existence, qui réunissent l'ensemble des personnes accompagnées et leurs familles dans un cadre convivial. A ce jour deux moments sont repérés : le repas de Noël et une manifestation l'été qui réunissent l'ensemble des personnes accompagnées, leurs familles, les salariés, la direction générale et des représentants de l'association.



Lors des retours en famille, il est important que le cahier de vie accompagne le résident afin de servir de lien entre l'équipe pluridisciplinaire et la famille. Une attention particulière est portée par l'équipe sur l'écriture de ce cahier. Nous prenons soin à décrire la sortie, la rencontre, l'activité ou l'évènement sans le juger ou l'évaluer. Cette démarche tend à rendre compte à la famille par le biais de photographies ou de comptes rendus de la participation de leur enfant. Ce cahier de vie est un élément essentiel de leur relation parce qu'il permet l'échange et la verbalisation entre la personne accompagnée et sa famille.

Le règlement de fonctionnement précise le rôle de chacun, les droits et les obligations réciproques. Ce règlement doit permettre aux résidents, comme aux membres de la famille de trouver un équilibre entre leurs échanges et le respect du fonctionnement institutionnel.

Les parents participent à la procédure d'admission, aux réunions de projet et aux rencontres annuelles. Ils sont concernés par la mise en œuvre du projet personnalisé en étant conviés à la réunion de remise de projet de leur enfant. Cette réunion est un espace de négociation du projet à venir où la place est laissée aux interrogations et aux propositions des parents. De part et d'autre des interlocuteurs, la démarche et les propositions sont fortes de sens dans l'intérêt du projet de vie du résident.

Dans une visée projective une réflexion est menée sur le lieu d'accueil et de rencontre des familles. Cet espace tiers permet de préserver l'espace privatif de l'ensemble des résidents. Il permet de garantir des conditions favorables à la rencontre, à l'échange du résident avec sa famille. Ce lieu se doit d'être convivial et accueillant offrant la sérénité de la rencontre.

Part des personnes ayant gardé des liens avec des proches (parents ou famille)	100 %
<u>Parmi ces personnes</u> , part de celles qui retournent en famille pour certains WE ou vacances	77 %

Les familles des résidents accueillis sur le FAM sont assez présentes. Le travail en partenariat avec elles est favorisé et développé par différents supports de communication.

Ainsi, chaque résident a un cahier de liaison dans lequel diverses indications sont rédigées par l'équipe et avec lequel il part en famille. Celui-ci permet de donner des informations sur le déroulement de la semaine mais aussi des informations médicales. La famille le remplit également afin d'informer l'équipe sur le déroulement du week-end ou des vacances.

De plus, un planning téléphonique est mis en place pour que les résidents puissent appeler leurs familles (parents, fratrie,...) tout au long de la semaine généralement en fin de journée. Les parents ont également la possibilité d'appeler le chef de services, la coordonnatrice ou l'équipe éducative quand ils en ont besoin.

Les résidents ont la possibilité de recevoir du courrier (cartes postales, colis) au FAM. Ils peuvent également en envoyer lorsqu'ils le veulent.

La communication par mails est aussi développée. Celle-ci permet d'échanger facilement des photos.

La mise en place de Skype permet également de faciliter les échanges familles/résidents.

Afin de permettre la visite des résidents à leur famille, des moyens de transports sont mis en place (taxis pris en charge par le bénéficiaire).

Des temps festifs sont également mis en place, ceux-ci permettent à tous de se retrouver dans un autre environnement et favorisent les échanges.

Les visites sont autorisées dans le respect de certaines règles comme le fait de prévenir l'établissement et que cela ne gêne pas le déroulement du service.

6.5.2 Pour les partenaires extérieurs

Partenaires d'activités extérieures

Les résidents sont toujours accompagnés par un professionnel afin de faire le lien, d'éviter les incompréhensions et d'adapter au mieux ces activités. Un bilan annuel est réalisé entre les prestataires et la coordinatrice du foyer.

Partenaire centre hospitalier spécialisé

Pour certains patients du CHS, accueillis en journée au FAM, des réunions annuelles sont réalisées afin de valider un projet de vie et d'accompagnement commun aux deux structures.

Le lien est maintenu par des contacts téléphoniques et un cahier de liaison permet le suivi quotidien.

7. L'organisation interne de l'offre de service

7.1 Les principes d'intervention

7.1.1 Les droits fondamentaux de la personne accueillie

L'accueil dans les ESSMS se fonde sur le respect du droit des personnes. La loi du 2 janvier 2002 a notamment réaffirmé les droits des personnes accueillies au même titre que ceux dévolus à tout citoyen. Elle souligne en particulier l'application des droits fondamentaux de la personne humaine tels qu'énoncés dans le Code civil¹¹ :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité »

Les ESSMS ont alors pour mission la mise en œuvre et la promotion du droit des personnes handicapées favorisant ainsi pour eux-mêmes et pour l'ensemble de la société la reconnaissance de leur place dans l'espace social.

7.1.2 Les droits des usagers en ESMS

L'accueil dans les ESSMS se fonde sur le respect du droit des personnes en tant qu'usagers : *« dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, sont assurés à l'utilisateur »*¹² :

- « Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé.
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.
- La confidentialité des informations la concernant.
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires.
- Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition.
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

Ces droits instaurent un nouveau cadre de relations à l'utilisateur et à ses représentants légaux dans les ESSMS qui ne se réduit pas à de simples formalités mais relève d'une « reconnaissance positive »¹³

¹¹ Articles 9 et 16 du Code civil

¹² Loi du 2 janvier 2002

¹³ Elisabeth ZUCMAN : La loi de rénovation de l'action sociale au quotidien – CREAI Rhône-Alpes 2005

de la place et des capacités des personnes accueillies qu'il s'agit de promouvoir à travers le projet de l'établissement ou du service.

7.1.3 La promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance vise à instaurer dans l'établissement une attention continue à la qualité de l'accueil, des accompagnements et de la relation d'aide en conservant une vigilance quant aux risques (maltraitance) et en équilibrant les interventions entre la nécessaire prise de risque et la sécurité des personnes.

Cette démarche s'appuie sur un certain nombre de principes fondamentaux rappelés dans la recommandation cadre de l'Anesm sur les bonnes pratiques professionnelles en matière de Bientraitance¹⁴.

- Développer une attention permanente : « au respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité » ;
- Développer « une posture professionnelle, une manière d'être, d'agir et de dire soucieuse de l'autre » ;
- Etre attentif au « choix que l'utilisateur exprime concernant le lieu, le rythme et les modalités de vie qu'il privilégie sur les autres » ;
- S'assurer que « les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes » ;
- Développer « une réflexion collective sur les pratiques pour une prise de recul régulière des professionnels » ;
- Instaurer « une dynamique qui appelle de la part des professionnels, des usagers et de leurs proches une réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné ».

Le projet d'établissement s'inscrit complètement dans les exigences de la loi du 2 janvier 2002. La bientraitance passe par une vigilance permanente de tous les professionnels qui interviennent.

La bientraitance englobe tout ce qui favorise l'épanouissement de la personne, s'adapte à ses besoins divers (psychologiques, physiologiques, affectifs, etc...) et permet un développement harmonieux.

La bientraitance impose :

- un ensemble de comportements, d'attitudes respectueuses de la personne,
- la recherche d'un environnement adapté,
- l'exigence de professionnalisme.

La bientraitance renvoie à l'idée de progrès, de recherche permanente du mieux-être des personnes accueillies, de pratiques professionnelles reposant sur une éthique personnelle forte.

La promotion de la bientraitance vise à instaurer dans l'établissement une attention continue à la qualité de l'accueil, des accompagnements et de la relation d'aide en conservant une vigilance quant aux risques (maltraitance) et en équilibrant les interventions entre la nécessaire prise de risque et la sécurité des personnes.

¹⁴ ANESM : *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »*. Page 14 et 15

La bientraitance passe par la communication : une présentation aux personnels du protocole de signalement de l'ARS a été distribuée à chaque salarié du Foyer ; tous les éducateurs ont le dépliant et le téléphone affiché « Allo maltraitance 3977 ». Les professionnels sont les garants du déploiement de la démarche de bientraitance dans le respect des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Ils contribuent à la politique de prévention de la maltraitance.

Le comité de vigilance :

Au niveau de l'association gestionnaire, il a été créé un comité de vigilance « bientraitance » auquel participent l'ensemble des cadres de direction, des chefs de services et des référents « bientraitance ». Trois ou quatre réunions se tiennent chaque année.

Au cours de ces réunions, un point sur les signalements ou informations préoccupantes est systématiquement effectué. Les travaux déjà réalisés par le comité sont les suivants :

- mise en place des référents « bientraitance »,
- définition du rôle du référent « bientraitance »,
- diffusion d'un protocole de signalement à l'ensemble des salariés en poste et donné de façon systématique à l'embauche,
- rédaction et diffusion d'une grille d'auto-évaluation auprès des salariés,
- création d'un dossier commun « bientraitance » installé sur un serveur informatique et accessible aux cadres de direction. Il comporte les outils communs sur la thématique de la bientraitance (recommandations, publications, protocoles...),
- une formation de sensibilisation à la bientraitance à l'attention de tous les salariés de l'ADSEA est dispensée au sein de l'association. Cette formation a commencé en 2013 et sera encore poursuivie afin que tous les salariés de l'association puissent en bénéficier. Ce travail se place dans le cadre d'une démarche continue. D'autres formations sur cette thématique seront proposées au cours des prochaines années. Une formation à l'attention des référents « bientraitance » a été organisée depuis 2015,
- un travail sur l'élaboration d'un document unique des risques liés à la maltraitance a commencé. Le document sera adapté en fonction des particularités de chaque établissement.

Au sein de l'établissement, le directeur et le chef de services restent vigilants sur la prévention des risques liés à la maltraitance et aux événements indésirables. Le protocole de « signalement de situation de maltraitance » a été transmis et expliqué au cours d'une réunion générale en avril 2014. Ce sujet peut être évoqué lors des différentes réunions, en lien avec la pratique professionnelle et aux différentes attitudes de chaque salarié. Des interrogations surgissent face à certaines situations rencontrées avec le résident. L'établissement s'efforce de transmettre des informations nécessaires destinées aux professionnels. Une réunion clinique a lieu chaque semaine co-animé par la psychologue, le médecin, le chef de service afin d'analyser et comprendre les situations et comportements, les attitudes à adopter et les outils à mettre en place.

Le référent bientraitance

Le rôle du référent « bientraitance » au sein des établissements de l'ADSEA 05 a été clairement établi en novembre 2014 et le document communiqué par l'intermédiaire du dossier commun « bientraitance ». Le directeur nomme un référent par établissement après appel à candidature. « Le référent représente une personne ressource et il est le garant du déploiement de la démarche de bientraitance dans le respect des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Il contribue à la politique de prévention de la maltraitance ».

Ses principales missions sont inscrites dans la fiche « Rôle du référent bientraitance » disponible dans le dossier commun « Bientraitance » installé sur le serveur ADSEA et à la disposition de tous les cadres de l'association :

- appropriation et diffusion des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM auprès des autres professionnels,
- animation et diffusion de la culture de la bientraitance, sensibilisation des équipes,
- participation à la prévention de la maltraitance (connaissance du protocole de signalement, élaboration du Document Unique d'Evaluation des Risques de Maltraitance).
- contribution à l'amélioration des pratiques professionnelles,
- mission de vigilance et d'alerte en cas de situation à risque ou de dysfonctionnement dans un établissement,
- participation ponctuelle aux réunions avec le cadre de l'association et notamment aux comités de suivis des situations de maltraitance,
- élaboration d'une charte sur la bientraitance,
- mission de veille sur les dispositifs, textes de lois ou expérimentations dans d'autres établissements.

7.1.4 La prévention des maltraitances

La sécurité, la protection des personnes et la prévention des risques liés à leur situation de vulnérabilité est un des droits fondamentaux des personnes et une des priorités des politiques d'action sociale et médico-sociale. C'est aussi là que réside une des tensions fortes de l'accompagnement, à savoir l'équilibre entre autonomie et protection.¹⁵

La prévention et le traitement des maltraitances et la promotion de la bientraitance est un des enjeux de cette politique. Elle se réfère aux risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes, à la nature des métiers de l'action sociale et médico-sociale impliquant une relation d'aide, à la logique institutionnelle des accompagnements¹⁶.

Elle s'appuie sur une définition de la maltraitance issue du Conseil de l'Europe (1987) et reprise par l'ANESM¹⁷ selon laquelle la maltraitance relève de faits de négligence (c'est-à-dire du défaut de subvenir aux besoins des personnes) autant que d'actes volontaires¹⁸.

¹⁵Instruction ministérielle N°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

¹⁶ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement des maltraitances ». Page 10

¹⁷ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement des maltraitances ». Page 11

La responsabilité de l'établissement est de mettre en œuvre un dispositif global d'identification, de prévention, de traitement et d'analyse de tous les risques et en particulier des risques de maltraitance. Il lui appartient également de mettre en place un dispositif de signalement des faits de maltraitance¹⁹.

L'établissement a mis en place une démarche de repérages des risques de maltraitance et d'amélioration des pratiques de bientraitance (identification des facteurs de risques, recherche des solutions, mise en œuvre et évaluation des solutions).

L'ADSEA a lancé une démarche transverse à l'ensemble des établissements : un groupe de travail composé des référents « bientraitance » qui sont des professionnels issus des équipes, formés sur la question éthique des éventuelles situations de maltraitance institutionnelle, se réunit régulièrement. Un référentiel a été produit dont le but est de faire émerger des actions à mettre en place et définir un plan de prévention. Les cadres de direction participent à ce groupe de travail. Ce groupe de travail a travaillé aussi à la création d'un document unique des risques de maltraitance. Il a été élaboré à partir d'un guide du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

L'objectif est d'élaborer un outil d'évaluation avec les mesures préventives sur les risques liés aux conditions d'organisations, d'installations, de prises en charge qui seront abordées et adaptées aux établissements.

Des séances d'analyse des pratiques sont organisées permettant d'évoquer des situations professionnelles et ainsi d'accompagner la prévention contre la maltraitance.

Lorsqu'il y a suspicion de maltraitance sur un usager, une note d'incident est demandée par la direction à l'équipe éducative et la psychologue et/ou le médecin psychiatre reçoit l'usager en individuel afin de joindre un avis écrit sur l'état de l'usager, les faits et les conséquences psychiques liées à cet état de maltraitance. Un avis médical peut être apporté en complémentarité du compte-rendu.

La procédure de signalement

L'établissement dispose d'un « protocole » interne précisant la conduite à tenir en cas d'actes de maltraitance au sein de la structure.

Ce document a été élaboré et validé au sein du comité de vigilance. La procédure est disponible dans le dossier commun « Bientraitance » installé sur le serveur ADSEA et à la disposition de tous les cadres de l'association. Ce document a été diffusé auprès des familles et de l'ensemble du personnel de l'association. Il est en effet indispensable de faciliter la détection précoce des situations à risque afin de prévenir la maltraitance et de développer la bientraitance. Le contenu de ce document

¹⁸ La maltraitance est définie comme : « tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Elle résulte de : « violences physiques ; violences psychiques ou morales ; violences médicales ou médicamenteuses ; négligences actives ; négligences passives ; privation ou violation de droits ; violences matérielles et financières ».

¹⁹ Cette obligation relève pour partie des dispositions du code pénal relatives notamment à « l'obligation de porter secours » (art. 223-6 du Code pénal), à « l'obligation de signaler les mauvais traitements sur personne vulnérable » (art. 434-3 du Code pénal).

décrit la marche à suivre (Pourquoi signaler, qui signale, que faut-il signaler, quand signaler, comment signaler, à qui signaler), la communication et la protection des personnes.

7.1.5 Respect de la dignité, protection de l'intimité

La chambre

L'espace personnel constitue une référence, un outil de construction d'un monde à soi et, pour certains, un outil de construction personnelle. Cet espace vital permet notamment d'être seul.

Pour les personnes adultes accueillies l'espace « physique » personnel est constitué d'une chambre/logement individuel, ou double pour les couples.

