



**Projet de la Maison d'Accueil
Spécialisée
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'association gestionnaire | 11 |
| 3 - Cadre de référence, identité de l'établissement, autorisations de fonctionnement | 16 |
| 3.1 Textes officiels | 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 de la MAS | 19 |
| 3.2.1 Les autorisations et agréments de la MAS..... | 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..... | 23 |
| 4. La présentation du site | 25 |
| 4.1 Description générale du ou des sites | 25 |
| 4.1.1 Historique | 25 |
| 4.1.2 Localisation | 25 |
| 4.1.3 Vue d'ensemble de l'établissement (photographies - plans)..... | 25 |
| 4.1.4 Chiffres clés 2017 | 27 |
| 4.1.5 Financement du fonctionnement de la MAS | 27 |
| 4.2 L'établissement dans son environnement | 27 |
| 4.2.1 Ancrage dans le territoire | 27 |
| 4.2.2 Ressources de proximité..... | 27 |
| 4.2.3 Ressources locales de droit commun..... | 27 |
| 4.2.4 Partenariats et conventions | 28 |
| 5. La population accueillie | 30 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1 Les caractéristiques de la population accueillie | 30 |
| 5.1.1. Répartition entre sexes..... | 30 |
| 5.1.2. Répartition par âge..... | 30 |
| 5.1.3. Tranches d'ancienneté..... | 30 |
| 5.2 Les besoins des Résidents (2018-2023)..... | 30 |
| 5.2.1 Besoins des résidents et attentes des responsables légaux..... | 30 |
| 5.2.2 L'accompagnement des résidents souffrant d'un trouble du spectre autistique | 32 |
| 5.2.3 L'accompagnement des résidents vieillissants..... | 35 |
| 6. Les différents accompagnements | 36 |
| 6.1 Les prestations à dimension thérapeutique..... | 36 |
| 6.1.1 Suivi de santé et prévention des risques | 36 |
| 6.1.2 L'intervention du psychologue auprès des résidents..... | 37 |
| 6.1.3 La prise en compte des états de souffrance..... | 37 |
| 6.1.4 L'art thérapie | 38 |
| 6.2 Les prestations éducatives | 39 |
| 6.2.1 Les prestations d'accompagnement éducatif | 39 |
| 6.2.2 Les différents soutiens individuels | 39 |
| 6.2.3 Les différents soutiens collectifs | 40 |
| 6.2.4 Activités socio-éducatives | 42 |
| 6.2.5 Activités de découverte de l'environnement et d'implication dans la vie sociale | 43 |
| 6.2.6 En terme projectifs..... | 44 |
| 6.3 L'offre au niveau de l'entourage du résident..... | 45 |
| 7. L'organisation interne de l'offre de service | 47 |
| 7.1 Les principes d'intervention | 47 |
| 7.1.1 Les droits fondamentaux de la personne accueillie | 47 |
| 7.1.2 Les droits des usagers en ESMS | 47 |
| 7.1.3 La promotion de la bienveillance | 48 |
| 7.1.4 La prévention des maltraitances | 50 |
| 7.1.5 Respect de la dignité, protection de l'intimité | 52 |
| 7.1.6 Confidentialité, devoir de réserve et partage d'information..... | 53 |
| 7.2 Les procédures de la structure médico-sociale | 56 |
| 7.2.1 L'admission et l'accueil..... | 56 |
| 7.2.2 L'élaboration et le suivi du PP - Projet Personnalisé..... | 59 |
| 7.2.3 Les modalités de sortie et/ou de réorientation | 61 |
| 7.3 Le dossier unique du bénéficiaire..... | 62 |
| 7.3.1 Modalités de constitution et de gestion..... | 62 |
| 7.3.2 Droit d'accès aux données personnelles | 62 |
| 7.4 Infrastructure et moyens..... | 62 |
| 7.4.1 Les bâtiments et équipements | 62 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.4.2 La restauration..... | 64 |
| 7.4.3 Le traitement du linge | 64 |
| 7.4.4 L'entretien de propreté et l'hygiène | 64 |
| 7.4.5 Les matériels et outillages | 65 |
| 7.5 L'évaluation du service rendu | 65 |
| 7.5.1 Les outils de mesure de la qualité du service rendu | 65 |
| 8 - L'équipe pluri professionnelle au service du résident | 67 |
| 8.1 L'organigramme de la MAS | 67 |
| 8.1.1 L'encadrement de la structure en ETP..... | 67 |
| 8.1.2 Ratio d'encadrement | 68 |
| 8.2 Ethique et déontologie..... | 68 |
| 8.3 Statuts, fonctions et rôles..... | 69 |
| 8.3.1 La direction et les responsables de service | 69 |
| 8.3.2 L'équipe pluri professionnelle | 69 |
| 8.3.3 L'accueil de stagiaires..... | 82 |
| 8.4 Les supports de communication interne..... | 83 |
| 8.4.1 Affichages | 83 |
| 8.4.2 Réseau intranet | 83 |
| 8.4.3 Charte informatique..... | 84 |
| 8.4.4 Gestion documentaire | 84 |
| 8.5 L'interdisciplinarité et le travail en équipe | 84 |
| 8.5.1 Les réunions favorisant l'optimisation du travail en équipe | 84 |
| 8.5.2 Les temps de relève ou passages de relais..... | 86 |
| 8.6 Le soutien aux professionnels | 87 |
| 8.6.1 Le livret d'accueil du nouveau salarié..... | 87 |
| 8.6.2 L'Analyse des Pratiques Professionnelles | 87 |
| 8.6.3 La politique de formation..... | 88 |
| 8.7 L'entretien professionnel | 88 |
| 8.8 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Carrières - GPEC..... | 89 |
| 9 La sécurité et la gestion des risques | 90 |
| 9.1 Politique générale et pilotage..... | 90 |
| 9.1.1 Classification ERP | 90 |
| 9.1.2 Conformité des installations..... | 90 |
| 9.1.3 Le DUERP..... | 91 |
| 9.1.4 Registre des procédures et/ou protocoles..... | 92 |
| 9.1.5 Les RPS et la pénibilité | 92 |
| 9.2 Risques généraux..... | 93 |
| 9.2.1 Sécurité alimentaire | 93 |
| 9.2.2 Sécurité diurne..... | 93 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9.2.3 Sécurité nocturne | 94 |
| 9.2.4 Sécurité dans les transports | 94 |
| 9.3 Risques spécifiques | 94 |
| 9.3.1 Risque de fugue | 94 |
| 9.3.2 Risque de brûlure | 94 |
| 9.3.3 Radon | 94 |
| 9.3.4 Légionnelles | 95 |
| 9.3.5 Autonomie énergétique | 96 |
| 9.4 Plan de gestion des crises | 96 |
| 9.4.1 Plan de continuité d'activité et Plan Bleu | 96 |
| 9.5 Exercices et formations spécifiques | 96 |
| 10 - Les perspectives et enjeux de l'établissement | 97 |
| 11 - La démarche d'amélioration continue de la qualité | 101 |
| 11.1 La démarche d'évaluation interne dans l'établissement | 101 |
| 11.1.1 Les enjeux de la démarche | 101 |
| 11.1.2 La méthodologie | 101 |
| 11.2 Le pilotage de l'évaluation interne et de la DACQ | 101 |
| 11.2.1 Les acteurs et instances | 101 |
| 11.3 Le référentiel d'évaluation interne | 102 |
| 11.3.1 Adopter une démarche d'évaluation basée sur des critères favorisant l'objectivité : | 102 |
| 11.4 La gestion des événements indésirables | 104 |
| 11.4.1 La fiche de signalement d'un événement indésirable | 104 |
| 11.4.2 La procédure d'analyse, de traitement et de remédiation | 104 |
| 11.5 Le PACQ - Plan d'Amélioration Continue de la Qualité | 104 |
| 11.6 Les fiches actions | 104 |
| 11.7 La prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles | 105 |
| Les annexes | 108 |
| Le projet associatif | 108 |
| Rapport d'activité 2018 | 108 |
| Fiches de poste, lettres de mission | 108 |
| Livret d'accueil | 108 |
| Règlement de fonctionnement | 108 |
| Charte des droits et libertés | 108 |
| Charte de la laïcité (ADSEA 05) | 108 |
| Supports des enquêtes (satisfaction, image...) | 108 |
| Protocoles cellule de soutien psychologique | 108 |
| Protocoles divers | 108 |
| PACQ | 108 |

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
- 127 places du Conseil Départemental au titre de l'hébergement des personnes adultes handicapées : FdV - FO
- 27 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
- 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.
- Saisir et susciter toute occasion de participer aux instances de concertation avec une parole organisée.

¹ Extraits du projet associatif ADSEA 05

- 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'association 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, 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.