Pour marquer le caractère privatif de la chambre/logement différentes dispositions sont mises en œuvre :

- les patronymes des personnes accueillies ou, selon les cas, un signe de reconnaissance (prénom, photo, pictogramme) sont apposés sur les portes des chambres/logements,
- la personne en possède la clef, sauf lorsque cette disposition est inadaptée à ses difficultés et limitations,
- les professionnels frappent avant d'entrer et s'identifient ; ils attendent d'y être invités pour entrer et/ou observent un délai d'attente, cet espace n'est pas mis à la disposition d'autres personnes en l'absence de l'utilisateur,
- les professionnels ne pénètrent pas dans cet espace privatif en l'absence de l'utilisateur, hors ce qui a été convenu préalablement avec lui ou son représentant légal (ménage ou dépose du linge propre, par exemple).²⁰

Le respect de l'intimité par rapport aux soins et à la toilette

Préserver l'intimité corporelle, en particulier lorsque les personnes sont dépendantes et vulnérables, est une condition fondamentale de préservation de l'identité personnelle.

La toilette et les soins du corps sont des moments personnels. Selon les personnes accueillies, les enjeux en termes d'intimité sont différents.

L'attention des personnels en charge de l'accompagnement vise à :

- protéger la personne du regard des autres et adapter les équipements communs en conséquence,
- le cas échéant, accompagner le bénéficiaire dans la construction de son intimité,
- permettre un exercice du choix sur le moment et les modalités de la toilette,
- individualiser les produits et le linge de toilette,
- limiter les intrusions normatives en matière d'hygiène,
- s'assurer que les vêtements des personnes accueillies sont personnels et non standardisés.²¹

²⁰ et ¹⁷ Anesm : *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil ou de l'accompagnement »* page17 et suivantes

7.1.6 Confidentialité, devoir de réserve et partage d'information

Confidentialité

L'accueil en collectivité expose de nombreux aspects de la vie de chacun au vu et au su de tous. Afin de protéger la vie privée des personnes accueillies sont mises en place des modalités d'organisation qui ne rendent pas public ce qui relève de cette sphère privée.

L'établissement utilise des outils de transmission écrite entre usagers et professionnels, Ils sont conçus de telle sorte que l'information transmise ne soit pas portée à la connaissance de tous.²²

Dans tous les échanges oraux concernant une personne accueillie, les professionnels s'assurent qu'ils ne peuvent être entendus.

Les dossiers personnels des personnes accueillies sont strictement inaccessibles aux autres usagers car conservés sous clé.

Le secret professionnel

- **Cadre légal**

La profession d'assistant de service social est la seule profession sociale nommément soumise au secret professionnel. L'article L411-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que « les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal ».

L'Article 226-13 du Code Pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

L'Article 226-13 du Code Pénal ne définit pas ce qu'il faut comprendre par « information à caractère secret ». C'est au magistrat que revient la définition, au cas par cas de ce qui est secret et de ce qui ne l'est pas. Toutefois, la jurisprudence considère comme secrète, l'information liée à l'intimité d'une personne ou à sa vie privée. En ce sens, une information intime, recueillie dans le cadre de l'activité professionnelle, est une information qui doit rester confidentielle.

L'Article 226-13 du Code Pénal s'impose à celui qui est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire d'une information à caractère secret.

Le secret professionnel couvre aussi bien les informations confiées directement par les personnes que celles qui viennent à la connaissance du professionnel par d'autres moyens, qu'elles aient été comprises, apprises, connues ou devinées. Cela concerne également les données administratives relatives à la personne et qui doivent rester confidentielles.

Ainsi, le secret professionnel n'est pas une protection ou un droit des professionnels. C'est une disposition qui vise strictement la protection de l'intimité de l'utilisateur et définit l'obligation du professionnel de se taire, sous peine de sanction lorsqu'il détient sur la personne des informations à caractère secret.

²² Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil ou de l'accompagnement » page 19 et suivantes

L'Article 226-14 du Code Pénal décide que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

En outre, il n'est pas applicable :

Quand la loi autorise la révélation d'un secret :

- Par les travailleurs sociaux qui informent les autorités médicales, judiciaires ou administratives en cas de connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger (art. 226-14 du Code Pénal) en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. Il faut noter que les éducateurs spécialisés soumis au secret professionnel (par mission ou fonction) ont l'autorisation et non l'obligation de parler (article 434-3 du Code Pénal).
- En cas de connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés (Article 434-1 du Code Pénal).
- Par les travailleurs sociaux qui informent l'autorité administrative (le préfet en général) qu'une personne dangereuse pour elle-même ou pour autrui détient une arme ou qu'elle a manifesté son intention d'en acquérir une (art. 226-14 du Code Pénal).
- Pour les échanges d'informations entre les assistants de service social, et autres professionnels concourant à la protection de l'enfance qui interviennent auprès d'une même famille afin d'évaluer la situation, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier (Art. L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance).
- Pour les échanges d'informations entre professionnels de l'action sociale qui interviennent auprès d'une même famille afin d'évaluer leur situation, de déterminer les mesures d'action sociale nécessaires et de les mettre en œuvre, quand la situation s'aggrave et qu'il importe d'intervenir à plusieurs personnes (Art. L121-6-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles alinéa 5 issu de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance).

Quand la loi impose la révélation d'un secret :

- Pour l'exercice d'un mandat judiciaire (évaluation sociale JAF, AEMO..), dans la limite de ce qui est nécessaire pour répondre aux questions posées.
- Les travailleurs sociaux ont l'obligation de transmettre au président du Conseil Départemental les informations préoccupantes concernant un mineur en danger (Art. L 226-2-1 du CASF, loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance).

Application du secret professionnel sur le pôle médicalisé

Le secret professionnel s'impose à toutes les personnes ayant une fonction au sein de l'établissement, quel que soit leur statut (éducateur, secrétaire, agent de service, agent d'entretien...) :

Les personnels administratifs sont amenés à rencontrer les personnes accueillies dans les différents services de l'établissement. Les secrétaires sont donc soumises au secret

professionnel, elles doivent faire preuve d'une grande discrétion autour des informations dont elles disposent.

Les agents de service et agents d'entretien circulent régulièrement dans les différents services de l'établissement. Ils rencontrent les personnes accueillies au sein de l'établissement dans lequel agents d'entretien et agents de service sont autorisés à rentrer dans les chambres afin d'en assurer la maintenance, le suivi et les réparations nécessaires. Ces professionnels rencontrent les résidents pris en charge, qui peuvent être amenés à leur confier des éléments de leur vécu. Ils sont tenus au secret professionnel. Il est important de rappeler que *« le respect de la vie privée est garanti à toutes les personnes accueillies ainsi que la confidentialité des informations personnelles et sociales les concernant »*. L'agent d'entretien et l'agent de service n'ont pas accès aux informations concernant les personnes prises en charge. Seuls les travailleurs sociaux de chaque service peuvent accéder aux documents relatifs aux personnes hébergées, sur chaque site.

Les travailleurs sociaux peuvent être amenés parfois, à rencontrer des situations préoccupantes (maltraitance, protection de personnes vulnérables...), ils travailleront à la prise de conscience de l'intéressé quant à sa nécessaire protection afin d'être en mesure de pouvoir transmettre un signalement, après concertation en équipe, et en cas de danger avéré, au président du Conseil Départemental ou au procureur.

Les travailleurs sociaux partagent, dans un dossier commun, des informations concernant les personnes qu'ils accueillent afin de garantir une meilleure prise en charge. Les documents sont rangés dans un placard fermé à clefs. Il importe de rester vigilant pour ne pas échanger dans les couloirs de l'établissement, des informations concernant les personnes reçues.

Le secret professionnel s'impose également à tous les stagiaires, qui effectuent un stage au sein de la structure.

Le secret professionnel s'applique non seulement vis-à-vis d'une information qui aura été confiée clairement et directement mais également pour tout ce qui aura été lu, vu, entendu ou compris. Le secret professionnel n'a pas de limite dans le temps : il n'est levé ni par le départ de l'établissement, ni par le décès de la personne accueillie. Le secret professionnel est opposable à toute personne, y compris aux proches, membres de la famille ou amis, services de police ou de gendarmerie.

Si une personne tenue au secret professionnel ne peut pas être obligée de parler lors d'une convocation dans le cadre d'une enquête pénale, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire, dès l'enquête préliminaire, peut interpellé l'association, et ainsi saisir tout document écrit ou informatique qui lui paraît nécessaire à la recherche de la vérité.

Outre d'éventuelles poursuites civiles ou pénales engagées par la(les) victime(s), tout manquement ou négligence peut entraîner des sanctions disciplinaires de la part de la hiérarchie (avertissement, licenciement...).

Information partagée

Les personnes qui acceptent d'être accompagnées par l'établissement, ne se sont pas adressées à une personne en particulier mais à un service. Ainsi, pour assurer la continuité de sa prise en charge, l'équipe de travailleurs sociaux qui accompagne cette personne se relaie les informations la

concernant. Les personnes accueillies sont averties de cet état de fait et rassurées quant à la protection qui leur est due.

« Communiquer à un autre intervenant social (partenaire) des informations concernant une personne ou famille accueillie, nécessaires à la continuité de sa prise en charge, ne constitue pas une violation du secret professionnel mais un secret partagé. Il convient donc dans cette hypothèse de ne transmettre que les éléments strictement nécessaires, de s'assurer que la personne concernée est d'accord pour cette transmission ou tout au moins qu'elle en a été informée ainsi que des éventuelles conséquences que pourra avoir cette transmission d'informations et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et ont vraiment besoin, dans l'intérêt de l'usager, de ces informations »²³.

7.2 Les procédures de la structure médico-sociale

7.2.1 L'admission et l'accueil

La démarche

Un résident, une famille, un mandataire judiciaire peuvent demander un rendez-vous en lien avec une orientation CDAPH.

Sur appel téléphonique, par courrier ou par mail, les rendez-vous sont ensuite honorés par la direction et/ou le chef de services et une fiche de « premier contact » est remplie à cette occasion. Le dossier d'admission est remis suite à un premier contact de formulation d'une demande d'orientation au FAM.

Le dossier d'admission se compose de deux parties :

- la première partie est un questionnaire à remplir par le représentant légal, ainsi qu'un volet médical ;
- la seconde partie concerne toutes les pièces à joindre au dossier. Parmi ces pièces, la notification d'orientation de la CDAPH est incontournable (cf. dossier d'admission + liste des pièces à fournir).

Une commission d'admission existe au sein du pôle médicalisé, elle est si possible composée du directeur, du médecin psychiatre, de l'assistante sociale, du psychologue et du chef de services. Elle se réunit en fonction des possibilités d'admission au FAM.

Il est vérifié que les documents nécessaires à l'examen des candidatures (la notification CDAPH, le dossier médical et les éléments divers de la structure antérieure et le dossier d'admission) ont bien été transmis à l'établissement.

Elle examine les dossiers des personnes de la liste d'attente en fonction des critères suivants :

- La notification d'orientation de la CDAPH
- La conformité de la pathologie avec l'agrément du FAM
- La capacité de l'établissement à répondre aux besoins du demandeur, en fonction des moyens alloués
- L'âge inférieur à 60 ans pour une première admission en établissement

²³ Revue ASH n° 1980

- La correspondance entre le projet de vie de la personne et les possibilités offertes par l'accueil de jour du FAM
- Les conditions concrètes de maintien des liens familiaux.

Le code de l'action sociale et des familles (Art.D312-59-14) stipule que lorsque, après avis de l'équipe interdisciplinaire, le directeur est amené à constater que l'orientation dans l'établissement qu'il dirige n'est pas conforme à l'intérêt de l'adulte, il en informe la CDAPH et peut proposer une autre solution ou contribuer à l'élaboration d'une solution de remplacement, alternative plus adaptée...

Si une entrée est envisageable par la commission d'admission et par le fait d'une place disponible, il est ensuite proposé un rendez-vous au bénéficiaire et à son représentant légal et/ou à ses parents.

Si la commission d'admission valide l'accueil mais qu'aucune place n'est disponible alors la personne est inscrite sur une liste d'attente et la famille et/ou le tuteur en est informé.

Un entretien est organisé entre la personne accueillie, la famille ou le représentant légal, les représentants de la structure chargée de l'accompagnement en cours et les représentants du FAM (réfèrent, psychologue). Toute rencontre pouvant permettre une meilleure compréhension de la situation de la personne pourra être proposée notamment celle avec les médecins : psychiatre et généraliste.

Une **visite de l'établissement** est proposée à ce moment permettant la remise du livret d'accueil avec -en annexe- la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. Il est également envisageable de proposer une journée d'accueil sous forme de conventionnement avec la structure antérieure ; cela permet aux deux parties d'évaluer si l'accueil au FAM correspond réellement aux besoins et à la demande.

A ce stade, la famille et/ou le représentant légal peut toujours refuser l'accueil dans la structure, ou la direction du FAM peut émettre des réserves en fonction de nouveaux éléments dont elle n'aurait pas eu connaissance précédemment.

Admission et entrée au sein du FAM

Avant son entrée, le dossier du résident est présenté en équipe pluridisciplinaire. Il est présenté aux infirmiers qui préparent le dossier médical et le DLU.

Lorsque l'admission est programmée dans le temps, un réfèrent est nommé par le chef de services.

Si cela n'a pas été fait précédemment, des périodes de contact courtes sont programmées : après-midi, journée, goûter ; en lien avec l'établissement où la personne réside au moment de l'admission (visites croisées).

Le réfèrent et/ou l'éducateur coordinateur échangent avec l'équipe de l'établissement de départ.

Une rencontre entre la famille et une partie de l'équipe (chef de services, coordinateur, réfèrent, IDE) est organisée pour appréhender toutes les questions de la vie quotidienne (habitudes, rituels, activités, etc...).

Dès l'entrée, un contrat de séjour définissant les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement est conclu avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Période d'observation

Une période d'observation de 3 mois est fixée dans le contrat de séjour.

Une synthèse est élaborée en équipe pluri disciplinaire à l'issue de cette période. Le bilan est réalisé avec élaboration d'un pré-projet personnalisé. Une nouvelle réunion est organisée 6 mois après et permet de préciser le projet personnalisé.

Organisation temporo-spatiale

Déroulement d'une journée type au FAM

Avant **7h15** l'aide-soignant de nuit met la table du petit déjeuner. Il accueille les premiers levés et commencent à les faire déjeuner à partir de 7h. Il donne les traitements des résidents levés et de ceux qui en ont besoin à 7h.

Le démarrage de la journée s'organise avec :

7h15 arrivée du premier salarié, après un temps de transmission avec l'aide-soignant de nuit jusqu'à 7h30, il poursuit la préparation du petit déjeuner. Les résidents réveillés viennent dans la salle à manger en pyjama.

8h arrivée des autres salariés (un ou deux), ceux-ci s'occupent de réveiller les résidents qui dorment encore et commencent les accompagnements à la toilette, à l'habillage et au rangement de la chambre.

8h arrivée de l'infirmière qui effectue la distribution des médicaments.

Lorsque la personne qui s'occupe des petits déjeuners a fini (rangement de la salle à manger, lavage de la vaisselle, nettoyage des tables...) elle se joint à ses collègues pour l'accompagnement aux toilettes et la gestion du linge sale.

Ce temps dure jusqu'à **10h30** maximum.

Activités du matin :

- Arrivée à **9h30** d'un autre membre de l'équipe, celui-ci met en place l'accueil des résidents externes, il prépare la salle, une collation et des activités de travail posté pour les résidents qui en ont besoin. Cet accueil se fait dans une salle réservée à cet effet qui permet une transition entre le domicile ou la structure d'accueil et le FAM. Ce temps s'arrête vers **10h30**.

10h30-12h : le matin sont proposées des activités individuelles et de groupe selon un planning organisationnel préétabli par le coordinateur.

12h-13h15 : distribution des médicaments par l'infirmière et repas en salle à manger. Participation des résidents à la mise de table et au débarrassage.

13h15-13h45 : passage aux toilettes et préparation aux activités de l'après-midi.

14h-16h : activités de l'après-midi toujours selon un planning organisationnel préétabli.

16h : goûter

16h30 : départ des résidents accueillis en externat soit en taxi, soit ramenés par un membre de l'équipe, soit récupérés par leurs parents.

16h30 : livraison du linge propre et répartition dans les chambres avec la participation des résidents.

16h30-18h : activité individuelle ou avec deux résidents encadrés par un membre de l'équipe en fonction des besoins (achats produits d'hygiène, rendez-vous chez le coiffeur, activité de bien être...) ou des demandes des résidents.