- **La Direction Générale** supervise le service comptable et le service des ressources humaines avec un secrétariat commun. L'effectif et la qualification du personnel qu'elle dirige est de 9,824 ETP.

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 :

- Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) située à LA ROCHE DES ARNAUD et accueil modulable
- Centre Educatif de Formation Professionnelle (CEFP) 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 Hébergement adultes** qui comprend 2 foyers de vie :
 - Foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes à ROSANS,
 - Foyer de vie pour personnes handicapées à GAP.
 - Foyer d'hébergement des travailleurs de l'ESAT,
 - Service d'Aide à la Vie Sociale à ROSANS, SERRES, VEYNES, LARAGNE.
- **Le pôle Travail adapté** comprend 2 établissements et 1 service :
 - Etablissement et service d'Aide par le Travail (ESAT) à ROSANS et la Cuisine Centrale à LE BERSAC,
- **Le pôle Médicalisé** comprend 2 établissements :
 - Foyer d'Accueil,
 - Maison d'Accueil Spécialisée à GAP.

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. Elles 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

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 aura 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.
- ↔ Une offre importante et diversifiée des adultes en situation de handicap
- ↔ 86 places³ de MAS dans les Hautes-Alpes

| TAUX D'EQUIPEMENT HAUTES-ALPES | TAUX D'EQUIPEMENT NATIONAL ³ |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1.2 | 0.8 |

Les directeurs et cadres de l'ADSEA 05 ont participé aux ateliers mis en place au sein du schéma départemental.

3.2 Le fonctionnement de la MAS

3.2.1 Les autorisations et agréments de la MAS

Les arrêtés d'autorisation et agréments

Le 10 juin 1992, le préfet de la région Provence Alpes Côte d'Azur informe que :

«ARTICLE I : l'autorisation prévue à l'article 3 de la loi n°75.535 du 30 juin 1975 est accordée à l'Association Départementale pour la Sauvegarde des Enfants et Adultes des Hautes-Alpes en vue de créer une maison d'accueil spécialisée de 20 places à Rosans.»

Le 12 octobre 2005, le préfet de la région Provence Alpes Côte d'Azur informe que :

«ARTICLE I : l'autorisation l'extension d'une place de la capacité d'accueil de la maison d'accueil spécialisée « les Buissons » à ROSANS, est accordée à Monsieur le président de l'Association Départementale pour la Sauvegarde des Enfants et Adultes des Hautes-Alpes.

³ ARS PACA, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, 2014.

ARTICLE II : les caractéristiques de cet établissement sont répertoriées dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

- Code catégorie : 255 - maison d'accueil spécialisée
- Code discipline d'équipement : 917 - accueil spécialisé pour adultes handicapés
- Code type activité : 11 - hébergement complet internat
- Code clientèle : 500 - polyhandicap »

Le 23 janvier 2017, le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur décide « le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Le Bois de Saint Jean sise route de Chaudefeuille à Gap ».

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 »⁴.

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.⁵

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.⁶

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.⁷

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

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

⁶ Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 ; art. L-311-7 du CASF ; art. R311-33 à R311-37 du CASF

⁷ Arrêté du 8 mars 2003

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.⁸

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 ».⁹ La citoyenneté passe par la possibilité pour les personnes accueillies d'exercer leur rôle de citoyen et de ne pas être uniquement passives 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 de la MAS doivent avoir « accès aux droits fondamentaux reconnus à tout citoyen ainsi que le plein exercice de leur citoyenneté ».

Au sein du Pôle médicalisé¹⁰, 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, permet l'expression des personnes handicapées accueillies dans l'établissement ainsi que celle de leur famille et 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.311-611 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).

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.

⁸ Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 ; art. L-311-4 du CASF ; art. D-311 à D-311-02 du CASF

⁹ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-Synthese-Qualite_de_vie_en_MAS-FAM_volet_1_-Juillet_2013.pdf

¹⁰ Délibération du 13/ décembre 2016 du CA sur la création d'un CVS commun MAS et FAM

¹¹ Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et autres formes de participation

Son rôle :

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 : l'aménagement de la cuisine et des salles à manger, le manque de salon pour les résidents, l'avancée d'une partie du bâtiment pour agrandir l'espace, l'allongement de la terrasse dans le patio, 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.
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture : l'organisation du fonctionnement lors des travaux dans l'office et les salles de repas (utilisation des bâtiments de l'Institut Médico Educatif).

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 relation avec une diététicienne et retravaillés avec les personnes présentes à cette commission. Ils sont adaptés au plus près aux goûts des personnes auxquelles ils sont destinés et aux contraintes que rencontrent les professionnels de terrain tout en respectant le plan alimentaire du GEMRCN -Groupe d'étude des marchés en restauration collective et en nutrition.

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.

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.

La MAS 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 forces 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

La MAS constitue un lieu de vie destiné à assurer :

- les besoins courants de la vie : hébergement, nourriture, hygiène...,
- l'aide et l'assistance constante qu'appelle l'absence quasi-totale d'autonomie des personnes accueillies,
- la surveillance médicale, la mise en ou poursuite des traitements et de la rééducation nécessités par l'état de santé de chaque personne handicapée,

- la proposition d'activités diverses permettant une ouverture sur la vie sociale et culturelle, dans l'objectif de préserver et développer les acquis et prévenir toute régression.

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 accompagnants 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 ;
- assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.

Les prescripteurs du secteur du handicap

L'autorité de contrôle et de tarification est l'ARS PACA et c'est la MDPH des Hautes Alpes qui gère les dossiers et les notifications d'orientation pour les habitants du territoire.

Des orientations peuvent être également notifiées par les MDPH d'autres départements du territoire national.

4. La présentation du site

4.1 Description générale du ou des sites

4.1.1 Historique

La 1^{ère} étape de l'ouverture de la Maison d'Accueil Spécialisée se situe en 1993, date à laquelle un 1^{er} groupe de résidents est accueilli sur cette structure en cours de création.

Il s'agit de la 1^{ère} Maison d'Accueil Spécialisée du département qui ouvre à Rosans pour répondre aux besoins d'accueil des jeunes adultes de l'IME « Les Buissons » relevant de l'amendement Creton et de patients du CHS de Laragne.

A partir de cette date, l'accueil d'autres résidents continue dans l'objectif d'un agrément définitif de l'établissement en Maison d'Accueil Spécialisée, qui sera effectif en 1995.

La Maison d'Accueil Spécialisée « Les Buissons » remplace ainsi progressivement l'IME « Les Buissons », avec deux groupes de 10 résidents : « Les romarins » et « Les amandiers ».

L'agrément pour un 21^{ème} résident se fera quelques années plus tard.

En 2012, la Maison d'Accueil Spécialisée déménage au site du Bois de St Jean à Gap.

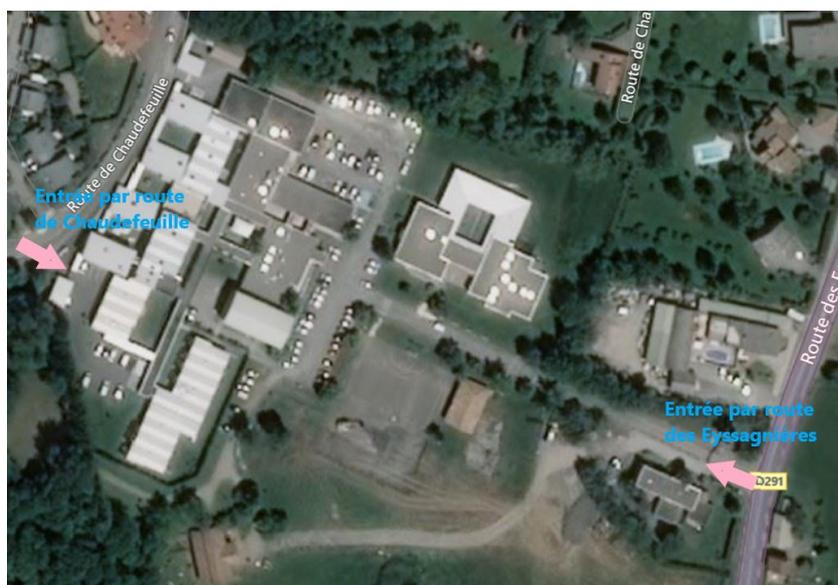
4.1.2 Localisation

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 Spécialisée, l'Institut Médico Educatif et le Siège de l'association.

La MAS a une entrée partagée avec le Foyer d'Accueil Médicalisé, elle est localisée :

Route de Chaudefeuille

05000 GAP



4.1.3 Vue d'ensemble de l'établissement (photographies - plans)



Légende :

1 : Accueil de jour IME

2 : Internat IME

3 : MAS

4 : Accueil jour

5 : Internat FAM

6 : Ferme pédagogique

7 : Gymnase

8 : Administratif

9 : Siège

10 : Foyer de Vie

4.1.4 Chiffres clés 2017

Capacité agréée : 21 personnes hébergées en internat

Capacité installée : 21 lits

Nombre salariés ETP : 18.816

Charges brutes de la structure 2017 : 1 814 680 €

Tarif journalier internat 2017 : 231.79 €

4.1.5 Financement du fonctionnement de la MAS

Le financement de la Maison d'Accueil Spécialisée est assuré en totalité par l'assurance maladie. L'établissement dépend de l'Agence Régionale de Santé, qui est responsable de la régulation de l'offre d'accompagnement médico-social sur le territoire (Région PACA).

Un budget prévisionnel est établi chaque année pour les 21 places. Les demandes principales faites au tarificateur pour le fonctionnement de la MAS concernent l'augmentation du taux d'encadrement et des demandes de travaux pour aménager l'espace de vie des 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 s'étend prioritairement sur tout le département haut alpin avec une ouverture sur les départements limitrophes.

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 Hôpital à Domicile | 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. 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. |
| 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 | CDSA05 | 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. |
| 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 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

5.1 Les caractéristiques de la population accueillie

5.1.1. Répartition entre sexes

Le nombre de femmes et d'hommes accueillis est équilibré.

| | Nombre de femmes | Nombres d'hommes |
|----------------|------------------|------------------|
| Effectif Total | 11 | 10 |

5.1.2. Répartition par âge

En 2017, la moyenne d'âge des résidents de la MAS est de 43 ans. Le cadet est âgé de 20 ans et le doyen de 62 ans.

| | ≤ 20 ans | 21-30 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | 51-60 ans | ≥ 61 ans |
|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Nombre de personnes | 1 | 4 | 2 | 8 | 4 | 2 |

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 41-50 ans, l'âge médian étant de 43 ans ; cela montre que la population de la MAS est vieillissante ce qui aura des impacts -nous le verrons plus tard- sur l'accompagnement en fonction des besoins changeants.

5.1.3. Tranches d'ancienneté

Quatre résidents sont accueillis à la MAS depuis son ouverture à Rosans, soit presque 25 ans.

La moyenne de durée de séjour pour les personnes accueillies est de 15 ans. La personne accueillie le plus récemment, l'est depuis plus d'un an et demi.

5.2 Les besoins des Résidents (2018-2023)

5.2.1 Besoins des résidents et attentes des responsables légaux

C'est un accompagnement qui se fonde sur le bien-être et le respect des besoins vitaux. L'approche singulière est placée sous l'égide de la dignité et du respect de l'intimité de la personne.

5.2.1.1 Besoins éducatifs :

- Besoin de participation (être acteur du quotidien, mise de table, rangement du linge, courses...)
- Besoin d'une présence 24 h sur 24.
- Besoin d'être réveillé le matin

- Besoin de prendre soin de la transition
- Besoin d'accompagnement spécifique au repas
 - o Besoin d'avoir du matériel adapté
 - o Besoin de conditionnement
 - o Besoin des repas équilibrés
 - o Besoin de régimes adaptés
 - o Besoin d'organisation spécifique (place à table, temps calme ...)
- Besoin de réassurance en permanence
 - o Besoin de repérage des personnes qui travaillent
 - o Besoin de repérage spatio-temporel
- Besoin d'accompagnement à la toilette
 - o Besoin de matériel adapté
 - o Besoin de structuration
 - o Besoin de faire avec et pour eux
 - o Besoin d'une présence permanente
 - o Besoin d'un accompagnement total ou partiel pour les petits soins
- Besoin de temps de repos
- Besoin d'accompagnement à l'habillage partiel ou total
 - o Besoin d'accompagnement au choix des vêtements
 - o Besoin d'accompagnement total à l'achat des vêtements
- Besoin de temps et d'espace en dehors du collectif
- Besoin de relation privilégiée (repère, attachement, prise en compte individuelle)
- Besoin d'accompagnement pour les activités
 - o Besoin d'accompagnement au repérage
 - o Besoin d'accompagnement à la transition
 - o Besoin de structuration (début et fin d'une activité)
 - o Besoin de guidage, d'aide au geste, à la dynamique
 - o Besoin d'être valorisé
 - o Besoin de se sentir utile
- Besoin d'accompagnement à la mise aux toilettes
 - o Besoin de sollicitation
 - o Besoin d'accompagnement physique
 - o Besoin d'une surveillance
 - o Besoin de protections adaptées
- Besoin de lien avec les familles
 - o Besoin d'accompagnement pour les appels téléphoniques, Skype, courrier...
 - o Besoin de soutien pour le lien familial
 - o Besoin d'organisation pour les rencontres
- Besoin d'accompagnement au coucher
 - o Besoin d'accompagnement à la transition
 - o Besoin d'accompagnement physique à la mise au lit
- Besoin d'outils spécifiques en lien avec la pathologie
- Besoin d'accompagnement la nuit
 - o Besoin d'une présence
 - o Besoin d'accompagnement physique lors de changes
 - o Besoin de repérage temporel
 - o Besoin d'accompagnement face aux angoisses nocturnes
- Besoin de repérage et d'accompagnement face au danger

5.2.1.2 Besoin de soins

- Besoin d'un accompagnement constant dans le soin
 - o Besoin d'un accompagnement total à la prise des médicaments
 - o Besoin de réassurance par rapport aux soins
 - o Besoin de repérage de la douleur
 - o Besoin d'accompagnement total chez les médecins ou spécialistes (prise de rendez-vous, déplacement, lien avec le médecin...)
 - o Besoin de veille permanente
 - o Besoin d'un réseau spécifique formé aux différentes pathologies (organisation, formation et information du personnel de soin)
 - o Besoin d'accompagnement à la prévention à la santé et à l'hygiène
 - o Besoin d'adaptation de la prise en charge en fonction de l'état de santé.
- Besoin d'un réseau spécifique dentaire, orthopédie, pédicure, gynéco...

5.2.1.3 Besoin thérapeutique

- Besoin de structuration et prendre soin des transitions
- Besoin d'adapter la prise en charge à chaque particularité
- Besoin d'étayer la gestion des affects
- Besoin d'accompagner la communication et la relation
- Besoin de redonner de la logique au discours
- Besoin d'accompagner et d'étayer la coordination gestuelle
- Besoin de bien être psychocorporel
- Besoin de faciliter la détente psychocorporelle
- Besoin de travail sur le schéma corporel
- Besoin d'orthophonie
- Besoin de prise en charge kiné, psychomotricité, psychologique

5.2.1.4 Besoin de participation à la vie sociale

- Besoin de reconnaissance sociale
- Besoin de participation au conseil de la vie sociale
- Besoin d'accompagnement à l'extérieur
- Besoin total d'accompagnement administratif
- Besoin total pour la gestion d'argent de poche
- Besoin de découverte de l'environnement extérieur...
- Besoin de faire partie de la société
- Besoin de faire la fête
- Besoin de se sentir utile aux autres
- Besoin de vacances et de participation aux séjours adaptés

5.2.2 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 qui 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 passe par un besoin de formation afin de mettre en cohésion les connaissances de l'équipe pluridisciplinaire et de 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....

5.2.3 L'accompagnement des résidents vieillissants

L'ensemble des résidents de la MAS s'inscrit dans un projet de vie à long terme. Nous repérons qu'à ce jour 67% des résidents se situent entre 40 et 60 ans. Il est donc important de penser une réflexion éthique autour du prendre soin de l'accompagnement au changement d'état physique, psychique...

Au travers de l'adaptation du projet d'accompagnement c'est l'ensemble des acteurs qui se mobilise autour de l'état et des possibilités d'ajustements au regard de l'état du résident.

- Besoin d'accompagner la baisse de potentiels (intellectuel, cognitif, physique, psychique et physiologique)
- Besoin de formation du personnel
- Besoin d'adaptation du matériel
- Besoin d'adaptation des locaux
- Besoin d'être accompagné sur la fin de vie
- Besoin d'accompagner les familles
- Besoin de créer des partenariats spécifiques.



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 à dimension thérapeutique

6.1.1 Suivi de santé et prévention des risques

Au sein de la MAS trois infirmières assurent le « suivi santé » de 21 résidents internes. Elle accueille une population particulièrement fragilisée par le handicap et par des pathologies chroniques associées.