18h-19h : accompagnement à la toilette du soir et mise en pyjama. Gestion du linge sale.

18h30 : mise en chauffe des repas par un membre de l'équipe.

19h : départ d'un salarié.

19h-20h15 : distribution des médicaments par l'infirmière et diner. Participation des résidents à la mise de table et au débarrassage. Le rangement et le nettoyage de la salle sont à la charge des deux salariés qui travaillent le soir (prise en compte de la vaisselle, du nettoyage des tables et du sol, jeter les poubelles).

20h30-21h30 : coucher, horaires variables en fonction des résidents, accompagnement aux brossages des dents et rituels du coucher (tv, musique...)

21h : départ d'un des deux salariés

21h : traitements de nuits donnés par un salarié

21h30 : arrivée de l'aide-soignant de nuit, transmissions

21h45 : départ du salarié

21h45-7h30 : temps de travail de l'aide-soignant de nuit qui va rester en vigilance pour répondre aux divers besoins : angoisses nocturnes, médicaments, changes, surveillances diverses...

Concernant le week-end et les jours fériés nous proposons un autre rythme aux résidents, la possibilité de dormir plus tard, le choix de la participation à des activités...

7.2.2 L'élaboration et le suivi du PP - Projet Personnalisé

La loi du 2 janvier 2002 stipule que le projet d'accompagnement de la personne délivré par les ESSMS se fonde sur le droit à « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins ».

Le projet personnalisé d'accompagnement est l'espace privilégié d'expression de ses attentes par la personne et de son association aux décisions qui la concernent. Le rôle des professionnels est de créer cet espace d'échange et de le rendre le plus possible accessible au résident²⁴.

L'ANESM²⁵ rappelle également que le projet personnalisé d'accompagnement est le principal support permettant d'élaborer et de mettre en œuvre un accompagnement adapté à la situation singulière de chaque bénéficiaire et aux évolutions de sa situation en tenant compte des différents points de vue relatifs à sa situation.

Dans le cadre d'un accompagnement dans une structure collective, le projet personnalisé d'accompagnement permet également de préciser les dispositions prises par l'établissement pour assurer l'articulation entre vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement²⁶ et entre le projet d'accompagnement global et le projet d'accompagnement de la personne.

Il est enfin le socle de la coordination interprofessionnelle autour du projet du bénéficiaire.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé du pôle médicalisé de l'ADSEA est un outil de planification et de coordination des services et des ressources visant à répondre à long terme aux besoins de la personne accompagnée.

²⁴ Anesm : recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (page 15)

²⁵ Anesm : recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »

²⁶ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »

Il vise à être un processus ininterrompu révisé et modifié tous les ans avec l'accord de la personne accompagnée, des parents et/ou du tuteur.

Dans ce processus, est recherchée l'association des partenaires égaux que sont la personne accompagnée, la famille, les professionnels de l'établissement, les représentants légaux et les partenaires extérieurs.

C'est un plan directeur qui englobe toutes les interventions pour en faire un tout cohérent centré sur la personne concernée.

Le PAP s'appuie sur les caractéristiques et les besoins de la personne concernée, il identifie les services à lui apporter et les ressources nécessaires à mettre en œuvre, il coordonne les interventions en précisant par qui, quand et comment les services doivent être fournis, il évalue leur efficacité en vue d'atteindre des objectifs définis.

Le PAP garantit la participation de la personne et de sa famille à son élaboration. Effectivement la personne accompagnée, la famille et/ou le tuteur sont invités tous les ans à la remise de projet. Ce temps de rencontre est un temps de négociation autour du projet où chacun peut s'exprimer sur ses choix, ses envies et ses besoins. Une fois la réunion terminée et l'espace de négociation clos le projet est signé par tous les protagonistes et mis en place jusqu'à sa prochaine évaluation et réactualisation.

La notion de Référent coordonnateur du Projet d'Accompagnement Personnalisé

Il paraît important tout d'abord de définir le sens de coordination du projet. Cette désignation nous est moins centrée et permet de prendre la distance nécessaire afin de jouer un rôle de soutien pour la personne et de coordination pour le projet en restant bien l'acteur principal de la démarche.

La fonction du coordonnateur de projet fait appel à des connaissances théoriques et pratiques du Projet d'Accompagnement Personnalisé. Elle fait appel également à des capacités d'organisation, d'animation, de responsabilité, d'autonomie, d'écoute, des capacités à formuler et à synthétiser des écrits.

Le référent coordonnateur de projet est responsable de la mise en œuvre du Projet d'Accompagnement Personnalisé :

- Il est la personne ressource pour la personne accompagnée, la famille, l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires extérieurs.
- Il est nommé pour une durée de trois ans par le chef de services et n'a pas d'autorité particulière au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
- Il veille à ce que le processus du PAP se déroule correctement dans le respect de la personne en favorisant au maximum une réponse adaptée à ses besoins.

La liste des tâches du coordonnateur -en lien et sous le contrôle permanent du chef de services- de projet n'est pas exhaustive, mais elle contient l'essentiel :

- Il recueille et rassemble les informations concernant la personne ;

- Il aide la personne à identifier et à prévoir ses besoins et à formuler ses souhaits dans la mesure du possible ;
- Il rédige un écrit synthétique avec l'ensemble des bilans des différents professionnels ;
- Il évalue les écarts de l'ancien projet ;
- Il rédige le nouveau projet d'accompagnement personnalisé ;
- Il fait lecture du bilan et du nouveau projet lors de la réunion en équipe pluridisciplinaire ;
- Il rédige le nouveau projet en prenant en compte les modifications validées par l'équipe ;
- Il est présent avec la famille lors de la remise du projet à la personne et en fait lecture ;
- Il apporte des modifications au projet si nécessaire ;
- Il transmet le projet au chef de services ;
- Il entraîne une réorganisation des ressources humaines dans l'établissement, suite à la validation du PAP, en veillant à sa mise en œuvre, en coordonnant les actions, en activant les ressources internes et externes, en veillant au respect de la planification ;
- Il met en place et suit les dispositifs d'évaluation.

L'évaluation de l'accompagnement

Rédiger l'ensemble du projet permet de produire un document qui :

- constitue une base commune ;
- fait trace tant du cheminement que des décisions prises ;
- facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé.

Les personnes bénéficiaires, éventuellement avec l'aide de leurs proches, pourront être invitées à formaliser leurs attentes et contributions, si elles le souhaitent et le peuvent.

Dans le cas contraire, les attentes et analyses exprimées seront recueillies par écrit par un professionnel, sous réserve de l'accord de la personne. Cet écrit sera lu à la personne pour validation.

Si la personne qui en aurait la possibilité ne souhaite en aucune manière que ses attentes et analyses soient écrites, ce souhait sera respecté et mentionné dans le document.²⁷

L'association des représentants légaux, parents, proches

Les représentants légaux sont invités, de leur côté, à écrire leurs attentes et analyses.

Le projet personnalisé est rédigé, en conservant la trace des différentes phases de la co-construction.

Le document mentionne ainsi, au fur et à mesure des phases de la démarche, les éléments principaux permettant le suivi de la progression du projet.

La contribution des différentes parties prenantes apparaît de manière clairement différenciée.²⁸

7.2.3 Les modalités de sortie et/ou de réorientation

Le FAM montre un très faible turn-over de résidents, cela s'explique notamment par la nature de la population, l'âge des résidents et l'agrément. Le FAM peut accueillir des personnes dès leur sortie d'une structure d'enfance et cela jusqu'à ce qu'ils souhaitent ou doivent partir ou jusqu'à leur décès.

²⁷RBPP Anesm « Attentes de la personne et projet personnalisé » page 34

²⁸RBPP Anesm « Attentes de la personne et projet personnalisé » page 34

Cette présence à long terme sur la même structure est démontrée par le fait qu'une grande partie des résidents est présente depuis la création du FAM. Potentiellement les personnes qui se sentent bien au FAM peuvent donc y vivre tout le long de leur vie. La dernière personne à avoir quitté le FAM, l'a fait pour des raisons d'inadéquation entre ses besoins et ce que le FAM était en mesure de proposer. Nous observons que, si -à ce jour- les tranches d'âges sont assez équilibrées, elles auront tendance à aller vers des âges plus mûrs au fur et à mesure du temps. Cela sera à prendre en compte dans les prochaines années, c'est pourquoi des formations pour les professionnels sur le thème des personnes handicapées vieillissantes sont prévues.

Toutefois à ce jour il est important de pouvoir accompagner les personnes plus jeunes dans des activités de leur âge et c'est aussi ici que l'accompagnement personnalisé prend son sens.

Une place d'accueil de jour connaît un roulement d'accueil du fait d'un fonctionnement en file active.

7.3 Le dossier unique du bénéficiaire

7.3.1 Modalités de constitution et de gestion

Un dossier individuel renseigné et actualisé est ouvert pour chaque personne admise.

Le dossier retrace l'évolution de la personne au cours de son accompagnement. Il comporte les divers volets correspondant aux composantes thérapeutiques, éducatives et pédagogiques du projet personnalisé d'accompagnement, ainsi que tous les comptes rendus de réunions ou d'intervention concernant le bénéficiaire.

Pour les majeurs protégés il contient les autorisations écrites demandées aux parents ou aux détenteurs de l'autorité parentale. Il fait aussi mention des faits notables intervenus dans le cadre de l'accompagnement et des suites qui leur ont été données.

A l'issue de l'accompagnement, le dossier est complété par les informations qui permettront son suivi tel que prévu au deuxième alinéa de l'article D. 312-59-15.

Les certificats médicaux, les résultats des examens cliniques et complémentaires pratiqués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ou du service figurent dans le dossier médical de l'intéressé. Le contenu et l'usage des dossiers sont conformes à la législation en vigueur et notamment aux articles L. 1111-7 et L. 1111-8 du code de la santé publique²⁹.

7.3.2 Droit d'accès aux données personnelles

La loi de 2002 rappelle les exigences du droit des usagers : ceux-ci ont accès à l'information les concernant ou à tout document relatif à leur accompagnement. Ils bénéficient également dans ce cadre du droit à la confidentialité des informations les concernant.

L'association gestionnaire travaille à la mise en place d'un dossier informatisé. Le dossier étant individualisé, la déclaration auprès de la CNIL est obligatoire et son avis sera recueilli avant la mise en place de l'informatisation³⁰.

²⁹Ces articles précisent les conditions d'accès au dossier et les règles d'informatisation des données

³⁰RBPP DGAS « Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée »

7.4 Infrastructure et moyens

7.4.1 Les bâtiments et équipements

Configuration des lieux

Le Foyer est un bâtiment de plain-pied avec deux ailes permettant la distribution de 13 chambres.

Le Foyer d'accueil médicalisé est composé de :

- 13 chambres
- Une infirmerie
- Un salon
- Une salle de repas avec un coin cuisine
- Un vestiaire pour le personnel
- Un bureau éducatif
- Un bureau pour la coordinatrice
- Deux salles de stockage (linge et produits)



Dans un bâtiment situé à quelques mètres se trouvent :



- Un jacuzzi
- Une salle de bain pour la détente et pour les séances de kinésithérapie
- Une salle d'activité
- Un salon
- Une salle de psychomotricité
- Un bureau pour la psychologue et le médecin psychiatre
- Une salle de consultation médicale

Le service administratif regroupant le secrétariat, la direction et chef de services se situe dans un troisième bâtiment.

Deux salles du personnel sont à disposition ; l'une dans le bâtiment administratif, la seconde dans les bâtiments de l'IME.

Espaces diurnes, espaces nocturnes

Espaces diurnes :

Les pièces de vie collectives sont accessibles à tous ainsi que les espaces verts autour des bâtiments.

Espaces nocturnes :

Les chambres sont individuelles et privatives avec salle de bain et terrasse.

Accessibilité et signalétique

Le bâtiment rénové en 2011 répond aux normes d'accessibilité.

7.4.2 La restauration

Les repas sont fournis et livrés par la cuisine centrale, atelier de production de l'ESAT également géré par l'ADSEA, et qui se situe sur la commune du Bersac.

Ils sont livrés tous les jours du lundi au vendredi.

Le site dispose d'une cuisine relais qui permet la confection de certaines préparations (crudités, steaks frites, soupes ...). Le personnel de cuisine est chargé de distribuer les repas au sein des établissements. L'office est équipé d'un four de remise en température.

Les repas sont livrés froids et conservés en chambre froide. Le personnel de cuisine met les plats froids directement dans les fours pour réchauffer les plats de façon à obtenir la bonne température au moment du service.

Les résidents consommant des plats mixés bénéficient de plats livrés par un prestataire extérieur.

7.4.3 Le traitement du linge

Le traitement du linge (linge des résidents, linge plat et vêtements de travail du personnel) est assuré par l'ESAT de Rosans appartenant à l'ADSEA 05.

7.4.4 L'entretien de propreté et l'hygiène

Le ménage est réalisé à la fois par des agents de service de l'établissement et par une équipe diligentée par un prestataire extérieur.

L'entretien des locaux est effectué ainsi de façon quotidienne, du lundi au dimanche :

- les cuisines, WC et salles de bains sont nettoyés tous les jours, une fois par jour,
- les chambres, salons, couloirs et halls d'entrée sont nettoyés 2 fois par semaine,
- les bureaux une fois par semaine.

Du matériel de nettoyage est mis à disposition de chaque unité éducative afin que l'équipe d'accompagnement puisse effectuer un nettoyage complémentaire ou ponctuel en fonction des situations.

7.4.5 Les matériels et équipements adaptés

Au sein du FAM, sur 13 lits, 7 lits sont médicalisés pour permettre une meilleure mobilité des résidents, pour installer en position $\frac{1}{2}$ assise, pour relever les pieds du lit.

Des tapis de mousse sont installés dans 2 chambres pour prévenir les traumatismes en cas de chutes lors des crises d'épilepsie.

Dans une salle de bains, des barres d'appui ont été installées ainsi que des chaises douche pour faciliter la sécurité des résidents et le quotidien des salariés.

Dans un WC, un rehausseur a été mis en place pour surélever les toilettes et améliorer le confort de la résidente. Dans cette même chambre, pour faciliter les transferts, nous disposons d'un guidon de transfert.

Pour les déplacements, une résidente est en fauteuil roulant, un autre dispose d'un déambulateur à l'intérieur du FAM et pour l'extérieur ou en cas de fatigue d'un fauteuil électrique.

Un externe accueilli la journée et venant de l'IME possède un fauteuil roulant et un casque de protection pour le protéger en cas de chute. Un canapé pliant a été installé en salle des externes pour son repos en mi-journée.

En salle à manger, du matériel a été installé pour le confort et l'autonomie des résidents : table adaptée à la bonne hauteur, chaise avec dossier rigide, tapis anti dérapant, appui pieds, couverts adaptés, masticateur, robot pour mixer la nourriture et limiter le risque de fausse route.

Tous ces aménagements permettent de développer et maintenir la mobilité, la sécurité et la qualité de vie des résidents.

En ce qui concerne les sorties extérieures, des véhicules adaptés sont à disposition des équipes de professionnels (il est possible pour certains résidents de rester dans leur fauteuil, cela leur évite de faire un transfert jusqu'au siège du véhicule).

7.5 L'évaluation du service rendu

7.5.1 Les outils de mesure de la qualité du service rendu

L'évaluation du projet personnalisé fait partie intégrante de la démarche du projet. Elle est à distinguer de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations prévue par la loi n° 2002-2 et ses décrets, même si elle y participe.

Le projet personnalisé est co-évalué en présence de la personne elle-même (en fonction de ses difficultés et capacités) et/ou de son représentant légal, les professionnels et les partenaires concernés. Si la personne le souhaite, ses proches peuvent être associés à cette co-évaluation.

Des objectifs ayant été fixés, un plan d'actions et des modalités d'accompagnement ayant été mis en œuvre, les parties prenantes du projet personnalisé échangent sur la réalisation des objectifs, repèrent les effets, produisent une analyse et réinterrogent les hypothèses.