Un médecin généraliste vient consulter les résidents de la MAS deux fois par semaine, un médecin psychiatre est présent de manière hebdomadaire sur site également. Les trois infirmières se relaient entre 7h30 et 20 h00 tous les jours de la semaine dimanche et jours fériés compris afin d'assurer les soins prescrits, non prescrits et les urgences. Elles planifient également les visites chez les différents médecins spécialistes, assurent le lien entre les spécialistes et les médecins de la MAS, mettent en œuvre et organisent le suivi des besoins en orthopédie ou tout équipement nécessaire pour le bien être, le confort, la mobilité et la dignité des résidents.

Plus en détails, elles organisent et dispensent les soins (prises de médicaments, petits soins divers...), gèrent le dossier médical du résident (DLU, poids et constantes, bilans biologiques, ordonnances, vaccinations...), le suivi administratif (prises en charge sécurité sociale et mutuelle, demande d'Affection Longue Durée, volet médical concernant le dossier MDPH...) et rédigent chaque année une synthèse médicale pour chacun des résidents.

Les infirmières sont au cœur de la coordination avec les différents intervenants extérieurs : kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures, orthopédistes, appareilleurs en tous genres ... et les familles.

En cas de besoin, les infirmières de la MAS et du FAM se relaient sur l'une ou l'autre structure.

La nuit, une aide-soignante veille sur les résidents. L'équipe éducative a un grand rôle à jouer dans l'observation et la transmission des informations, elle permet ainsi un suivi médical plus affiné et performant.

La prévention primaire des risques fait l'objet d'une attention particulière à la MAS : nous sommes vigilants aux risques de souffrances physiques et psychologiques évitables aux résidents.

Comme dans tout établissement médicalisé, il existe certains risques au quotidien : risques de chutes, fausses routes, épidémies.... Ils sont mesurés et traités au cas par cas, dans la mesure du possible.

Des protocoles sont mis en place si nécessaire par le médecin en cas de mise en danger des résidents par eux-mêmes. Les nouveaux professionnels sont informés des risques connus et encourus sur la MAS, vigilance accrue avec des rappels aux résidents (escaliers interdits à certains

d'entre eux car risque de chute trop important), rappel des précautions standards, affichage des recommandations en cas d'épidémies ou de fortes chaleurs...

L'accompagnement en fin de vie

Les résidents vivent dans la structure, certains depuis de nombreuses années. La question quant à leur fin de vie se pose donc. Les lois éthiques et déontologiques donnent un cadre de référence (LEONETTI de 2005 et 2016 par exemple) dans ces moments difficiles.

Le travail en collaboration avec certains dispositifs comme l'hospitalisation à domicile peut s'avérer être essentiel dans ces périodes difficiles mais importantes.

6.1.2 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 des résidents 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.

6.1.3 La prise en compte des états de souffrance

Au sein de la maison d'accueil spécialisée, les notions de souffrances psychique et physique sont bien présentes. Cependant, la plupart des résidents accueillis, du fait de pathologies très invalidantes et dégénératives, ne sont pas en mesure de communiquer verbalement. Ils ne peuvent pas nous indiquer, même de façon globale, le siège de la douleur ni exprimer leur ressenti face à la souffrance psychique.

Malgré ces difficultés, nous tentons de prendre en compte la douleur au plus tôt, en l'évaluant autrement. Plusieurs indicateurs nous permettent de déceler un éventuel problème de santé.

La bonne connaissance des résidents est primordiale, elle nous permet d'évaluer leur état de santé et ainsi de suivre leur évolution.

Dans la majorité des cas, les résidents souffrants signifient leur mal être ou leur douleur par un changement de comportement. Ils peuvent le manifester par des cris, de l'agressivité, des pleurs, de l'agitation, des signes physiques flagrants tels qu'une déformation osseuse par exemple, une ecchymose, un œdème, une impotence fonctionnelle... cela peut aussi être une main qui se porte sur l'endroit douloureux...

Ensuite, au vu des observations recueillies, le médecin ausculte le résident quand c'est possible, prescrit des examens complémentaires, demande un avis à un spécialiste si nécessaire. Nous prenons également les constantes, ce qui peut aider au diagnostic.

Cette prise en charge médicale est complémentaire avec celle de l'équipe éducative qui propose des thérapeutiques non médicamenteuses tels que des bains à bulles, des massages, de la relaxation, des animations, des sorties... ou même une simple présence.

A ce jour, nous n'utilisons pas d'échelle spécifique d'évaluation de la douleur, bien qu'une ébauche ait été faite. Il serait intéressant de reprendre ce travail et de le finaliser afin de mettre en pratique cet outil.

6.1.4 L'art thérapie

DEFINITION :

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 de soin 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.

Les séances se réalisent 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).

6.2 Les prestations éducatives

6.2.1 Les prestations d'accompagnement éducatif

L'équipe éducative mène un accompagnement quotidien auprès des personnes de façon individuelle ou collective. Au regard de la spécificité du public accueilli (troubles du spectre autistique, polyhandicap, communication non verbale) l'ensemble de la pratique éducative se fonde autour du bien-être et du respect des besoins vitaux.

Cet accompagnement vise à favoriser le bien être de chacun ainsi que la prise en compte de la singularité de chaque résident. A la croisée du collectif et de l'individuel, l'équipe éducative assure les accompagnements dans les actes de la vie quotidienne (nursing, temps de repas, activités), une aide à la relation à l'autre, favorise le développement ou le maintien des acquisitions cognitives, de la participation, de l'autonomie dans le respect des possibilités des personnes que nous accueillons.

L'ensemble de l'équipe éducative se fait le tiers qui relie, entre l'univers, l'état d'un résident et ses possibilités de relation à l'autre, aux autres. Le rôle de facilitateur de l'équipe permet à chaque résident de s'impliquer dans son quotidien.

Il s'agit d'une démarche co-construite en équipe pluri-professionnelle. Aussi, l'accompagnement éducatif de chaque personne accueillie sur le service est intimement lié à chaque projet d'accompagnement. Il s'agit d'une démarche, mise en œuvre par l'équipe éducative, qui se situe tant au niveau des espaces collectifs (temps de repas, sorties, organisation de temps festifs) que sur des espaces privilégiés ou accompagnements individuels (temps de nursing, sorties individuelles).

La ligne directrice de chaque accompagnement est définie via le projet personnalisé du résident où les axes principaux sont énoncés et réajustables. Il s'agit de penser un projet de vie, au plus juste, au plus près et avec (dans la mesure du possible) le résident. Nous tenons compte des possibilités de chacun et affinons notre approche de leur quotidienneté en fonction de leur singularité (adaptation du matériel, participation aux tâches collectives, autonomie dans certains actes de la vie quotidienne...). Nous privilégions une approche globale (pluri professionnelle) de situations particulières (chaque résident).

6.2.2 Les différents soutiens individuels

➤ Les temps de nursing

L'ensemble de l'équipe éducative participe à ces temps phares de l'accompagnement quotidien à la MAS. Ces moments autour de l'hygiène de vie (toilettes, douches, changes) prennent leur source

dans « le prendre soin ». C'est un espace de rencontre privilégié entre l'accompagnant et le résident, où l'approche singulière a toute sa place.

L'ensemble des observations cliniques qui sont faites durant ces accompagnements est relaté, au besoin sur les fiches de suivis du quotidien (classeur du résident) et/ou lors des réunions d'équipes pluridisciplinaires si une situation évolue et demande une approche sensiblement différente.

Au regard du public que nous accueillons, l'accompagnement de chaque résident est ajusté en fonction de ses possibilités et disponibilités. Celui-ci est défini via le projet d'accompagnement personnalisé.

➤ **Les accompagnements individuels**

Ce sont des temps qui se situent à la fois sur des sorties à l'extérieur de l'établissement et sur des accompagnements privilégiés durant le quotidien au sein de la MAS. En fonction du projet de chaque résident ces temps sont organisés et projetés par le coordonnateur de projet (sorties coiffeur, restaurant, musicales, évènementielles).

Il est parfois nécessaire d'offrir un espace privilégié entre un accompagnant et un résident. L'équipe éducative peut prendre un temps avec une personne de façon spontanée, soit en vue d'apaiser une angoisse, soit pour favoriser un temps hors du collectif. Les différents supports de la structure sont donc à disposition (bain à bulles, salle d'art plastique, salle Snoezelen...) ainsi que les espaces extérieurs (dans le petit bois du site du Bois Saint Jean, sous la courive de l'établissement, autour du quartier des Eyssagnières...).

➤ **Les temps d'accompagnements autour du bien être corporel**

L'établissement propose une palette d'activités individuelles autour du bien-être. Celles-ci favorisent une approche autour des sensations corporelles, de la contenance :

- Des soins esthétiques et massages des mains, en séances individuelles.
- Des séances de jacuzzi, sur un rythme hebdomadaire.
- Un espace Snoezelen, à disposition des résidents et de l'équipe. Il peut être utilisé de façon spontanée ou de façon plus ritualisée et lié au PPA de la personne.
- Des séances de bain à bulles, qui peuvent être là aussi ponctuelles ou intégrées à un PPA et ritualisées.
- Une baignoire est à disposition des résidents dans la salle de kinésithérapie. Cet espace est investi en fonction des besoins et à la demande des résidents, sur proposition de l'équipe éducative.

6.2.3 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.¹²

➤ **Les temps de repas :**

Cette approche singulière au sein d'un collectif, du partage et du plaisir, offre un espace privilégié où l'équipe d'accompagnants se trouve au plus près des besoins des résidants. Que ce soit en termes d'autonomie, de soutien (partiel ou total), d'outils techniques, ergonomiques et/ou pédagogiques, d'accompagnement total lors de la prise d'un repas ; les accompagnements autour des repas s'élaborent durant toute l'année en équipe pluri professionnelle. Nous souhaitons et pensons cet espace en termes d'adaptabilité et tolérance quant aux divers accompagnements que nous menons.

Au-delà d'un espace d'échanges et d'observations cliniques, ces temps sont thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques, centrés autour du prendre soin et du bien-être. Ils permettent à chaque résidant d'être accompagné selon ses possibilités, ses spécificités (régimes alimentaires particuliers, hydratation, matériel adapté, portionnage de la quantité du repas, stimulation verbale...). L'équipe veille donc au respect des différents rituels mis en place et régimes alimentaires de chaque personne, ainsi qu'aux adaptations nécessaires à effectuer selon les besoins et/ou l'état des personnes. Un plan de table est élaboré en équipe pluri-professionnelle et revisité au besoin.

Tous les repas se déroulent dans la même salle à manger située au rez de chaussée. C'est un lieu de vie calme et repérant pour les résidants. Chacun occupe une place identique pour l'ensemble de ces temps (petit déjeuner, déjeuner, collation, diner). Une salle plus petite a été mise en place pour les personnes plus sensibles aux environnements sonores et au collectif. Les accompagnants sont assis et prennent leur repas avec les résidents.

La fin du temps de repas est marquée par le partage du café, thé ou tisane. Après quoi, l'équipe éducative prend soin de faire sortir les résidents du lieu de repas en les accompagnant en chambre ou au salon.

Certains ajustements sont nécessaires, de façon temporaire, et liés à l'état psychique ou de santé d'un résidant. En concertation avec l'équipe médicale une personne peut manger de façon isolée : soit en chambre pour des raisons médicales, soit à l'écart (dans une salle d'activité) tant que l'état du résident nécessite d'offrir un espace en dehors du collectif et un accompagnement individuel.

¹² Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil ou de l'accompagnement » page15 et suivantes



➤ Les temps informels :

L'équipe veille à favoriser des petits effectifs au fil des journées. L'utilisation des différents espaces et lieux de vie permet d'offrir ces temps en effectif réduit. L'espace salon/ salle d'activité au premier étage, le petit salon/hall d'entrée, la salle d'art plastique sont autant de lieux de vie investis par les résidents et les accompagnants durant les temps informels (en dehors des temps d'activité) d'une journée.

La petite salle à manger est mise à disposition des résidents, une fois le repas terminé. C'est un espace collectif, que l'équipe et les résidents peuvent occuper soit pour un temps d'activité, soit pour un temps de partage (lecture de contes, chants, tv, échanges).

6.2.4 Activités socio-éducatives

L'ensemble des temps d'activités (sociales, environnementales, culturelles...) vise à favoriser une continuité (hebdomadaire, par quinzaine...) et une progression des personnes sur l'année en cours. La participation de chaque résident est inscrite et cohérente avec son projet d'accompagnement personnalisé. Les objectifs des différents projets d'activités sont construits et suivis par les moniteurs éducateurs, en lien avec l'éducateur spécialisé et le coordonnateur. Chaque résident participe donc de façon régulière à ces différents temps d'activités selon ses disponibilités et son projet de vie.

- Le petit marché du mardi matin permet une participation à la vie sociale et citoyenne des résidents disponibles en vue de la préparation du temps de goûter de l'après-midi.
- L'atelier Arts Plastiques est un espace de créations manuelles soit en vue d'un projet collectif, soit inscrit dans une dynamique plus individuelle et relié au PAP. Il se déroule chaque semaine sur la MAS.
- La danse collective est menée par des intervenants extérieurs, sur le site (gymnase IME) chaque semaine.

- L'atelier d'Art thérapie mené par une intervenante extérieure chaque quinzaine permet la découverte de différentes techniques et matériaux.

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

Ces temps visent la découverte de différents environnements, de diverses pratiques sportives et de participation à la vie citadine. Il s'agit de tenir compte à la fois des ressources du territoire, de la disponibilité et spécificité du public que nous accueillons.

Les projets d'activités sont élaborés par l'ensemble de l'équipe et coordonnés par les moniteurs éducateurs. L'éducateur spécialisé veille à ce que la participation du résident à l'activité soit cohérente et inscrite dans son projet.

- **Les « sorties extérieures »** sont menées par l'équipe éducative dans des environnements proches de Gap et lieux accessibles. Ces sorties privilégient un moment hors de l'institution et favorisent une participation des résidents à la vie de la cité en fonction des ressources (culturelles, festives, naturelles...) du territoire gapençais.

- **Les sorties « marche adaptée »** offrent une approche du milieu naturel haut alpin rapidement accessible, sur des terrains et durées appropriés aux possibilités des participants.

- **les sorties « randonnée »** permettent la découverte de petits circuits de randonnées, identifiés par l'équipe éducative et adaptés aux participants.

- **L'activité piscine** propose une approche du milieu aquatique orienté vers la notion de détente et plaisir.

- **L'activité équitation** est menée par le centre «Mon Ami Pierrot ». Elle favorise le contact et le lien avec l'animal ainsi qu'un travail suivi et personnalisé de chaque résident concernant la pratique équestre.

- **Les séances de « fauteuil-ski »** offrent une découverte et une pratique de la montagne en saison hivernale. Cette activité offre un travail autour des sensations vibratoires dont l'effet contenant et apaisant se ressent sur l'état des résidents qui y participent. Cette activité est menée par un pilote diplômé et deux bénévoles du secours catholique.

- **La pratique du « cimgo »** s'échelonne sur l'ensemble de la saison estivale. Un pilote formé et diplômé conduit le cimgo (vélo à quatre roues) sur différents circuits. Là aussi, cette activité permet une découverte du milieu naturel tout en travaillant autour des sensations corporelles.



6.2.6 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 à la MAS. Les axes d'accompagnements, plus spécifiques autour du maintien et développement des acquis, des possibilités de découverte et d'apprentissage ainsi que des possibilités d'acquisitions cognitives sont élaborés et déclinés (en termes de moyens) dans le projet de vie du résidant.

Aussi, il n'y pas à proprement parler de temps institutionnels prévus à ces apprentissages. Ces différents versants sont soutenus et travaillés durant les temps de vie quotidienne à La MAS. Ces accompagnements sont mis en réflexion en équipe pluri-professionnelle et se trouvent inscrits dans le projet d'accompagnement, à la mesure, en fonction des possibilités et des besoins des personnes que nous accueillons.

6.2.6 En terme projectifs...

Dans la prise en compte et la considération des idées et suggestions émises par l'ensemble des professionnels de l'établissement, les projets d'activité se voient revisités, et sont en voie de réécriture.

L'éducateur coordonnateur, l'éducateur spécialisé et les moniteurs éducateurs élaborent de concert de nouvelles propositions de temps d'activités ; en tenant compte de l'évolution du public accueilli sur la structure, des possibilités de chaque résidant, des ressources (naturelles, environnementales, culturelles, associatives, sportives...) du territoire haut alpin. Il s'agit de coordonner l'ensemble des ressources au plus près de la situation du résidant et donc de son projet de vie.

Plusieurs propositions sont à ce jour en cours d'élaboration comme un partenariat avec une ferme pédagogique, des séances régulières à la piscine, l'accès à la culture (médiathèque, spectacles, événements ponctuels...), une collaboration avec l'école de cirque de Gap, un atelier cuisine.

Un projet « Jardins partagés » a été construit avec le Foyer d'Accueil Médicalisé et commencera à se mettre en place courant de l'année 2018. Ce projet est centré autour du vivre ensemble, de l'investissement du lieu d'habitation et de l'appropriation des espaces collectifs extérieurs comme un espace de vie dont nous avons envie de prendre soin.

Nous souhaitons poursuivre ces collaborations voire mutualiser nos énergies autour de certaines activités. La saison de « Fauteuil-ski » permet déjà ces échanges et ce partage. Nous souhaiterions, dans l'intérêt des résidents que nous accueillons, poursuivre ces démarches et l'étendre à d'autres temps d'activités.