Les résultats de la co-évaluation permettront d'élaborer de nouveaux objectifs, de modifier les actions proposées, d'ajuster les types d'accompagnement (voire de proposer une nouvelle orientation) et de réinvestir le projet personnalisé afin de l'actualiser.³¹

³¹RBPP Anesm « Attentes de la personne et projet personnalisé » page 32

8 - L'équipe pluri professionnelle au service du résident

8.1 L'organigramme du Foyer

8.1.1 L'encadrement de la structure en ETP

FONCTION	ETP HEB	ETP SI	ETP SOINS	TOTAL ETP
Agent Administratif Principal	0.742	0.058		0.8
Aide Médico Psychologique	1.856	0.144		2
Aides-Soignants			3	3
Aides-Soignants nuit			2.136	2.136
Educatrice Spécialisée	0.928	0.072		1
ASI	1.856	0.144		2
Assistante sociale	0.093	0.007		0.1
Auxiliaire de Vie Sociale	0.65	0.05		0.7
Chef de services	0.464	0.036		0.5
Coordonnateur	0.928	0.072		1
Directrice	0.35	0.03		0.5
Infirmière			1,99	1.99
Médecin Psychiatre			0.2	0.2
Moniteur Educateur	1.856	0.144		2
Ouvrier qualifié	0.742	0.058		0.8
Psychologue			0.2	0.2
Psychomotricienne			0.4	0.4
TOTAUX	10.465	0.815	7.726	19.006

8.1.2 Ratio d'encadrement

L'effectif s'élève à 19.01 ETP pour 13 internes et 3 semi-internes.

8.2 Ethique et déontologie

« L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations données ».

« La déontologie est l'ensemble de règles d'exercice d'une profession déterminée, destinées à en organiser la pratique selon les normes, pour le bénéfice de l'utilisateur et de la profession elle-même ».

La réflexion éthique est un espace possible d'expression et de développement de la pensée des professionnels.

Elle constitue un élément dynamisant pour le Foyer Accueil Médicalisé par la recherche d'un équilibre entre la pérennité de la structure et l'interrogation des valeurs et règles qui la fondent.

L'éthique repose sur le respect de la dignité et des droits de la personne accueillie.

Conformément à l'arrêté du 08 septembre 2003, relatif à la charte des droits et des libertés, mentionné à l'article I.311.4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'établissement met en œuvre les moyens permettant de respecter les droits reconnus à la personne.

Chaque professionnel doit être en mesure de porter attention à sa propre subjectivité et se montrer lucide quant au « réservoir de sens » à partir duquel il va construire l'expression de soi avec la rencontre de la personne accueillie.

Chaque décision prise oblige à rassembler des éléments, choisir, solliciter, expliquer, recueillir les avis.

Les salariés connaissent et respectent la mission et les orientations dévolues par l'établissement.

Un cadre éthique, des valeurs et des principes fondent notre projet et nos actions. Ils soutiennent le sens collectif de la démarche socio-éducative de l'établissement.

Restituées au sein du projet d'établissement, les valeurs prônées et écrites dans le projet associatif de l'ADSEA alimentent l'action, la pratique, la référence collective, la distance dans un quotidien à l'intérieur duquel, chacun s'engage dans un « accompagnement » de l'utilisateur qui respecte les principes :

- de respect de la personne, de ses droits et du milieu dans lequel elle vit,
- de reconnaissance de l'utilisateur comme citoyen actif auteur et acteur, au cœur du dispositif,
- de croyance au développement et/ou au maintien des capacités des usagers,
- de laïcité,
- d'implication de tous les partenaires dans le service à rendre aux usagers.

En terme de valeurs, nos pratiques se réfèrent notamment à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles éditée par l'ANESM en juin 2008 : « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ».

Il s'agit pour nous d'une posture, d'une attitude, qui engagent les professionnels et les résidents dans les valeurs précitées.

8.3 Statuts, fonctions et rôles

8.3.1 La direction et le chef de services

Sous l'autorité de la Directrice et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les Responsables des différents services de l'établissement réalisent les tâches relevant de leur domaine de compétences.

Chaque responsable de service, exerce par délégation de la Directrice (cf. fiche de poste) les tâches et activités relevant de son domaine de compétences.

Les astreintes sont organisées et assurées par l'équipe de Direction. Elles s'effectuent par roulement ; cela, dans un souci de continuité de la prise en charge.

La Directrice

La directrice dispose d'un document unique de délégation (« DUD ») qui précise par écrit les compétences et missions qui lui sont confiées par délégation du Conseil d'Administration et de la Directrice Générale.³²

Le chef de services

Il dispose d'un document unique de délégation (DUD) qui précise par écrit les compétences et missions qui lui sont confiées par délégation du Conseil d'Administration, de la Directrice Générale et de la directrice de pôle.

8.3.2 L'équipe pluri professionnelle

La force d'accompagnement des résidents du FAM est de pouvoir compter parmi ses professionnels une grande diversité de compétences. Cela est dû au fait de la multiplicité des métiers exercés permettant un travail d'équipe pluridisciplinaire riche tant sur le domaine du soin, de l'éducatif que sur celui de la gestion administrative ou encore de la logistique.

Cette richesse est le point de départ d'un accompagnement de qualité, ainsi il semble essentiel de détailler chaque profession et ce qu'elle apporte à la mise en œuvre des projets personnalisés des résidents.

L'équipe soignante

L'Aide-Soignant

Il est titulaire du diplôme d'état d'aide-soignant

Les aides-soignants de nuit reçoivent une note d'information concernant la sécurité de nuit.

L'aide-soignant(e) assure les soins d'hygiène et de confort et collabore à l'exécution des soins infirmiers, sous le contrôle et la responsabilité de l'infirmier. L'aide-soignant(e) participe également aux activités occupationnelles.

³² Conformément au décret du 19.12.2007.

L'aide-soignant(e) assure l'accompagnement des résidents dans les actes essentiels de la vie quotidienne, dans les activités de la vie sociale et relationnelle, il participe à l'organisation du travail.

↳ CONDITIONS PARTICULIERES

- L'aide-soignant(e) assure une continuité des soins sous la responsabilité de l'infirmière
- L'aide-soignant(e) assure certains soins divers et mesure les paramètres vitaux (pression artérielle, rythme respiratoire...).
- L'aide-soignant(e) peut distribuer des traitements préparés par l'infirmière
- L'aide-soignant(e) est amené à prendre en charge une urgence et appliquer les protocoles médicaux
- L'aide-soignant(e) est référent des résidents et assure le suivi des projets personnalisés
- L'aide-soignant(e) accompagne à des rendez-vous médicaux
- L'aide-soignante organise et participe à des activités sportives, culturelles, manuelles avec les résidents.

L'infirmier

Il est titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier.

Il intervient dans l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

↳ POSITIONNEMENT

Il existe un lien fonctionnel avec le médecin prescripteur (généraliste ou spécialiste) notamment pour l'ensemble des actes ne dépendant pas du rôle propre de l'infirmier.

↳ MISSIONS

Les soins infirmiers ont pour objet de maintenir la santé physique et mentale des personnes, de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions, de concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ; garantir la continuité des soins, de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs et de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes.

L'infirmier assure les activités suivantes :

- Préparation et distribution des médicaments,
- Gestion des produits pharmaceutiques,
- Réalisation de soins divers (pansements, prises de sang...)
- Réalisation de protocoles infirmiers,
- Participation aux recueils de données,
- Relations avec les familles,
- Elaboration en lien avec les médecins du projet de soins,
- Participation à la vie de l'établissement : groupe de travail, réunions d'équipe, de service, journées exceptionnelles, lecture et connaissance des documents des prises en charge (projet personnalisé, projet d'établissement, compte-rendu synthèse...),

- Coordination avec les partenaires extérieurs médicaux et paramédicaux (cabinet médical, kiné, podologue...).

Le psychologue

Il est titulaire d'un diplôme de niveau 1 en psychologie, il est cadre fonctionnel au sein de l'établissement.

Les missions du psychologue s'adaptent à la spécificité des personnes accueillies dans l'institution. Le psychologue intervient en fonction du handicap moteur et/ou psychique des personnes accueillies. Une attention particulière est donnée à une approche clinique au « un par un » qui prend en compte, entre autres, le mode de relation et de communication du résident, la façon dont son lien à l'autre s'est construit, son mode de relation objectal. Cette approche permet d'adapter l'accompagnement au plus près de la position subjective des résidents.

La mission du psychologue est d'aider à la prise en compte par l'équipe pluridisciplinaire de la dimension psychique des personnes accueillies dans la réalité quotidienne et sociale. La singularité du travail dans les établissements de type MAS et FAM amène le psychologue à veiller particulièrement sur ce point éthique et déontologique, qui passe par « faire circuler » une parole sur le sujet qui tienne compte de ce champ psychique.

Le facteur temps est un élément incontournable de l'accompagnement ; dans la durée nous pouvons retracer le parcours subjectif de la personne accueillie. La recherche de la logique singulière de chaque résident est privilégiée, elle sert de point d'appui à l'élaboration des projets. C'est en maintenant cette approche que nous sommes en mesure de construire un accompagnement qui respecte la dimension subjective de chacun, aussi bien celle des résidents que celle de leurs parents.

Le psychomotricien

Il est titulaire d'un diplôme d'Etat de psychomotricien.

La spécificité de l'approche psychomotrice réside dans l'attention et le sens donné aux manifestations corporelles. Le regard porté sur chaque situation se veut être le plus global et prend en considération les sphères physique, psychique et émotionnelle de l'individu.

Auprès de la population accueillie au sein du pôle médicalisé, les objectifs de soins se centrent sur la conscience et l'intégration de l'organisation psychomotrice, l'harmonisation des fonctions instrumentales, la subjectivité de chaque résident dans sa relation singulière à son environnement. Ce travail prend en compte les bases neuro-psychobiologiques de chaque personne pour offrir un espace de rencontre adapté.

Un travail de collaboration avec l'équipe du quotidien permet d'harmoniser les pratiques, ici les particularités sensorielles et motrices sont souvent questionnées. Des échanges sont également nécessaires avec le personnel soignant, paramédical et avec la psychologue des établissements afin de proposer des suivis cohérents et complémentaires.

Dans la mise en œuvre des thérapies psychomotrices plusieurs médiations et techniques corporelles sont utilisées telles que le jeu, le sport, le théâtre, les arts manuels, la relaxation psychomotrice,

l'eau. Les activités proposées restent des outils propices à l'instauration d'une relation thérapeutique et découlent du projet thérapeutique. Ce dernier est issu d'observations du résident, de mises en situations, de collecte d'informations auprès de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille. Cet espace, cet objet commun qu'offre la médiation quelle qu'elle soit, possède un caractère singulier vis-à-vis de la personne. Ainsi, une activité même de groupe, dispose à la fois d'objectifs généraux et d'objectifs spécifiques à chaque résident. Ces objectifs dépendent du médium utilisé et du cadre donné (qui participe, qui accompagne, dans quel lieu, à quelle fréquence, quelle est la structure d'une séance).

Donnons comme exemple l'utilisation du théâtre. Loin de nous l'idée de monter sur les planches et de jouer une pièce en début d'été lors d'une représentation culturelle. Le théâtre est utilisé comme un outil avec des objectifs généraux tels que la réactualisation du schéma corporel, le développement de la communication non verbale. Suivant le participant sont définis des objectifs spécifiques tels que « l'inciter à s'orienter corporellement vers son partenaire de jeu/public/audience en s'aidant de différentes entrées sensorielles » pour Mme A ou bien, « l'encourager à s'exprimer verbalement (*lui laisser le temps de trouver ses mots*) et corporellement (*montrer, s'orienter*); favoriser son expression émotionnelle par une verbalisation de son vécu » pour Mme B. Le projet de l'atelier décrivant le cadre, les objectifs et les moyens mis en œuvre est annualisé ce qui donne lieu à une réactualisation régulière. De plus, les observations issues de ce temps bien défini permettent également d'alimenter les réflexions lors du temps clinique proposé en réunion d'équipe pluridisciplinaire.

Les soins psychomoteurs sont pratiqués en séances individuelles ou de groupe et peuvent intervenir avec le concours des autres professionnels.

Enfin, le psychomotricien exécute ses suivis en s'inscrivant dans le projet personnalisé du résident, sur prescription médicale.

Le médecin généraliste

Les 6 compétences génériques transversales du médecin généraliste, médecin traitant

- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Premier recours, urgences
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

Le Médecin généraliste en Foyer d'Accueil Médicalisé :

Il ne se substitue pas au médecin traitant du patient s'il en a un, mais souvent dans la pratique il est choisi en qualité de médecin traitant car il est le mieux placé pour prendre en charge le patient dans ses dimensions bio-psycho-socio-environnementales et culturelles.

Il intervient notamment dans le cadre des missions spécifiques de sa discipline

1. Elaborer un diagnostic global de situation d'un patient, dans le but d'identifier le ou les problèmes à résoudre.
2. Elaborer et proposer un projet de santé adapté à la situation du patient. (négocier, décider, planifier, réévaluer)
3. Elaborer et proposer un projet de soins adapté à la situation du patient. (négocier, décider, orienter, planifier, réévaluer)

4. Réaliser les gestes techniques utiles à la prise en charge du patient en pratique de soins primaires.
5. Réaliser une prescription personnalisée conforme aux données actuelles des sciences et techniques médicales et aux réglementations en vigueur.
6. S'assurer la coopération d'autres intervenants des domaines sanitaire et social pour une prise en charge coordonnée du patient.
7. Collaborer à la réalisation d'objectifs de santé publique.
8. Etablir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée.
9. Informé, conseiller et éduquer le patient, afin de lui permettre de s'impliquer dans la gestion de sa santé.

Ainsi le médecin généraliste intervenant en FAM a pour mission de coordonner les soins en

- Evaluant la gravité de la situation clinique au vu de l'histoire médicale du patient et des symptômes décrits par l'équipe para médicale, et après l'écoute et décodage de la plainte du patient handicapé.
- Appréciant de façon concertée avec l'équipe socio-médicale la stratégie la plus opérationnelle.
- Élaborant un projet d'intervention négocié avec le patient handicapé, sa famille et l'équipe de soins, en prenant en compte les conditions spécifiques de la prise en charge, en décidant si besoin d'utiliser le recours soit de l'aide médicale urgente, soit d'une filière de soins non programmés ou d'urgence adaptée à l'état du malade, en prenant en compte son adhésion à ce qui est proposé et réalisé dans la limite éthique de ce que sa sécurité impose .
- Mettant en œuvre le projet thérapeutique en informant les différents intervenants des données médicales et socio environnementales de l'intervention, soins des situations d'urgences relatives validées et adaptées à l'environnement géographique (délai d'intervention des SAMU).
- Assurant les contacts utiles avec les équipes concernées pour le suivi médical dans la continuité des soins.

Le médecin psychiatre

Statutairement le médecin fait partie des cadres de l'institution.

Lors d'une admission l'avis du médecin psychiatre est sollicité par la direction, sur les besoins de la personne concernée. Dans cette dimension le médecin est consulté préalablement au prononcé d'admission.

Il coordonne les suivis médicaux rendus nécessaires par les pathologies présentées par les résidents : suivis assurés par les spécialistes libéraux (neurologue, cardiologue, médecin de rééducation fonctionnelle, chirurgien orthopédiste...). Cette coordination s'effectue en lien étroit avec le médecin généraliste.

Il assure les prescriptions médicamenteuses nécessaires, ainsi que leur suivi (bénéfices, effets secondaires...).

Il peut être amené à rencontrer résidents et familles.

Il intervient à la plupart des réunions : d'équipes en vue d'un apport théorique ou d'un éclairage quant aux pratiques, de préparation au projet personnalisé ainsi qu'à la restitution de ce projet aux résidents, aux parents et/ou représentants légaux. Il peut être sollicité pour d'autres réunions visant une réflexion quant de nouveaux dispositifs ou de nouvelles modalités de prise en charge, des réunions telles que les différentes instances d'évaluation...

L'équipe socio-éducative

↳ Le positionnement de chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire est identique. Chaque professionnel est placé sous l'autorité hiérarchique de la directrice de l'établissement et/ou du chef de services par délégation.

Tous les professionnels font partie de l'équipe pluridisciplinaire. Ils travaillent en lien étroit avec les tous les autres membres de l'équipe soignante, éducative ou paramédicale (kinésithérapeute, psychomotricien, etc... Les professionnels accompagnants participent à l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des projets personnalisés.

Chacun participe à éduquer et accompagner des personnes présentant des handicaps physiques, psychiques, intellectuels, des troubles du comportement ou ayant des difficultés sociales et d'insertion afin de préserver et restaurer leur autonomie, protéger et inciter au développement global de la personne.