6.3 L'offre au niveau de l'entourage du résident

Pour les familles et/ou proches

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, 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 de 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 photo ou de compte rendu 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 ou 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 de la MAS. 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) | 81 % |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <u>Parmi ces personnes</u> , part de celles qui retournent en famille pour certains WE ou vacances | 41 % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

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 civil¹³.

« 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'usager »*¹⁴ :

- « 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'usager et à ses représentants légaux dans les ESSMS qui ne se réduit pas à de simples formalités mais relève d'une « reconnaissance positive »¹⁵

¹³ Articles 9 et 16 du Code civil

¹⁴ Loi du 2 janvier 2002

¹⁵ 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

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 Bientraitance¹⁶.

- 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.¹⁷

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

¹⁶ ANESM : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Page 14 et 15

¹⁷ Instruction 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

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 au cours des années 2015-2016,
- 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 évènements 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 animé par la psychologue 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.

La prévention et le traitement des maltraitances et la promotion de la bientraitance sont 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 accompagnements¹⁸.

¹⁸ 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

Elle s'appuie sur une définition de la maltraitance issue du Conseil de l'Europe (1987) et reprise par l'ANESM¹⁹ 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 volontaires.²⁰

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 maltraitance.²¹

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 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.

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 reçoit l'usager en individuel afin de joindre un avis psychologique 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 psychologique.

¹⁹ 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

²⁰ 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 ».

²¹ 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).

Une cellule psychologique existe au sein de l'ADSEA pour écouter, accompagner les victimes, elle se réunit à la suite d'une sollicitation du directeur et suit une procédure institutionnalisée dans un document rédigé par le Collège des Psychologues de l'ADSEA, la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la directrice générale (cf. protocole).

La cellule de crise est déclenchée par la directrice générale qui demande l'aide de psychologues extérieurs à l'établissement et d'autres instances de l'ADSEA si nécessaire.

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 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 dépôt du linge propre, par exemple).²²

²² et ¹⁷ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil ou de l'accompagnement » page 17 et suivantes

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.²³

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.²⁴

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 ».

²⁴ 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 226-13 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'usager et définit l'obligation du professionnel de se taire, sous peine de sanction lorsqu'il détient sur la personne des informations à caractère secret.

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 interpellier 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.

Extrait ASH n° 1980 « 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'utilisateur, de ces informations ».

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 vers la MAS.

Le dossier d'admission se compose en 2 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 de la MAS.

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.

La commission examine les dossiers des personnes de la liste d'attente en fonction de différents critères :

- La notification d'orientation de la CDAPH
- La conformité de la pathologie avec l'agrément de la MAS
- 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
- La correspondance entre le projet de vie de la personne et les possibilités offertes par la MAS
- 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 sont informés.

Entretien entre la personne accueillie, la famille ou le représentant légal, les représentants de la structure chargée de l'accompagnement en cours et les représentants de la MAS (référént, psychologue). Toute rencontre pouvant permettre une meilleure compréhension de la situation de la personne pourra être proposée notamment 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 de la MAS 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 de la MAS peut émettre des réserves en fonction de nouveaux éléments dont elle n'aurait pas eu connaissance précédemment.

Admission et entrée au sein de la MAS

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 référent 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 référent 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 de projet, référent, 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 et 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 à la MAS

Les horaires indiqués le sont à titre indicatif, ils font repères mais ne sont pas appliqués de manière rigide.

5h : arrivée d'une aide-soignante qui vient soutenir l'aide-soignante de nuit sur la phase de réveil des résidents, avec une activité de nursing plus importante. Elle fait la jonction avec l'équipe de jour.

De 6h30 à 8h : arrivée échelonnée de l'équipe de jour

6h30 : transmission entre l'aide-soignante de nuit et le premier arrivé de l'équipe de jour à l'occasion d'une ronde

Début du nursing qui peut s'étaler jusqu'à 10h

De 7h30 à 9h30 : Petit déjeuner échelonné en fonction du réveil des résidents et de l'avancée de leur accompagnement par l'équipe. A cette occasion, l'infirmière distribue les médicaments, dispense des petits soins et participe à l'accompagnement du petit déjeuner.

De 10h00 à 11h45 une activité est programmée en fonction des projets personnalisés des résidents pour un groupe défini et encadré par un ou deux accompagnants. Sur ce même créneau, une activité à l'initiative de l'équipe est proposée pour les résidents qui souhaitent s'y rendre. Des accompagnements aux toilettes sont également effectués.

De 12h à 13h45 arrivée échelonnée de l'équipe de l'après-midi qui assumera la soirée.

12h un repas est pris en salle à manger collective. Chaque résident y a sa place définie en amont pour son confort et le confort de l'ensemble de ses pairs. Des couverts adaptés aux besoins sont proposés ainsi qu'un accompagnement à la prise du repas si nécessaire. L'infirmière profite du temps du repas pour distribuer à l'ensemble des résidents les médicaments prescrits.

13h accompagnement de l'ensemble des résidents dans leur chambre individuelle pour une prise en charge de nursing.

13h45 à 14h un temps de relève permet la transmission des informations entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi.

14h plusieurs activités sont programmées et proposées aux résidents en fonction de leur projet personnalisé. Certains résidents restent sur la structure et ne participent pas obligatoirement aux activités proposées. Les membres de l'équipe accompagnante qui ne sont pas en activité profitent de ce temps pour ranger le linge propre des résidents qui vient d'être livré.

16h un goûter est organisé. Chaque personne bénéficie d'une petite collation en fonction de ses goûts.

17h30-19H c'est un moment de nursing et de mise en pyjama. Des petits soins médicaux sont dispensés par les infirmières.

19h le repas du soir est proposé aux résidents. Il se déroule dans les salles à manger du rez-de-chaussée ; chaque résident reprenant la même place que lors du petit déjeuner, du déjeuner et du goûter. L'infirmière profite du temps du repas pour distribuer à l'ensemble des résidents les médicaments prescrits.

20h à 20h30 temps de distribution des traitements du coucher.

20h30 C'est le début du coucher échelonné. Celui-ci est proposé en fonction des besoins repérés et des demandes formulées.

21h arrivée de l'aide-soignante de nuit qui fait un point et un tour des chambres avec l'équipe de jour afin de recueillir les informations nécessaires à sa bonne prise de service.

21h 30 c'est l'heure du départ de la dernière personne de l'équipe de jour.

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 concerne. Le rôle des professionnels est de créer cet espace d'échange et de le rendre le plus possible accessible au résident²⁵.

L'ANESM²⁶ 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

²⁵ Anesm : recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (page 15)

²⁶ Anesm : recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »

assurer l'articulation entre vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement²⁷ 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.

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 présentation du 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 la coordination du projet. Cette désignation 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.

²⁷ Anesm : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »

La liste des tâches du coordonnateur de projet -qui reste en lien et sous le contrôle du chef de services- 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 par rapport à l'ancien projet et engage les réajustements autant que nécessaire
- Il rédige le nouveau projet d'accompagnement personnalisé ;
- Il fait lecture du bilan et du nouveau projet lors de la réunion en équipe pluridisciplinaire.

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, 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 le coordonnateur de projet.

L'association des représentants légaux, parents, proches

Les représentants légaux seront 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

La MAS montre un très faible turn-over de résidents, cela s'explique notamment par l'étude de la population, leurs âges et l'agrément. La MAS peut accueillir des personnes dès leurs sortie d'une structure d'enfance et cela jusqu'à ce qu'ils souhaitent ou doivent partir ou jusqu'à leur décès. La moitié des résidents sont à la MAS depuis plus de 20 ans. Potentiellement les personnes qui se sentent bien à la MAS peuvent donc y vivre tout le long de leur vie. Les dernières entrées réalisées à la MAS ont été possibles du fait du décès de résidents.

Nous observons à ce jour une population vieillissante, qui est d'ores et déjà prise en compte par les équipes pluri-professionnelles, c'est pourquoi des formations sur le thème des personnes handicapées vieillissantes sont prévues. Il est à noter que si certaines personnes sont orientées en MAS dès la sortie d'une structure enfant, certaines arrivent après un parcours en foyer de vie ou

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

en foyer d'accueil médicalisé mais dont l'âge avançant leur pathologie s'est aggravée et a rendu difficile l'accompagnement en foyer.

Certaines situations amènent ou nécessitent une réflexion pour définir le meilleur lieu, donc la meilleure orientation pour le bénéficiaire, en évoquant la souplesse existante entre le FAM et la MAS sur ces dimensions.

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 thérapeutique, éducative et pédagogique 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 doivent être 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.