En cas de problème ou de difficulté, chaque professionnel doit prévenir le chef de services ou le cadre de permanence, en continuant à assurer la sécurité des personnes dont il a la charge.

Si l'accompagnement de la vie quotidienne peut dans les actes être similaire pour chaque accompagnant, il ne l'est pas en ce qui concerne leur savoir et savoir-faire professionnel. Le regard porté sur chaque résident est valorisé par la formation qu'a reçue le professionnel et c'est ainsi que nous pouvons proposer un accueil de qualité. Ainsi les missions d'accompagnement se rapportant aux actes de la vie quotidienne ne seront pas décrites dans le descriptif des fiches professionnelles mais elles font partie entière du travail effectué auprès des résidents.

L'Éducateur Coordinateur

Il est titulaire du diplôme d'Etat éducateur spécialisé.

L'éducateur Coordinateur est placé sous la responsabilité hiérarchique de l'équipe de direction et travaille en étroite collaboration avec cette dernière. Pour ce faire il favorise la communication ascendante et descendante avec l'ensemble des professionnels.

L'éducateur coordinateur est à l'interface entre les différents corps de métier qui exercent au sein de l'institution.

Il accompagne l'équipe pluridisciplinaire sur tous les aspects de l'organisation du travail au quotidien ayant pour finalité une offre de service répondant aux différents besoins, attentes et demandes des personnes accompagnées.

Il favorise la communication entre les professionnels, assure la mise en lien et l'articulation de la prise en charge thérapeutique, éducative et pédagogique des bénéficiaires du service.

Il organise et aide à la mise en place des projets d'activités en lien avec les moniteurs éducateurs. De même, il travaille avec l'éducateur spécialisé et les coordinateurs de projet pour la formalisation et la mise en place des projets individualisés des personnes en situation de handicap.

La mise en œuvre de ces différents projets nécessitent d'être en lien avec les familles et ou les tuteurs légaux afin qu'ils en soient partie prenante. L'éducateur coordinateur se positionne donc en tant que l'un des interlocuteurs privilégiés. Il en va de même avec l'ensemble des partenaires institutionnels.

Il a aussi pour mission de tenir la comptabilité des dépenses personnelles des résidents ainsi que celle liée au fonctionnement quotidien de l'établissement. Il a également une fonction d'économat, il réalise les commandes et la gestion des différents stocks allant de l'alimentaire aux produits d'entretiens.

L'Educateur Spécialisé

Il est titulaire d'un diplôme d'état d'éducateur spécialisé.

Objectif de la fonction : il participe à l'accompagnement des personnes handicapées, en les aidant à restaurer ou préserver leur autonomie, et à développer leurs capacités de socialisation.

Il peut coordonner et animer une équipe, à travers, notamment, la planification et la mise en œuvre des activités quotidiennes de la collectivité. Il organise des activités ludiques et éducatives en vue de stimuler des capacités intellectuelles, artistiques, physiques et sociales des personnes accueillies.

Il assure un accompagnement éducatif et conseille dans les actes de la vie quotidienne. Il peut avoir un rôle de tierce personne dans l'accompagnement.

Il supervise l'accompagnement des personnes en accueil temporaire (stages, périodes de contact ou d'essai...). Il recueille les informations (sociales, économiques, culturelles...) nécessaires à l'évaluation de la situation de la personne accueillie.

Il rédige des comptes rendus, les bilans et les rapports relatifs aux réunions de synthèse, d'organisation et analyse les observations de comportement en équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, il doit établir des comptes rendus concernant les incidents et accidents.

Il est garant du projet du/des groupes qu'il peut être amené à coordonner. Il assure les choix des actions éducatives adaptées, soit à la personne, soit à des groupes. Il assure, seul ou en équipe, la prise en charge éducative globale des personnes qui sont confiées à l'établissement.

Il assure un rôle de médiation entre l'établissement ou le service, la famille, le représentant légal de la personne accueillie et les différents partenaires extérieurs. Il doit être capable d'initiatives, conformes aux projets, de proposer et élaborer les actions pouvant être mises en place.

Il encadre et accompagne les stagiaires provenant des différents centres de formation.

Il est responsable de la surveillance globale de tous les usagers qui fréquentent l'établissement ou le service, notamment en matière de sécurité.

Le Moniteur Educateur

Il est titulaire d'un diplôme d'Etat de moniteur éducateur.

Il participe à l'accompagnement quotidien des personnes handicapées, en les aidant à restaurer ou préserver leur autonomie, et à développer leurs capacités de socialisation grâce à un accompagnement personnalisé.

Le moniteur éducateur inscrit son rôle à travers des actions quotidiennes afin d'instaurer, restaurer ou préserver l'adaptation sociale et l'autonomie des personnes grâce à un accompagnement personnalisé.

Dans le cadre du projet, il met en place et encadre des activités à dimension éducative, permettant à chaque personne accueillie de développer et de soutenir l'ensemble des acquisitions, propres à la rendre moins dépendante et dégager l'ensemble des ressources soutenant la vie en société.

Il accompagne les divers moments rythmant la journée : repas, lever et coucher...

Le moniteur éducateur a une fonction visant à faciliter le développement ou le maintien des compétences requises pour s'intégrer dans la société.

Le moniteur éducateur favorise l'intégration en considérant l'intérêt de la personne accueillie.

Son implication et son engagement professionnel permettent de contribuer à la réussite des projets mis en place.

Il assure un accompagnement éducatif et conseille dans les actes de la vie quotidienne. Il a un rôle de tierce personne dans l'accompagnement et met en place, sous couvert du chef de services ou de l'éducateur spécialisé, des soutiens personnalisés, partagés avec l'équipe pluri disciplinaire.

Il participe à l'élaboration des projets personnalisés. Il propose et conduit des activités définies en équipe, sous la responsabilité de l'éducateur spécialisé.

Il rassemble l'ensemble des éléments nécessaires à l'élaboration et la transcription des rapports éducatifs qu'il partage avec l'éducateur spécialisé. Il rédige les bilans et les rapports relatifs aux réunions de synthèse, d'organisation, etc...

Par ailleurs, il doit établir des comptes rendus concernant les incidents et accidents.

Il accompagne l'usager dans ses relations avec la famille, le représentant légal et les différents partenaires extérieurs.

Il encadre et accompagne les stagiaires en correspondance avec ses qualifications.

Il peut occuper la fonction d'éducateur référent.

Cette dernière n'est pas limitative et ne réduit pas l'ensemble des actions à entreprendre au seul référent. Cette notion dénote une attention constante au déroulement et à l'adaptation du projet personnalisé. Le référent est garant de la continuité de la prise en charge éducative, de la mise en œuvre et de l'évaluation des projets de la personne accompagnée.

Il est responsable de la surveillance globale de tous les usagers qui fréquentent l'établissement ou le service, notamment en matière de sécurité.

En cas de problème ou de difficulté, il en réfère à l'éducateur spécialisé ou l'animateur 1^{ère} catégorie. Si nécessaire, il prévient son chef de services ou le cadre de permanence, en continuant à assurer la sécurité des personnes dont il a la charge.

Il aide à la distribution des médicaments et traitement médicaux des usagers.

Il est responsable du bon usage des locaux, du mobilier, du matériel et des véhicules qui lui sont confiés, dans le cadre de son travail.

Il participe aux séjours qui sont organisés hors de l'établissement ou du service.

L'Aide Médico Psychologique

Il est titulaire d'un diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (D.E.A.M.P.)

Il participe à l'accompagnement des personnes handicapées en leur apportant l'assistance individualisée dans les actes de la vie quotidienne, et favorise le maintien ou le développement de leur autonomie.

L'aide médico-psychologique doit répondre aux besoins fondamentaux et aux attentes des résidents, tout en participant à la mise en œuvre de leur projet personnalisé.

L'aide médico-psychologique est un acteur essentiel de la vie quotidienne des résidents. Il assure une fonction d'accompagnement et d'aide dans les actes essentiels et dans les activités ordinaires de la vie quotidienne. Il stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices dans les activités de la vie quotidienne, il propose des activités éducatives (cuisine, couture,...) adaptées aux personnes accueillies.

Il assure la référence d'un ou plusieurs résidents. Il accompagne les activités mises en place par l'équipe pluridisciplinaire.

L'Auxiliaire de Vie Sociale

Il est titulaire d'un diplôme d'Etat auxiliaire de vie sociale

L'A.V.S. assure l'accompagnement et l'aide des personnes handicapées dans les actes essentiels, dans les activités *de la vie quotidienne et de la vie sociale et relationnelle*.

L'auxiliaire de vie sociale doit répondre aux besoins fondamentaux et aux attentes des résidents, tout en participant à la mise en œuvre de leur projet personnalisé.

L'auxiliaire de vie sociale est un acteur essentiel de la vie quotidienne des résidents. Il assure une fonction d'accompagnement et d'aide dans les actes essentiels et dans les activités ordinaires de la vie quotidienne. Il stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de la vie quotidienne. Il propose des activités de vie quotidienne afin que la personne accompagnée puisse bénéficier d'une vie sociale.

L'auxiliaire de vie sociale adapte son intervention aux degrés d'autonomie de la personne aidée.

Les Services Généraux

L'Agent de Service Intérieur

Diplôme requis : formation en HACCP, CAP dans le domaine de l'hygiène

Il assure l'entretien et l'hygiène des locaux ; il participe au service des repas.

Il assure quotidiennement le nettoyage global de la totalité des surfaces, mobiliers divers : chambres, cuisine, salles d'activités, bureaux..., appareils ménagers, murs, plafonds, vitres...ainsi que la préparation des repas mastiqués.

Il a la responsabilité d'organiser ces tâches, en fonction des protocoles, de telle manière que les résidents et le personnel puissent bénéficier de locaux en parfait état de propreté et pour les repas des textures appropriés.

Il est force de propositions afin d'apporter des améliorations dans l'organisation des locaux dont il a la charge.

Il a une véritable place au sein de l'équipe avec un regard sur le fonctionnement et le confort des résidents. Pour cela il participe une fois par mois à un temps de la réunion d'équipe ainsi qu'aux transmissions une fois par semaine.

Il exerce une vigilance constante en ce qui concerne les réparations nécessaires et les signale par écrit dans le cahier prévu à cet effet.

Il est responsable du matériel qui lui est confié et le range, impérativement sous clef, ainsi que les différents produits qu'il utilise.

L'Agent d'Entretien-Chauffeur

Diplôme requis : CAP souhaité

L'agent d'Entretien est chargé du bon fonctionnement de l'ensemble des locaux, mobiliers, appareils, matériels et véhicules de l'Etablissement. Il veille en permanence à leur entretien et au respect des normes de sécurité.

En tant que chauffeur, il utilise un véhicule de l'Association pour l'accompagnement des usagers accueillis. Il doit savoir conduire et posséder un permis de conduire en cours de validité et la carte de transport délivrée par la préfecture.

↳ ACTIVITES DU POSTE

Les tâches se référant aux deux domaines sont décrites de manière non exhaustive dans la liste suivante :

Entretien :

- Réalisation de toute tâche concernant l'entretien et les réparations dans l'établissement
- Vidange des poubelles
- Participation directe aux chantiers en cours
- Détection des problèmes et des dangers liés à la sécurité

Eventuellement :

- Gestion du parc des extincteurs
- Gestion du stock de fuel et de gaz
- Suivi des travaux effectués par des entreprises extérieures
- Gestion des stocks de produits d'entretien

Chauffeur

- Conduite des usagers dans les lieux indiqués par un cadre
- Entretien courant des véhicules
- Gestion du suivi et du contrôle de l'état et de l'entretien des véhicules

Equipement nécessaire : Chaussures de sécurité, tenue complète de travail, gants, casque, lunettes, masque si nécessaire.

Règles de sécurité spécifiques au poste :

- La tenue doit être adaptée en fonction de l'activité en cours.
- L'ouvrier est responsable du matériel utilisé tant qu'il n'est pas rangé dans le local prévu à cet effet.
- L'atelier ou l'armoire stockant les produits dangereux doit être maintenu fermé à clés en l'absence de personnel.
- Le code de la route doit être respecté en tout point.

L'Agent Administratif Principal

Regroupe les emplois suivants : Agent administratif principal, Secrétaire sténodactylographe principale, aide-comptable, Rédacteur correspondancier, Commis principal d'économat.

↳ ACTIVITES DU POSTE

Agent administratif principal ; secrétaire sténodactylographe principale :

- l'activité s'effectue à partir de consignes précises et doit être organisée en fonction des délais à respecter ;
- classe, pointe, vérifie les documents nécessaires à la saisie des informations pour un ou plusieurs services ;
- effectue l'enregistrement de données (courriers) ;

- s'occupe de la remise des chèques ;
- collecte les pièces justificatives liées à la banque et aux caisses ;
- prépare les règlements des fournisseurs ;
- peut assurer le tri et la distribution du courrier, la gestion des commandes et des stocks de fournitures de bureau ;
- peut être chargé des questions d'affranchissement des courriers de l'établissement ;
- effectue certains travaux de reprographie ;
- peut élaborer les fiches de paie en fonction des variables validées par les directeurs des établissements.
- est capable de rédiger des rapports et des correspondances simples à partir d'instructions déterminées ne nécessitant pas d'études techniques ou contentieuses.

Aide-comptable :

- assiste le comptable dans les travaux quotidiens ;
- décharge le comptable d'un certain nombre de tâches administratives ;
- s'occupe de la remise des chèques.

Le technicien Qualifié

Regroupe les emplois suivants : Secrétaire médicale, Secrétaire médicale principale, Secrétaire administrative 2^{ème} classe, comptable 2^{ème} classe, rédacteur documentaliste, Secrétaire de direction 2^{ème} classe, Adjoint d'économat.

↳ MISSIONS

- assure les tâches administratives dont elle a la responsabilité ;
- sous la responsabilité du directeur, assure le secrétariat, coordonne la transmission de l'information, organise et contrôle le travail de son secteur ;
- est chargé notamment de la rédaction du courrier sur directive générale, de la constitution de dossiers, de leur mise à jour, du classement, ainsi que du suivi de certaines tâches administratives ;
- assiste le directeur, ce qui implique une étroite collaboration ;
- est capable de réaliser conjointement des travaux administratifs classiques ainsi que d'autres plus techniques ou spécialisés ;
- transcrit, présente, organise, classe et exploite l'ensemble ou une partie des informations techniques d'un service ou d'un domaine spécialisé ;
- rédige de nombreuses notes à partir de simples consignes orales ou écrites et les transmet aux services concernés ;
- prend connaissance du courrier et prépare la correspondance ;
- traite les documents confidentiels ;
- prend en charge les contacts téléphoniques et assure la gestion du temps d'un ou plusieurs responsables hiérarchiques (prise de rendez-vous, réunions, organisation de déplacements) ;
- peut être chargé des questions d'affranchissement des courriers de l'entreprise ;
- effectue certains travaux de reprographie et peut assurer la maintenance courante des appareils et le suivi de leurs contrats d'entretien ;
- gère les commandes et les stocks de fournitures de bureau avec l'approbation de son supérieur.
- secrétariat médicosocial : peut assurer des tâches de secrétariat social regroupant le traitement des dossiers usagers.

Comptable :

- chargé au siège d'une association, de l'organisation générale, de la centralisation et du contrôle des comptabilités relatives aux établissements ;
- activité de confection de tous les documents comptables ;
- a en charge l'application des obligations légales en matière de comptabilité ;
- élabore les budgets en fonction des objectifs fixés ;
- élabore les fiches de paie en fonction des variables validées par les directeurs des établissements ;
- peut établir la facturation des produits de séjour en fonction des variables validées par les directeurs d'établissement ;
- effectue le contrôle et la tenue à jour d'inventaires ou autres documents propres à la tenue des stocks ;
- établit les bons de commande en liaison avec les fournisseurs et réceptionne les bons de livraison ;
- contrôle les factures en correspondance avec les bons de commande et les bons de livraison ;
- gère éventuellement la distribution et la réception des marchandises et du matériel ;
- est chargé de faire suivre au gestionnaire une synthèse du suivi des dépenses par établissement, et participe à la mise en place de la comptabilité analytique produite par les services comptables de l'Association ;
- est responsable de la balance des stocks : inventaires - états comptables - clôture de l'exercice.

Assistante sociale

L'assistante sociale accompagne les résidents et leur tuteurs et/ou famille dans toute démarche administrative (MDPH, prestations sociales,...).

Elle reçoit les notifications envoyées par la MDPH et les personnes souhaitant bénéficier de l'accompagnement du FAM. Elle leur transmet le dossier d'inscription. Elle étudie toutes les demandes ainsi que la composition des dossiers. Elle participe aux commissions d'admission.

8.3.3 L'accueil de stagiaires

L'accueil des stagiaires participe, pour le pôle médicalisé, à l'effort de formation du secteur en proposant l'établissement comme un site apprenant et qualifiant. Accueillir des stagiaires c'est faire circuler des idées, des approches nouvelles, favoriser l'échange, la remise en question et ainsi participer à l'évolution du secteur.

Le Pôle médicalisé s'engage à nommer un responsable de stage « tuteur référent », parmi les professionnels, afin de superviser l'accueil des stages au sein de l'établissement et les relations avec les usagers et les autres professionnels. Ce professionnel atteste d'un diplôme en fonction de la formation du stagiaire. Il anime et coordonne l'accueil du stagiaire. L'accueil de stagiaires est organisé et régi par un dispositif qui doit assurer l'encadrement du stagiaire pour garantir et

protéger les résidents de l'institution, les professionnels des équipes, la mission ordinaire d'accompagnement des personnes ainsi que le stagiaire dans son projet de formation.

PROCÉDURE D'ACCUEIL DU STAGIAIRE

Le stagiaire demandeur prend rendez-vous avec le chef de services. La rencontre s'axe sur les attendus du stagiaire, la présentation du projet de service ainsi que les modalités d'organisation et l'affectation du stagiaire dans un service et la structure horaire de son temps. Elle se termine par une visite de l'établissement ainsi qu'une présentation du tuteur de stage, lorsque cela est possible. L'institut de formation confirme les dates avec l'envoi d'une convention. La convention de stage est signée après la validation par le chef de services de l'établissement. Sans ce document signé aucun stage ne pourra commencer sur le pôle médicalisé.

Les attentes de l'établissement à l'égard du stagiaire

Le stagiaire doit être acteur d'une démarche de formation notamment clinique, visant l'acquisition d'un métier, ce qui passe par son implication sur le terrain professionnel. Il ne s'agit donc pas de rester un observateur neutre et distancié, ni de confondre son intervention avec celles des professionnels en situation de travail. Le stagiaire est en mesure de rendre compte auprès de ses pairs des actions qu'il a engagées à l'égard des usagers. Les stagiaires sont soumis au secret professionnel (article 80 CFAS, loi du 16/12/1992).

Les attentes du stagiaire à l'égard de l'établissement

Le stagiaire doit pouvoir trouver les moyens de sa formation : informations, participations aux différents moments d'activité (réunions, rencontres avec les partenaires, disponibilité du tuteur...).

Règles Internes

Les horaires du stagiaire sont systématiquement calés sur les horaires du tuteur de stage. Cela facilite l'accueil et l'accompagnement pour permettre au stagiaire de trouver progressivement ses repères. Le tuteur de stage est le seul interlocuteur au début du stage. Tout changement de l'horaire est fait avec le chef de services et sous la responsabilité de celui-ci. Le planning horaire du stagiaire est adapté aux conditions de la convention et des règles du droit du travail en vigueur. Le stagiaire peut rencontrer à des moments donnés les autres professionnels du service et même du pôle : psychologue, psychomotricienne, coordonnateur, personnel médical, chef de services, secrétariat, direction... toute personne dont les rapports avec le travail sont susceptibles d'enrichir la connaissance du terrain. Pour toute question d'organisation du stage, les relations avec l'école, les conditions légales, le droit, la responsabilité, les accidents, les absences... c'est le chef de services qui est en charge et responsable.

Rappels Importants :

- Les stagiaires participent à toutes les réunions cliniques de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'aux réunions de projet et de restitution en présence de la famille.
- Cependant, ils ne participent pas aux séances d'analyse des pratiques professionnelles.
- Un stagiaire peut rester seul en présence d'un, voire, de plusieurs résidents à l'intérieur de l'établissement. Il n'y a pas de règles en la matière. Toutefois, il appartient au tuteur de stage (avec l'avis du chef de services) d'évaluer objectivement les risques pris. Cela relève de la responsabilité du tuteur. En cas d'incertitude, ne pas prendre de risques « non mesurés... »
- La responsabilité du tuteur de stage reste engagée dans toutes les activités du stagiaire.
- Toute absence, accident... problème relationnel important etc... doit être signalé au chef de services ou au directeur de l'établissement dans les plus brefs délais.

- En aucun cas un stagiaire ne peut être affecté sur un poste en remplacement d'un personnel titulaire.

8.4 Les supports de communication interne

8.4.1 Affichages

Un affichage réglementaire, dont les horaires de travail, est existant au sein de l'établissement en salle du personnel et dans le bureau des professionnels.

8.4.2 Réseau intranet

Un réseau intranet avec messagerie et dossiers, permet à tous les salariés de pouvoir lire et communiquer dans les dossiers en fonction de leurs droits d'accès. Sont accessibles en ligne les Recommandations de Bonnes Pratiques, le projet d'établissement, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et les chartes de la personne accueillie et de la laïcité.

8.4.3 Charte informatique

A ce jour et compte-tenu de la réorganisation récente (externalisation) de l'outil informatique de l'ensemble des établissements d'une part, mais également de la constitution prioritaire de certaines commissions (charte de la laïcité, comité de vigilance bienveillance, commission « menus »...) le temps a manqué pour élaborer une charte informatique. Ce travail devra être mené dès que possible. Un travail de prospection et d'élaboration d'un dossier unique de l'utilisateur en support dématérialisé est engagé. Quand le choix du produit aura été arrêté, les nécessaires déclarations à la CNIL devront être faites.

8.4.4 Gestion documentaire

Divers documents sont à la disposition des professionnels dans un présentoir en salle du personnel. La gestion documentaire est informatisée et sécurisée. De plus le site intranet présente les diverses lois, décrets et RBPP de l'ANESM.

8.5 L'interdisciplinarité et le travail en équipe

Les réunions favorisant l'optimisation du travail en équipe

La réunion institutionnelle :

- Elle se déroule deux fois par an.
- Les participants : l'ensemble des salariés du pôle médicalisé
- La réunion institutionnelle est animée par la directrice du pôle, avec deux objectifs principaux :
 - Partage et mise à niveau des informations sur la vie de l'institution.
 - Partage du sens, sur les missions, les enjeux dans le champ de l'action médico-sociale.

C'est le lieu de l'interpellation et des débats. Elle tient compte des statuts et des responsabilités de chacun dans les établissements.

La réunion clinique :

- Elle se déroule une fois par semaine durant 2h00 en alternance avec les réunions de projet personnalisé.
- Les participants : médecin psychiatre, infirmière, psychologue, psychomotricienne, chef de services, coordonnateur, équipe d'accompagnement (AS, ES, AMP, AVS, ME...)
- La réunion commence par un ordre du jour établi par les participants ou des points écrits sur le cahier de transmissions par l'équipe d'accompagnement. Elle est animée par le chef de services qui respecte le temps de parole pour chaque point et ainsi veille à faire circuler la parole entre tous les participants.

La réunion clinique est le lieu où nous essayons ensemble de comprendre ce qui, sur la scène quotidienne de l'institution, avec les nombreux acteurs qui y sont engagés, se rejoue des traumatismes passés. Il s'agit alors de décrypter les différentes pensées, sensations, sentiments, observations des membres de l'équipe, d'essayer diverses lectures du quotidien pour tenter d'inventer une autre réponse que celle qui fut traumatisante, et ouvrir ainsi d'autres possibilités.

On y travaille ce qui se cristallise, ce qui fait symptôme, se répète et donc pose question dans la relation d'un résident avec ce qui l'entoure, avec son environnement.

Pour ce travail, la présence d'un autre que l'équipe d'accompagnement, psychologue, médecin psychiatre, chef de services est nécessaire : ils garantissent la possibilité de la parole dans la recherche du sens, quels que soient les passions, les enjeux, les affects mobilisés ; ils représentent le transfert possible à la parole, dans le groupe ; ils permettent de faire converger ou diverger les représentations de chacun, aiguissant la soif de connaître, de partager, de rendre compte ; ils permettent l'élaboration d'un savoir clinique, à partir de l'outil de connaissance qu'est la présence en chair en os et en histoires de chaque éducateur.

La réunion est le lieu de traitement des affects et des passions, un lieu de transformation par la parole. C'est donc un lieu de dialyse où les affects, après s'être relancés ou réveillés sur la scène de l'institution, changent de scène en passant par la représentation en mots des éducateurs qui en ont été les témoins ou les supports.

La réunion de projet personnalisé :

Elle se déroule une fois par an pour chaque résident

Les participants : le coordinateur de projet Médecin psychiatre, infirmière, psychologue, psychomotricienne, chef de services, coordonnateur, équipe d'accompagnement (AS, ES, AMP, AVS, ME...), la direction.

La réunion est animée par le coordinateur de projet et le chef de services, qui veille à la circulation de la parole et au respect du timing, recentre les débats, interpelle l'équipe sur d'éventuels oublis.

Elle se décompose en deux temps :

- Le premier temps le coordinateur de projet fait la synthèse de l'année précédente. Chaque professionnel intervient dans son champ de compétence afin de retracer les événements

importants de l'année et d'orienter le projet à venir. C'est un moment de débat autour des éléments fournis par les différents intervenants puis un temps d'élaboration d'hypothèses sur le sens des conduites de la personne.

- Le second temps se définit par l'élaboration conjointe du projet personnalisé. C'est une projection et une réflexion sur cet outil de planification et de coordination. Le coordinateur du projet définit les objectifs à développer avec la personne ainsi que les actions qui en découlent. Par rapport à ses objectifs nous définissons en équipe pluridisciplinaire les objectifs opérationnels, les stratégies de mise en œuvre, les moyens et la planification du projet.

La réunion de coordination :

- Elle se déroule une fois par semaine.
- Les participants : les coordinateurs de chaque service, le chef de services.

Elle a pour objectif de travailler la transversalité entre les deux services et d'avoir une dynamique de pôle.

C'est une réunion organisationnelle de programmation qui prend sens dans l'organisation et la planification des intervenants par rapport à leur planning en fonction des événements institutionnels (absences, formations, programmation de projet personnalisé, journée particulière...). Elle permet de faire un point hebdomadaire sur chaque service tant au niveau des salariés que des résidents, de leur famille et des partenaires extérieurs.

Cette réunion permet d'évaluer la participation de chacun à la dynamique impulsée par le projet de service et plus globalement par le projet institutionnel. Chacun intervient dans cette dynamique en fonction de ses champs de compétences. Elle permet de s'assurer la mise en œuvre et la coordination des activités en mobilisant les ressources nécessaires et constitue dans ce sens un garant des orientations fixées et des objectifs retenus.

C'est en ce sens que le coordinateur occupe une place qui le situe institutionnellement à l'interface du chef de services et de l'équipe médico-sociale. Dans la chaîne hiérarchique, il participe à une coordination fonctionnelle et constitue une courroie de transmission de l'information ascendante et descendante. Sans être hiérarchique, ce rôle est central dans le lien transversal qu'il établit entre le chef de services et l'équipe pluridisciplinaire.

La réunion de coordination prend sens dans l'accompagnement et soutien de l'équipe au travers du travail réalisé auprès des personnes en difficulté.

8.6 Le soutien aux professionnels

8.6.1 Le livret d'accueil du nouveau salarié

Un livret d'accueil est en cours de rédaction par le service ressources humaines de l'ADSEA avec une adaptation dans chaque établissement. Un guide d'informations est distribué à chaque nouveau salarié, il est remis contre signature.

Il est composé de :

- Livret d'accueil de l'établissement

- Règlement de fonctionnement
- Règlement intérieur, récépissé de remise à retourner signé
- Organigramme
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Charte de la laïcité et de la liberté de conscience
- Protocole de bientraitance
- Dossier Mutuelle Malakoff Médéric à remplir
- Protocoles divers

8.6.2 L'Analyse des Pratiques Professionnelles

L'analyse des pratiques est dispensée à raison d'une séance de deux heures par mois par un tiers extérieur, neutre et non impliqué dans l'organisation du FAM. L'objectif est d'apporter des modifications à des réponses et des conduites à tenir.

Ce travail en groupe pluridisciplinaire permet d'exposer des situations et invite chacun à s'interroger sur ses pratiques, dans le cadre de son activité professionnelle.

L'analyse des pratiques doit permettre aux professionnels de comprendre la résonance générée en eux par les situations rencontrées qui peuvent induire des positionnements professionnels inadaptés. Au-delà de la recherche de solutions pour un problème spécifique, l'analyse des pratiques est également un moyen de **régulation** et de **remise en question**.

Les objectifs et dimensions constituantes sont :

- Proposer un espace d'accueil et de mise en mots du vécu professionnel en lien à la relation éducative et à ses difficultés.
- Mettre à jour les dynamiques et les enjeux sous-jacents aux problématiques présentes dans la relation d'accompagnement.
- Permettre une prise de recul et de réflexion quant à ses propres modes de fonctionnement et à ses interventions professionnelles.
- Proposer de nouveaux outils d'analyse et différents modèles de compréhension des symptômes offrant ainsi une plus grande adaptation des réponses.
- Permettre l'émergence d'hypothèses.
- Mutualiser et développer les savoirs, savoir-faire et savoir-être de l'équipe.
- Développer la coopération et renforcer la cohérence des pratiques au sein de l'équipe.
- Apprendre et développer des stratégies collectives de réflexion et de créativité en matière d'interventions.
- S'accorder sur un sens commun aux interventions.

8.6.3 La politique de formation

Au niveau de l'association, la politique de formation est traitée dans le volet GPEC.

Au niveau de l'établissement, il existe des formations relevant du BFA. Ce sont essentiellement des formations collectives en lien avec le projet d'établissement (vieillesse des personnes

accueillies, pathologies, handicaps) ou dans le souci d'améliorer ou de développer les compétences des personnels.

Il existe également les formations prises en charge par le budget de l'établissement et liées à la sécurité (formation incendie/évacuation/maniement des extincteurs, habilitation électrique, HACCP...) ou des aides à la démarche continue d'amélioration de la qualité (projet d'établissement, évaluation interne...).

Les demandes de formations individuelles permettent aux salariés d'optimiser leurs compétences (BNSA...).

Dans la prise en compte des dispositions réglementaires des formations sont dispensées sur le thème de la maltraitance ou sur les problématiques spécifiques des populations accueillies.³³

8.7 L'entretien professionnel

Il est entré en vigueur le 7 mars 2014, depuis la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale (Art. L.6315-1 C.T.).

L'entretien s'adresse à tous les salariés (CDI, CDD, temps complet, temps partiel...) et doit avoir lieu tous les deux ans ainsi qu'après une longue période d'absence. Cet entretien est consacré aux perspectives d'évolution professionnelle du salarié, notamment en termes de qualification et d'emploi. Cet entretien est effectué sur le temps de travail. Il dure au moins une heure et est divisé en trois étapes :

- revenir sur le parcours, les formations suivies et les compétences acquises,
- identifier les souhaits et le projet professionnel,
- définir les actions pour les concrétiser (adaptation du poste de travail, mobilité interne, formation certifiante, VAE...).

A son issue, l'entretien est formalisé par un compte-rendu cosigné, dont copie remise au salarié.

Tous les deux ans, l'entretien professionnel est l'occasion d'un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel.

8.8 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Carrières - GPEC

La gestion prévisionnelle des emplois et carrières constitue, pour les salariés, un outil majeur pour accompagner, faciliter et sécuriser les évolutions de carrières et des mobilités internes, en leur permettant ainsi qu'à leur encadrement de disposer d'informations, d'outils et de points de repères dans la gestion des parcours professionnels et dans la prévention de toute usure professionnelle.