7.4 Infrastructure et moyens

7.4.1 Les bâtiments et équipements

7.4.1 Les bâtiments et équipements

La maison d'accueil spécialisée est située à l'entrée sud du bassin Gapençais. Cette ressource constitue le point fort de son implantation avec l'accessibilité aux divers services (médicaux,

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 »

paramédicaux, à la vie sociale...). Son implantation sur le site du Bois de Saint Jean permet une mutualisation et une cohabitation avec l'IME et le FAM des différentes infrastructures présentes sur le site. Le travail de collaboration et de coopération de la MAS et du FAM permet de mettre en œuvre un projet commun qui prend sens dans l'accompagnement au quotidien des adultes handicapés. De cette volonté sont nées plusieurs projets autour du vivre ensemble comme les jardins partagés, l'activité fauteuil ski et Cimgo et des rencontres festives.

L'accueil de la structure :

Le secrétariat est situé entre les deux établissements. Ainsi que le bureau de la directrice, du chef de services. Ce bâtiment est composé également d'une salle d'activité, d'un espace jacuzzi, d'une salle de psychomotricité et de kinésithérapie. Une salle du personnel est à disposition des salariés.

Le lieu de vie :

Les locaux de la M.A.S. se trouvent sur deux niveaux et comportent :

- Un bâtiment en « U » avec une cour intérieure et une terrasse extérieure
- 19 chambres individuelles équipées de salles de bain
- 2 chambres individuelles partageant une salle de bain commune
- Deux salles à manger
- Une cuisine
- Une salle Snoezelen
- Un salon d'activité et de détente
- Une salle bien être avec une baignoire à bulles
- Une salle de bain avec lit douche

La M.A.S. mutualise sur le site du Bois de Saint Jean les équipements suivants :

- Un gymnase
- Un sentier dans le bois de Saint Jean
- Une ferme pédagogique
- Le terrain de jeux

La mission liée à l'accompagnement au bien être des personnes accueillies sur le service nous conduit à proposer des chambres individuelles avec la possibilité pour chacun d'aménager l'intérieur avec du mobilier personnel. Ces chambres sont équipées d'une salle d'eau (douche, toilette, lavabo). De plus, il existe deux salles de bains : une accessible aux lits-douches et une salle de bain équipée d'une baignoire à balnéothérapie. Le positionnement éthique de l'équipe est de proposer ces espaces privés et communs en libre circulation.

A ce jour, au regard de l'évolution de la population accueillie les locaux de la maison d'accueil spécialisée deviennent inadaptés.

Effectivement, un nombre important de résidents se déplacent aujourd'hui en fauteuil roulant et les espaces de liaisons (couloirs, coursive, passages de portes, escaliers, superficie des salles et des chambres) ne sont plus adaptés. La cohabitation dans ces lieux étroits et inadaptés ne permet pas

d'avoir des espaces de circulation suffisamment sécurisants et sécurisés pour l'ensemble des habitants de la MAS. Un des points de faiblesse de l'établissement se situe au niveau de l'accessibilité du premier étage. L'établissement ne dispose pas d'ascenseur adapté permettant la liaison fluide entre le premier et le rez-de-chaussée. A ce jour l'escalier représente un facteur de risque important pour l'ensemble des résidents.

Le challenge des années à venir se situe au niveau de la réadaptation et de l'aménagement des locaux. Ce projet de grande envergure doit en passer par une prise de conscience de l'ensemble des acteurs sur la nécessité d'une structure de plain-pied adaptée à une population d'adultes polyhandicapés vieillissants.

Accessibilité

La Maison d'Accueil Spécialisée 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, steak 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 traité 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 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 outillages

La maison d'accueil spécialisée accueille des personnes handicapées mentales avec ou sans déficit associé. Comme expliqué précédemment plus de la moitié des résidents ont plus de quarante ans. Cela signifie que la population accueillie est vieillissante et avec l'âge adviennent des difficultés notamment au niveau des capacités physiques (autonomie de déplacement) et de ce fait d'autonomie personnelle. Ainsi, il est nécessaire que du matériel adapté soit mis en place au fur et à mesure des difficultés rencontrées, due à la diminution d'autonomie des résidents mais également en prévention de risques éventuels comme des chutes.

Au sein de la MAS il y a 11 lits médicalisés qui sont utiles aux personnes qui ont des difficultés de mobilité (lever, position assise...). Trois résidents ont des lits fabriqués sur mesure pour leur confort. La MAS possède un lève personne en cas de chute nocturne principalement car l'aide-soignant(e) de nuit est seul pour accompagner et prendre soin les résidents (certains peuvent peser jusqu' à 80 kg). Une personne utilise un déambulateur pour se déplacer au sein de la MAS ce qui lui permet de se sentir plus en sécurité et de conserver la marche. Nous avons aussi un rehausseur de toilette qui permet à la personne de continuer à utiliser ses toilettes (elle a des difficultés à se relever) et garder une certaine dignité dans son autonomie. Il existe 7 chaises « garde-robe » sur la MAS qui sont utiles aux personnes qui ont un équilibre précaire lors de la douche ; cela leur permet de mieux apprécier ce moment de bien-être. Un résident utilise un dynamico afin de conserver la marche même sur un temps très court, ce moment est toujours accompagné par du personnel accompagnant. Un appareil du même acabit type « Grillo » est en cours d'essai avec une autre personne dans le même objectif. Une personne utilise un arceau et des coussins de positionnement (2 personnes) afin d'éviter les escarres. Certains résidents bénéficient de matelas anti-escarre sur leur lit et d'un coussin anti escarre sur leur fauteuil roulant dans le même objectif. Enfin, trois des résidents portent des casques de protection afin de les préserver - dans la mesure du possible- des conséquences de possibles chutes. Tous ces équipements sont financés soit par l'établissement soit par le résident lui-même.

L'idée principale est de développer ou de maintenir des acquis, notamment la marche qui permet de réduire considérablement toutes les stases (bronchique, intestinale, sanguine, urinaire...) et de conserver un état de santé satisfaisant.

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 par la personne elle-même et 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 de la MAS

8.1.1 L'encadrement de la structure en ETP

| FONCTION | ETP |
|-------------------------------|-------|
| Agent Administratif Principal | 0.2 |
| Aides médico Psychologique | 4 |
| Aides-Soignants | 7.8 |
| Aide-Soignante nuit | 2.477 |
| ASI | 3 |
| Assistante sociale | 0.1 |
| Auxiliaire de Vie Sociale | 2 |
| Chef de services | 0.7 |
| Coordonnateur | 1 |
| Cuisinier | 0.68 |
| Directrice | 0.38 |
| Educatrice Spécialisée | 1 |
| Infirmière | 2.2 |
| Médecin Psychiatre | 0.132 |
| Médecin Spécialiste | 0.129 |
| Monitrices Educatrices | 2 |
| Ouvrier qualifié | 1 |
| Psychologue | 0.25 |
| Psychomotricienne | 0.5 |
| Technicien qualifié | 0.8 |

8.1.2 Ratio d'encadrement

L'effectif s'élève à 30.348 ETP pour 21 résidents.

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'usager 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 la Maison d'Accueil Spécialisé 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.

Des décisions qui doivent obliger à rassembler des éléments, choisir, solliciter, expliquer, recueillir les avis.

Salariés : connaissance et respect de la mission et des 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 de notre projet, 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'usager qui respecte les principes :

- de respect de la personne, de ses droits et du milieu dans lequel elle vit,
- de reconnaissance de l'usager 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 mise en œuvre ».

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

8.3 Statuts, fonctions et rôles

8.3.1 La direction et les responsables de service

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 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 de la MAS 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

³² Conformément au décret du 19.12.2007.

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.

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, prise 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 tient 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 rôle du médecin généraliste

Il pourrait se définir comme un travail de synthèse et de suivi, en tentant de maintenir la coordination tout ce qui concerne la santé des résidents, notamment avec les spécialistes concernés et les soignants impliqués.

La pathologie courante et quotidienne va du simple cor au pied, à la pathologie infectieuse dans tous ses aspects, et tout ce que fait habituellement un médecin généraliste : diabète insulino-nécessitant, dysthyroïdies, renouvellements de traitements : médicamenteux, kinésithérapeutiques, de soins de pédicurie, prescription des actes de biologie avec des bilans systématiques, et d'autres en rapport avec la pathologie et la surveillance thérapeutique... Mais certaines pathologies sont plus particulières à la population accueillie :

- Beaucoup de traumatologie (fractures et plaies diverses liées surtout à des chutes)
- Les fausses routes alimentaires
- Les soins particuliers liés aux polyhandicaps : fragilités cutanées, fausses routes, épilepsie
- Les troubles du comportement qui sont évalués et analysés avec le psychiatre, en lien lui-même avec les équipes éducatives

La sémiologie a une particularité très importante : elle n'est pas rapportée par le sujet lui-même, elle est tributaire de la manière dont le comportement a été observé et interprété par différents acteurs : le médecin généraliste doit avoir cette ouverture indispensable à ce type de travail de recueil des observations, parfois apparemment divergentes, des membres de l'équipe. En effet les résidents sont incapables -pour ceux de la MAS de Chaudefeuille-, de répondre de façon pertinente à des questions simples, la majorité d'ailleurs ne possède pas la parole. La sémiologie est complexe comme par exemple, la souffrance qui peut ne pas s'accompagner de modification de l'expression faciale, ou vocale, voire même comportementale...