Ainsi, et comme l'ensemble des salariés de l'ADSEA 05, les salariés du FAM bénéficient des mêmes mesures mises en place par l'association :

- Favoriser la mobilité interne,
- Encourager la VAE, les périodes de professionnalisation,

³³ DGAS/2A/2007/112 instruction ministérielle du 22 mars 2007

- Mutualiser des formations spécifiques à la convention (surveillant de nuit qualifié, maîtresse de maison) et les proposer aux personnels en poste non encore certifiés,
- Appliquer de façon systématique l'avenant N° 327 du 28 mars 2014 relatif à la formation des personnels sans qualification intervenant auprès des bénéficiaires,
- Réserver 40% de l'enveloppe du BFA de chaque établissement afin de pouvoir organiser des formations communes à tous les salariés qui -à cette occasion- peuvent échanger sur leur pratiques et connaître le fonctionnement des autres établissements et services de l'association et ainsi prendre conscience des possibilités d'évolution ou de changement professionnels. Les formations proposées vont de la sensibilisation à la bientraitance, à la conduite sur glace ou encore à l'approche d'un CPOM ou des RPS, à l'apprentissage de mesures d'hygiène comme l'HACCP, à la connaissance des techniques de management pour les cadres...

9 La sécurité et la gestion des risques

9.1 Politique générale et pilotage

Prévention des risques

L'établissement est équipé d'un défibrillateur situé à la MAS.

Un plan « bleu » (canicule, grippe A) est élaboré depuis 2014. Il a été actualisé en 2016.

Un DUERP a été travaillé avec la médecine du travail autour de la fiche entreprise du FAM.

9.1.1 Classification ERP

En matière de sécurité dans les établissements recevant du public (ERP), les principes qui guident la réglementation applicable s'attachent à ce que ces établissements soient conçus de manière à permettre :

- de limiter les risques d'incendie,
- d'alerter les occupants lorsqu'un sinistre se déclare,
- de favoriser l'évacuation des personnes tout en évitant la panique,
- d'alerter des services de secours et faciliter leur intervention.

Les mesures de prévention contre les incendies concernent tous les travaux, qu'ils portent sur la création, l'aménagement ou la modification de ces établissements. Elles s'appliquent également à toutes les phases de la « vie » de l'établissement : conception, construction et exploitation.

Caractérisation d'un ERP :

Constituent des ERP tous les bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non.

Tous les ERP ne présentent pas les mêmes caractéristiques de taille, de destination, d'usage et de risques. Ils sont donc répartis en types selon la nature de leur exploitation, classés en catégories d'après l'effectif du public et du personnel.

Le FAM est classé de Type J (structure d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées) Catégorie 5 (établissement accueillant un nombre de personnes inférieur au seuil dépendant du type d'établissement - soit 25 résidents par étage et 100 en effectif total).

Pour les ERP de 5^o catégorie (petits établissements), il ne comprend que le public (et pas le personnel).

9.1.2 Conformité des installations

L'établissement s'appuie sur des intervenants extérieurs agréés pour s'assurer de la conformité de ses installations.

Chaque intervention donne lieu à un émargement du registre de sécurité par le prestataire.

L'établissement consigne dans un registre de sécurité les vérifications périodiques obligatoires, opérations de maintenance et autres évènements obligatoires.

Les contrôles obligatoires sont réalisés de façon régulière et dans les temps pour la quasi-totalité des installations. On citera sans être totalement exhaustif :

- les installations électriques et les éclairages de secours,
- les moyens de prévention et de lutte incendie : extincteurs, RIA, alarme, trappes de désenfumage,
- les échelles et escabeaux,
- contrôle annuel des installations électriques par l'association des propriétaires des appareils vapeurs et électriques (APAVE),
- hygiène alimentaire : les contrôles sont effectués soit pas les services vétérinaires, soit par le laboratoire vétérinaire,
- légionellose : la recherche et le dénombrement des légionelles sont effectués par le laboratoire tous les six mois.
 - * Si le résultat est positif, le traitement des canalisations est effectué par la structure selon un protocole établi en concertation avec le laboratoire vétérinaire.
 - * Le détartrage des ballons d'eau chaude est effectué par l'entreprise chargée de la maintenance.

9.1.3 Le DUERP

Le document unique d'évaluation des risques est obligatoire dans toutes les entreprises, administrations et associations³⁴.

Il transcrit les résultats de l'évaluation des risques et liste les solutions à mettre en œuvre.

L'employeur informe les travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité. Cette information porte sur : les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques, les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique d'évaluation des risques, le rôle du service de santé au travail et des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels, les dispositions contenues dans le règlement intérieur, les consignes de sécurité et de premiers secours en cas d'incendie.³⁵

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; des actions d'information et de formation ; la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.³⁶

9.1.4 Référent sécurité au travail

Depuis le 1er juillet 2012, l'employeur a désigné un référent en santé et sécurité du travail (SST), déjà compétent ou formé spécifiquement. Il est membre du CHSCT. La mission de ce référent SST est notamment de participer à la rédaction du Document Unique d'Evaluation des Risques, de diffuser les consignes de sécurité, d'informer les nouveaux embauchés, intérimaires, sur les dangers auxquels ils peuvent être confrontés, de s'assurer que les vérifications

³⁴ Application du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001

³⁵ Application du décret n° 2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité

³⁶ Application de l'article L. 4121-1 du code du travail

périodiques obligatoires du matériel et des équipements sont faites. Il dispose du temps et des moyens nécessaires pour exercer cette fonction.³⁷

9.1.5 Registre des procédures

La création et l'application de procédures internes dans l'établissement permet de valider la traçabilité de la prise en charge des bénéficiaires. Le FAM abonde son nombre au fil des années.

Les procédures sont des écrits de préconisation de la démarche à mener dans une situation précise. Elles ont pour vocation de garantir l'exécution complète et rigoureuse de certains actes professionnels. On aura compris le caractère impératif et contraignant qui les différencie des références. Elles sont émises par l'équipe de direction en concertation avec les équipes pluri disciplinaires concernées.

Elles se répartissent en plusieurs thèmes :

- La sécurité (incendie, exposition au sang)
- Le fonctionnement du foyer (médicaments, dossier unique, ...)
- Les process (repas, admission, maltraitance, projet personnalisé...)
- Cas exceptionnel de type météo (plan neige...)

9.1.6 Les RPS et la pénibilité

A la demande de la CARSAT et de la Médecine du Travail (GEST05), l'ADSEA 05 prépare un travail spécifique de prévention des RPS sur un site pilote pour ensuite l'adapter aux autres structures de l'ADSEA.

La volonté de l'association est d'apporter au management de l'établissement, des outils permettant d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels.

La constitution d'un groupe de travail aura pour mission d'identifier les risques psycho-sociaux à partir du questionnaire « Faire le point » édité pour le secteur médico-social par l'INRS. L'animation et l'appui technique seront assurés par la psychologue du GEST 05.

Après l'identification des risques, le groupe contribuera avec la direction à l'élaboration d'un plan d'amélioration. Un groupe de suivi sera ensuite constitué.

La pénibilité

A compter du 1^{er} janvier 2015, il y a obligation de mettre en place « un compte personnel de prévention de la pénibilité », créé par la loi du 20 janvier 2014 sur la réforme des retraites.

Celui-ci concerne tous les salariés effectuant des travaux pénibles au-delà de certains seuils (travail de nuit, travail répétitif, travail en équipes successives alternantes, activités en milieu hyperbare).

Cette mesure concerne uniquement les personnes qui travaillent la nuit dans les établissements gérés par l'ADSEA 05.

³⁷ Code du travail

L'exposition au facteur de pénibilité du travail de nuit (une heure de travail entre 24 heures et 5 heures, 120 nuits/an) est calculé annuellement.

Ce compte permet de financer une formation pour accéder à un emploi non ou moins exposé à la pénibilité, de réduire leur temps de travail ou de racheter des trimestres de cotisations retraite.

9.2 Risques généraux

9.2.1 Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire dans l'établissement est garantie par l'application des règles HACCP définies dans « Le Manuel assurance qualité HACCP », des procédures « Cuisine relais » et des procédures « Plans de nettoyage et de désinfection ».

Des contrôles sont effectués à chaque étape critique, de la réception des marchandises et repas à la consommation, ils sont matérialisés par les imprimés spécifiques suivants :

Fiche de contrôle « réception marchandises » : service cuisine

Cette procédure permet de s'assurer que toutes les denrées alimentaires entrant dans l'établissement sont conformes en quantité et qualité.

Fiche de non-conformité : service cuisine

Cette procédure permet de s'assurer qu'une non-conformité ou un dysfonctionnement soit pris en compte systématiquement, maîtrisé et résolu.

Fiche d'enregistrement N°E004 réserves et N°E004 cuisine : service cuisine

Ces procédures permettent de s'assurer que les températures des frigos et des chambres froides de la cuisine et de la réserve alimentaire soient contrôlées 2 fois par jour.

Fiche de suivi des opérations de remise en température en cuisine relais : service cuisine et éducatifs

Cette procédure permet de s'assurer du respect des chaînes de températures des repas.

Plan de nettoyage et de désinfection : service cuisine

Cette procédure permet de s'assurer que le nettoyage des locaux de la cuisine et ses annexes soit réalisé dans les conditions fixées par le plan de nettoyage.

Autres procédures à appliquer :

- Pique-niques : uniquement les pique-niques en produits stabilisés sont autorisés.
- FORMATION HACCP : personnel de cuisine

9.2.2 Sécurité diurne

L'établissement est muni d'extincteurs qui sont répartis comme indiqué sur les plans d'interventions validés par la sous-commission de sécurité.

Ils sont vérifiés annuellement par la société spécialisée.

Tous les bâtiments ont une issue de secours.

Dans tous les bâtiments, il est affiché à l'entrée un plan d'intervention générale.

Un contrat de maintenance est conclu avec une société pour l'entretien du système de chauffage et pour le ramonage.

Des consignes de sécurité telles que « Consignes alarme incendie », « Consignes générales à tenir en cas d'urgence » sont affichées dans les bâtiments.

Les éducateurs disposent d'une trousse médicale d'urgence, ainsi que dans chaque véhicule.

Dans le cadre du classement de l'établissement en ERP J 5, une visite de contrôle est réalisée tous les 5 ans par la sous-commission de sécurité afin de vérifier la conformité de l'établissement en fonction des règlements en vigueur.

Deux exercices semestriels d'évacuation incendie sont effectués dont -si possible- un avec le concours des sapeurs-pompiers du Centre de Secours. Un point de rassemblement est fixé au gymnase.

9.2.3 Sécurité nocturne

Les bâtiments sont surveillés toutes les nuits par un aide-soignant qui effectue des rondes régulières.

9.2.4 Sécurité dans les transports

Tous les véhicules sont vérifiés mensuellement par le service entretien. Ils sont équipés d'extincteurs et de trousse d'urgence.

Une note annuelle est transmise par la directrice générale et rappelle les consignes générales de sécurité en fonction de la saison et celle inhérente à l'interdiction de l'utilisation du téléphone portable pendant la conduite et l'interdiction de fumer dans les véhicules.

L'obtention de la carte jaune est obligatoire pour toutes les personnes qui sont amenées à conduire les usagers.

Depuis 2015, une formation conduite sur neige et glace est proposée par l'association. Elle est renouvelée périodiquement afin que tous les salariés puissent en bénéficier.

Un tutorat est prévu pour la première utilisation de certains véhicules par un nouveau salarié.

La présence de 2 salariés n'est pas obligatoire lors de l'accompagnement des usagers dans les véhicules de l'établissement, sauf cas exceptionnel autorisé par la Direction. Lorsque 2 salariés se trouvent dans le même véhicule, il est rappelé que le salarié qui ne conduit pas doit être à l'arrière du véhicule et non à côté du conducteur.

9.3 Risques spécifiques

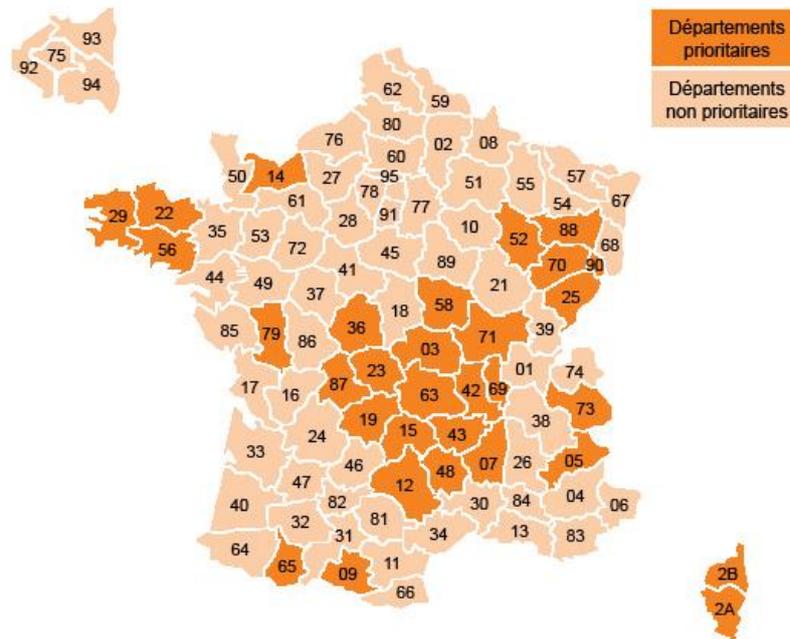
9.3.1 Risque de fugue

Le FAM dispose d'une fiche de procédure en cas de disparition ou de fugue d'un résident.

9.3.2 Risque de brûlure

Dans une démarche préventive des mitigeurs ont été installés dans toutes les douches et des têtes thermostatiques en amont de chaque douche.

9.3.3 Radon



Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle provenant de la désintégration du radium, lui-même issu de la désintégration de l'uranium contenu dans la croûte terrestre. Il est inodore et incolore.

Nota : La concentration en radon dans l'air s'exprime en becquerels par mètre cube (Bq/m³).

Le radon est présent partout à la surface de la terre mais plus particulièrement dans les sous-sols granitiques et volcaniques.

Suite à une campagne nationale de mesures du radon dans des locaux, les pouvoirs publics français ont dressé, par arrêté, une liste de départements prioritaires face au risque radon.

Si l'exposition au radon dans les départements dits « non prioritaires » est en moyenne plus faible, elle n'est néanmoins pas à négliger.

Le diagnostic radon doit être réalisé tous les 10 ans.

9.3.4 Légionnelles

Des contrôles annuels sont effectués régulièrement et un carnet sanitaire (relevés de température et analyses bactériologiques) permet de consigner les travaux effectués régulièrement pour ne pas avoir de risques au sein des divers points d'eau.

9.3.5 Autonomie énergétique

En matière de sécurité électrique l'établissement a mené et finalisé une étude portant sur l'analyse des risques sous la forme du document d'analyse des risques liés à la défaillance en énergie : le DARDE.³⁸

9.4 Plan de gestion des crises

Plan de continuité d'activité et Plan Bleu

Les circulaires ministérielles des 12 mai 2004, 4 mars 2005 et 14 juin 2007 concernent la mise en place dans les établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées, des mesures préconisées dans le cadre des plans bleus.

L'objectif est de veiller à mettre en place les mesures préconisées pour faire face efficacement à la gestion d'une crise sanitaire avec la désignation d'un référent qui au Foyer est le directeur, responsable en cas de crise.

Le plan bleu comporte les recommandations préventives de bonnes pratiques en cas de canicule à destination des personnels et résidents ; ainsi qu'un plan de continuité des activités avec les moyens en personnel et l'inventaire des équipements et matériels.

9.5 Exercices et formations spécifiques

L'ensemble du personnel est formé au maniement des extincteurs et au fonctionnement des alarmes. Le personnel est également formé dans le cadre de la formation « Sauveteurs Secouristes au Travail » à l'utilisation d'un défibrillateur.

Un exercice d'évacuation est organisé par semestre ; avec rapport écrit des constats établis (points forts, lacunes, dysfonctionnements matériels, défaut de liaison...) adressé pour information au SDIS.

³⁸ Décret du 26 mai 2009, qui a modifié les obligations des établissements en matière de sécurité électrique

10 - Les perspectives et enjeux de l'établissement

Les projets - période 2019-2024

- Adapter l'accompagnement à l'évolution en âge des personnes accueillies.

L'évolution des personnes accueillies au FAM suit l'évolution de la société actuelle. Le vieillissement de la population est une préoccupation particulière pour les politiques publiques ainsi que pour tous les acteurs qui accompagnent les personnes concernées. Ainsi, la loi pour l'Adaptation de la Société au Vieillessement a été adoptée en 2015 dont l'un des objectifs est de permettre un maintien au domicile de qualité pour les personnes vieillissantes. Le Foyer d'Accueil Médicalisé est le domicile des résidents. L'adaptation de nos pratiques à cette nouvelle problématique est devenue essentielle d'autant plus que l'agrément du FAM ne précise pas de limite en âge pour l'accueil des personnes.

Cette évolution de l'accompagnement passera obligatoirement par **la formation** des professionnels, par **l'évaluation des besoins** des résidents mais également par **un travail en partenariat** avec les spécialistes du vieillissement (EHPAD, Plateforme Territoriale d'Appui, Gériatre, etc.). Il est nécessaire pour les établissements accueillant des personnes adultes handicapées de travailler avec les pouvoirs publics sur les réponses à apporter à ces personnes.

- Mutualiser les ressources du Pôle Adultes pour une réponse adaptée aux besoins individuels des personnes accueillies.

Avec les dernières évolutions au niveau des politiques publiques (Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens, SERAFIN PH, la Réponse Accompagnée pour Tous, la nomenclature des ESMS, etc.) les gestionnaires d'établissements et de services sont encouragés à développer des prestations en lien avec les besoins des personnes et non plus en lien avec les ressources des établissements.

Ces éléments sont des leviers d'amélioration pour notre organisation. Ainsi, à moyen terme (d'aujourd'hui à 2024) la mutualisation des ressources du pôle adultes (FAM MAS FDV voire IME) devra être mise en place. Cette mutualisation pourra se faire dans différents domaines :

- **L'hébergement** : le repenser en fonctions des besoins, de l'autonomie et des capacités des résidents. Permettre aux personnes le nécessitant de bénéficier d'une chambre de plain pied quelque soit les « murs », FAM ou MAS.
- **Les bâtis** : mutualiser les salles d'activités sur le site Saint Jean permettant ainsi aux résidents d'accéder au gymnase, à la salle snoezelen, au jacuzzi, etc.
- **Les activités internes et externes** : il n'est pas nécessaire d'habiter dans le même établissement pour partager une activité ou bénéficier d'une prestation. La coordination des plannings d'activités sera mise en place pour permettre à toute personne le souhaitant d'accéder à une activité sur site ou à l'extérieur indépendamment de son établissement de référence.

- **Les ressources humaines** : depuis des années l'association est dans une démarche de mutualisation, par la création d'un siège avec des fonctions supports et la création de pôles avec des directions communes. Le pôle hébergement adultes de Gap est également engagé dans cette démarche : la direction est commune aux trois établissements, les chefs de services comme certains professionnels de l'accompagnement sont habilités à intervenir sur les différentes structures et le personnel administratif est mutualisé permettant une spécialisation dans leurs actions (RH, comptabilité, Suivi des dossiers résidents).
Cette démarche devra être maintenue en permettant aux professionnels de mettre en avant leurs compétences auprès des résidents indépendamment des structures.
- Développer l'offre de service.
Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en dispositif et pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes.³⁹ La signature prochaine d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens permettra de faire évoluer ces autorisations autant que nécessaire. Les établissements pourront ainsi accueillir les personnes selon diverses modalités en fonction de leurs besoins et envies sans avoir à demander une nouvelle notification. Jusqu'à aujourd'hui la MAS n'avait l'agrément que pour une modalité d'accueil en internat, dans les prochaines années parmi les possibilités d'accueil il y aura: l'hébergement complet internat ; l'accueil de nuit ; le placement famille d'accueil ; l'accueil temporaire avec hébergement ; l'accueil avec hébergement ; l'accueil de Jour (sans distinction entre semi-internat et externat) ; l'accueil temporaire de jour ; l'accueil temporaire (avec et sans hébergement), etc. Certaines règles comme le nombre de personnes pouvant être accueillies simultanément devront toutefois être respectées.
- Poursuivre la politique engagée en termes de Ressources Humaines.
Afin d'assurer aux résidents un accompagnement de qualité, les orientations concernant les ressources humaines doivent être maintenues notamment avec : des procédures de recrutement définies (obligation de diplôme) ; l'accueil et l'accompagnement de stagiaires en cours de formation dans des métiers en lien avec ceux de la MAS ; l'application de l'accord d'entreprise concernant la mobilité interne ; la gestion des ressources humaines via la réactualisation du Document Unique des Risques Professionnels et de son plan d'action dans l'objectif de faire diminuer les accidents du travail et l'absentéisme (usure professionnelle).
- Améliorer les pratiques professionnelles.

³⁹ Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

Lorsque nous évoquons l'évaluation des besoins nous devons nous interroger sur nos pratiques professionnelles. Cela passe par différentes actions de formations avec la mise en place d'un plan de formation sur plusieurs années portant sur :

- Les **gestes et postures** lors des accompagnements quotidiens et des divers déplacements des résidents (limiter les risques d'accidents).
- Le développement des **connaissances sur les différentes pathologies** notamment celles concernant les résidents ayant un trouble du spectre autistique et ceux ayant des troubles psychiques, des déficiences sensorielles.
- L'appropriation des **recommandations des bonnes pratiques professionnelles** de la Haute Autorité de Santé.
- La poursuite du développement de la culture de la **bienveillance** au sein de l'association.

La formation permet d'instaurer une dynamique dans nos actions et nous pourrions tendre ainsi vers une organisation apprenante permettant aux professionnels de développer leurs connaissances, de les partager et d'en créer de nouvelles.

- Développer le partenariat : L'association a de nombreuses ressources en termes de compétences professionnelles, mais cela reste insuffisant pour répondre de manière satisfaisante à notre mission. Dans les cinq années, à venir nous allons développer des partenariats permettant d'obtenir les ressources nécessaires à l'évolution des besoins. Cela passera par :
 - Des rencontres et **visites régulières des établissements** accueillant des personnes adultes handicapées. Cette démarche permettra des échanges de pratiques entre professionnels, de développer leurs connaissances concernant l'accompagnement et pourra également aboutir à des séjours inter-établissements pour les résidents n'ayant jamais l'occasion quitter leur structure.
 - Des rencontres avec les **partenaires du droit commun** (Maison Des Solidarités, MDPH, Plateforme territoriale d'appui, CODES, etc.) afin de permettre aux résidents d'exercer leurs droits de citoyens. Dans les établissements spécialisés, nous avons tendance à essayer de compenser tous les manques qu'ont les résidents par nous-mêmes alors qu'ils peuvent également solliciter comme tout à chacun les structures publiques existantes.
 - Des rencontres avec des **partenaires spécialistes**. Les établissements du pôle adultes de Gap sont des « généralistes », si les déficiences principales relèvent de la déficience intellectuelle et du spectre autistique les déficiences associées sont très nombreuses. Il est essentiel de créer des partenariats pérennes avec les structures ou professionnels pouvant nous apporter des connaissances dans des domaines diversifiés mais hautement spécialisés.

Toutes les actions qui seront mises en œuvre durant les cinq prochaines années ont un objectif commun, celui d'un accompagnement individualisé de qualité pour toutes les personnes accompagnées.

11 - La démarche d'amélioration continue de la qualité

11.1 La démarche d'évaluation interne dans l'établissement

Les enjeux de la démarche

La loi crée l'obligation pour les établissements et services médico-sociaux de « **procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent** ». Il est complété par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 qui fixe le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.

Le Président de l'association, le Conseil d'Administration, la Direction Générale et la Direction de l'établissement ont affirmé leur volonté de mettre en œuvre un cycle d'évaluation interne prévue par l'article 22 de la loi du 02 janvier 2002.

Les instances dirigeantes souhaitent par là même, à travers cette démarche, et dans l'esprit de la loi 2002-2, initialiser la mise en œuvre dans l'établissement d'un processus continu d'amélioration de la qualité des prestations et du service rendu aux bénéficiaires.

Elle s'est déroulée d'octobre 2013 à décembre 2014. Elle a donné naissance à un plan d'actions d'amélioration. L'objectif est de procéder à l'évaluation dans les activités et la qualité des prestations que l'établissement décline dans le but d'évaluer sa cohérence et la pertinence au regard des questions posées. Elle a été accompagnée par un consultant extérieur.

La méthodologie

Considérant les enjeux et objectifs de la démarche d'évaluation interne, la Direction, à la demande de la direction générale, du Président de l'association et de son Conseil d'Administration, a constitué un Groupe de Travail chargé de mener une réflexion sur les conditions d'accompagnement à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans l'établissement.

Choix a été fait de :

- mener cette démarche en mode projet,
- mettre en œuvre une démarche participative.

11.2 Le pilotage de l'évaluation interne et de la DACQ

Les acteurs et instances

Pour piloter, animer et créer les outils nécessaires à la démarche d'amélioration continue de la qualité, des instances ont été créées.

L'établissement a constitué un Comité de Pilotage chargé de coordonner et d'assurer le suivi de la démarche. Il rend les arbitrages nécessaires et plus généralement prend toutes les mesures utiles au bon déroulement de la démarche.

Il est composé :

- du directeur de l'établissement,
- d'un représentant du Conseil d'Administration,
- du chef de services,
- de référents d'évaluation interne membres du groupe de travail.

Les référents d'évaluation interne sont des salariés en contrat à durée indéterminée de l'établissement, non cadres. Ils satisfont aux critères suivants :

- ils disposent d'une bonne connaissance de la structure et du public accueilli et sont investis dans le projet de l'établissement,
- ils ont des compétences relationnelles,
- ils ont des capacités à s'inscrire dans une méthodologie de projet.

Les référents sont les porteurs de la démarche du groupe de travail constitué de membres représentatifs de toutes les fonctions professionnelles de l'établissement et chargé de réaliser le diagnostic d'évaluation. Ils sont garants du fonctionnement du groupe, préparent la collecte des données, rassemblent et mettent en forme les constats, transmettent l'information au directeur autant que nécessaire.

Le chef de services organise le fonctionnement de l'établissement en prévision des temps de travail requis par l'évaluation interne et est l'interlocuteur privilégié des référents d'évaluation interne pour toutes leurs demandes nécessitant des arbitrages et des décisions.

11.3 Le référentiel d'évaluation interne

L'élaboration de ce référentiel s'est basée :

- sur les champs « incontournables » de l'évaluation interne définis par l'ANESM dans son guide de l'évaluation interne,
- sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux (ANESM),
- le souci de mettre en concordance évaluation interne et évaluation externe.

Le référentiel est évolutif, en fonction des apports de ses utilisateurs et de la législation.

Adopter une démarche d'évaluation basée sur des critères favorisant l'objectivité :

Le référentiel d'évaluation interne a été structuré en 4 niveaux :

1^{er} niveau : les champs d'évaluation

Ce sont **les grands domaines** sur lesquels porte l'évaluation. Ils sont au nombre de 12 et concernent :

1. Le projet d'établissement ou de service,
2. L'établissement dans son environnement,
3. L'organisation de l'accueil, de l'admission et de l'accompagnement du bénéficiaire,

4. Le projet individualisé et le dossier du bénéficiaire,
5. La prise en compte des familles, des aidants au projet du bénéficiaire,
6. Le respect du droit et de la participation des bénéficiaires à la mise en œuvre du projet qui les concerne,
7. La promotion de la bientraitance et la prévention des maltraitances,
8. La sécurité et la gestion des risques,
9. Le registre des interventions,
10. L'organisation du travail et la gestion des ressources humaines,
11. La gestion des ressources matérielles et les fonctions support,
12. La gestion des ressources administratives et financières.

2^{ème} niveau : les références

Pour chaque champ d'évaluation ont été définies des références. Elles correspondent aux dispositions législatives et réglementaires, aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, aux données reconnues et présentées dans la littérature scientifique, au projet d'établissement.

3^{ème} niveau : les critères

Pour chaque référence ont été définis des critères. Ils permettent de situer le niveau de qualité attendue. Ils indiquent comment s'appliquent les références de manière concrète et au niveau des pratiques dans les différents domaines de l'ESMS. Ils sont un outil pour interroger la qualité des interventions.

4^{ème} niveau : les indicateurs

Pour chaque critère, sont identifiés 1, 2 parfois 3 indicateurs qui, de la manière la plus concrète possible, permettent de décrire, voire de mesurer une action, un effet, un impact, donc de se situer par rapport à la qualité attendue. C'est une donnée observable soit quantitativement, soit qualitativement, soit les deux.

11.4 La gestion des événements indésirables

11.4.1 La fiche de signalement d'un événement indésirable

Une fiche de déclaration des événements indésirables est à disposition des professionnels et est utilisée en cas de besoin.

11.4.2 La procédure d'analyse, de traitement et de remédiation

La direction traite le contenu de ces fiches en fonction du degré de gravité ou d'urgence des éléments signalés. Les événements indésirables concernant un résident (chute, blessure, trouble du comportement,...) sont traitées régulièrement en réunion de cadres qui réunit les médecins, le chef de services et la direction. Les événements indésirables liés à un accident du travail même bénin sont revues en CHSCT avec le médecin du travail.

Une réflexion est engagée pour envisager et construire une mission relative à la démarche d'amélioration continue de la qualité et donc à la gestion des événements indésirables. Cette mission pourrait être confiée à un personnel d'une manière transversale sur le pôle médicalisé.

11.5 Le PACQ - Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

Un groupe a été constitué et le projet existe depuis 2015, il a pour objet le suivi des actions émanant des évaluations interne et externe pour :

- proposer et valider des modalités de travail et de recueil des informations ;
- proposer un calendrier des thématiques abordées (successivement ou simultanément) ;
- garder trace du déroulement des travaux en vue de la production du rapport ;
- procéder à l'analyse des constats et élaborer des préconisations.⁴⁰
- valider la mise en œuvre des améliorations.

11.6 Les fiches actions

Le plan d'action récapitule celles-ci et permet un suivi annuel de l'état d'avancement de chaque axe de travail.

Le plan et ses fiches détaillées pour chacun des 12 thèmes sont annexés au présent projet.

11.7 La prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

L'établissement dispose d'un Intranet comportant plusieurs onglets accessibles par les professionnels. Sont disponibles les documents relatifs à la loi 2002 ainsi que l'ensemble des recommandations de l'Anesm publiées.

Les recommandations de bonnes pratiques permettent de se situer dans une logique d'évaluation et une logique d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux usagers. Elles sont le support de réflexions lors des réunions hebdomadaires.

⁴⁰RBPP Anesm « La conduite de l'évaluation interne dans les ESMS » page 28

SIGLES

ADSEA :	Association Départementale pour la Sauvegarde des Enfants et des Adultes
AEMO :	Action Educative en Milieu Ouvert
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Service Sociaux et Médicaux-Sociaux
ARS :	Agence Régional de Santé
CAFDES :	Certificat d'Aptitudes aux Fonctions de Direction d'Etablissement ou de Service Médico-Social
CAFERUIS :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CCE :	Comité Centrale d'Entreprise
CD :	Conseil Départemental
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CEFTP :	Centre Educatif et de Formation aux Travaux Publics
CHBD :	Centre Hospitalier Buech Durance
CODES :	Comité Départementale d'Education pour la Santé
CPOM :	Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DP :	Délégué du Personnel
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissement et Service Médico-Social
ESSMS :	Etablissement et Service Social et Médico-Social
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH :	Foyer d'Hébergement
FSE :	Fonds Social Européen
FDV :	Foyer de Vie
HACCP :	Hazard Analysis Critical Control Point = Analyse des Risques et Point de Contrôle Critique
IFAS :	Institut de Formation d'Aides Soignants
IME :	Institut Médico Educatif
IP :	Information Préoccupante
IRP :	Instance Représentative du Personnel
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MECS :	Maison d'Enfants à Caractère Social
MASP :	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNA :	Mineur Non Accompagné
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap

PJJ :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI :	Protection Maternelle Infantile
PPF :	Plan Pluriannuel de Formation
PPI :	Plan Pluriannuel d'Investissement
QVT :	Qualité de Vie au Travail
PSC :	Prévention et Secours Civique
RGPD :	Règlement Général sur la Protection des Données
RPS :	Risques Psycho Sociaux
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SST :	Sauveteur Secouriste du Travail
UDAF :	Union Départemental d'Aide aux Familles
VAE :	Validation des Acquis de l'Emploi

Les annexes

Le projet associatif

Rapport d'activité 2018

Fiches de poste, lettres de mission

Livret d'accueil

Règlement de fonctionnement

Charte des droits et libertés

Charte de la laïcité (ADSEA 05)

Supports des enquêtes (satisfaction, image...)

Protocoles cellule de soutien psychologique

Protocoles divers

PACQ