Pour ces raisons le soin médical et la santé des résidents sont fondamentalement ancrés dans la stabilité du personnel infirmier. Un roulement et des remplacements trop fréquents peuvent directement nuire à la santé des résidents. La qualité de la sémiologie rapportée et des soins dispensés est directement en lien avec la *compétence spécifique* et l'intelligence des infirmières dont le rôle est tout aussi spécialisé pour ce public sans langage verbal.

La qualité des échanges avec le psychiatre et les autres acteurs de soins impacte directement la qualité des prises en charges proposées ou des soins prescrits.

Le psychiatre

Spécificités soignantes, organisation du soin:

Ici ne sera pas rappelé la mise en place avec les infirmières et le médecin généraliste d'un dossier unique résident, de la mise aux normes règlementaires du circuit du médicament, de l'élargissement du partage des outils de soin au FAM proche (le FAM et la MAS sont le pôle médical sur le site Chaudefeuille). La participation au choix et à la mise en œuvre du dossier unique informatisé est en cours...

Articulation avec les autres professionnels de l'institution :

Il n'est pas nécessaire de détailler les participations aux différentes réunions, formelles régulières ou d'exception, qui permettent de faire face ensemble, avec les encadrants, à la responsabilité normale de l'institution : analyse des événements indésirables et des décisions proposées ; analyse des demandes d'admission ; étude des propositions d'organisation ; bien entendu participation au projet d'établissement ; situations critiques ou difficiles de l'institution.

Le psychiatre, ses compétences et limites en MAS :

Le psychiatre est aussi sollicité pour établir les « diagnostics » des pathologies dont souffrent les résidents en MAS. Au-delà de la multitude de grilles qui peuvent être proposées, il faut rappeler que les diagnostics, en psychiatrie, déjà flous pour la psychiatrie adulte, sinon mouvants pour la pédopsychiatrie, sont peu représentatifs dans le domaine du déficit et des troubles relationnels.

Les modèles de traitement médical et médicamenteux sont -on le sait- tributaires de l'alliance thérapeutique, de la représentation que le patient se fait de l'action de la thérapie ou du médicament. Les modèles connus en psychiatrie sont donc très peu utiles ou quasi-inopérants en MAS. C'est la réflexion partagée avec le médecin généraliste, l'instauration ou la modification de telle ou telle thérapie sous la surveillance infirmière, qui peut amener dans le meilleur des cas à un mieux-être du résident. Encore faut-il partager ce regard avec l'équipe éducative, avec ceux qui vivent le plus en relation avec les résidents, pour éviter de se fourvoyer dans une croyance médicale et rester humble et ouvert, toujours dans l'éthique.

Ce regard psychiatrique est donc absolument partagé. On sait à quel point des comportements nouveaux chez les personnes dont l'expression orale, ou faciale, ou comportementale peut être discordante voire très difficile à décrypter. Des douleurs menstruelles, dentaires, un processus inflammatoire, voire dans certains cas des traumatismes non sus peuvent être à l'origine de ces fameux « troubles du comportement » qui en fait n'existent que si la personne n'est pas entendue ou comprise dans ce qu'elle a tant de mal à exprimer.

L'articulation de la réflexion soignante avec le médecin généraliste est donc primordiale, et le partage des points de vue comme des effets des prescriptions, avec les infirmières en particulier, doit être privilégié.

A la MAS Chaudefeulle, il a été décidé en particulier pour cette raison que le médecin généraliste, puisse organiser ses venues sur deux journées, dont une comporte un temps de réflexion et de liaison avec le psychiatre. Par ailleurs, le psychiatre assiste à une autre journée aux réunions de fonctionnement et de synthèse (avec la psychologue). Sa présence a dans ce cas, parmi plusieurs objectifs, celui de recueillir les propos et échanges des éducateurs sur leurs perceptions et leurs compréhensions du comportement d'un résident, en particulier au regard d'une prescription nouvelle.

Et l'indispensable

Un regard clinique partagé avec la psychologue, la psychomotricienne mais aussi les soignants et le personnel éducatif :

Un rôle de veille :

Une écoute attentive et un regard sur ce qu'éprouvent les personnes accueillies à la MAS, leurs familles, mais aussi les professionnels qui s'occupent d'eux.

Une maison d'accueil spécialisé, avec toute la richesse de prise en charge éducative et des soins spécifiques aux résidents, avec les objectifs et l'éthique indispensable à la *bienveillance*, représente cependant un **milieu « clos »**. Non pas au sens littéral, quoique. Il y a bien les portes fermées avec un code afin que les résidents, pour beaucoup sans la capacité de se protéger du froid, de l'errance, ne se trouvent pas en danger. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

Le milieu « clos » est représenté par le risque d'une analyse unique, d'une représentation univoque du travail qui est réalisé auprès des résidents.

Sommes-nous en train de justifier de façon rationnelle ou rattachée à des grands principes, des organisations ou des actes qui ne répondraient que partiellement à leur but ?

Sommes-nous en décalage même, dans notre perception des besoins des résidents, avec ce qu'eux-mêmes -du fait de leurs handicaps-, ne sont pas aptes à nous dire ?

Comprenons-nous le sens de notre travail d'accompagnement ?

Nous posons-nous la question de ce qu'est leur désir, et comment le prendre en compte dans la complexité du quotidien, qui plus est en collectivité ?

Ces questions doivent toujours être posées. Et les équipes éducatives doivent être aptes à les entendre.

Interroger le fonctionnement de l'institution : sa bonne santé, son organisation, sa politique.

Un des rôles primordiaux du psychiatre en institution est contenu dans ce regard, partagé en particulier avec la psychologue, sur le fonctionnement d'une institution, qui -si elle était laissée à elle-même, dans un projecteur qui serait trop éducatif, ou trop soignant- tendrait vers une vision restreinte et potentiellement totalitaire de la prise en charge d'une personne qui n'a aucun moyen propre d'y échapper (le terme est fort, mais permet de mesurer l'enjeu).

Il faut donc s'inquiéter non seulement de la réflexion sur nos propres actes au quotidien auprès des résidents, mais il est aussi nécessaire de garder un regard bienveillant sur le bien-être au travail des membres des équipes. En effet le bien-être des résidents dans une institution « close », s'il dépend de nombreux facteurs, est surtout tributaire de la bonne santé psychique de l'équipe qui s'en occupe.

Pour qui a l'habitude des institutions (MAS, FAM, EHPAD... et même hôpital psychiatrique), il est une constante : les humains veulent être là où il y a des humains. L'être humain a besoin de sentir la vie, les échanges. Dans les sociétés moins morcelées que la nôtre, les personnes âgées, les malades, les handicapés ne sont pas relégués à une solitude mortifère, fût-elle avec de la technologie soignante. Les lieux sont des lieux partagés, où des personnes différentes passent, s'arrêtent, vivent, travaillent et où l'humanité prend un sens propre.

Les résidents de la MAS, s'ils ont la possibilité physique de se déplacer, sont avec nous, dans les pièces où nous parlons, où le café est servi, dans les couloirs où on s'est croisé, où on rit, où on échange de plein de choses. Et leur seule présence auprès de nous est, pour les salariés attentifs, un échange avec notre manière de vivre et communiquer.

Voilà pourquoi un des rôles indispensables du psychiatre réside dans l'attention qu'il porte à l'équilibre de l'équipe qui prend en charge les résidents. A ses conditions de travail, d'expression, à son moral, ses passages douloureux. Une équipe qui se sent considérée, respectée, accompagnée, sera le terreau d'une réelle vie dans une institution toujours en risque de méconnaître les besoins primordiaux des personnes qu'elle accueille : la sécurité physique et affective, et l'attention bienveillante voire aimante.

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 leurs savoir et savoir-faire professionnels. 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 nécessite 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 lié 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'Éducateur 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'utilisateur 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 occupe 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
- Vidage 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 clé 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.

↳ MISSIONS

L'Agent administratif principal assure divers travaux administratifs, comptables, informatiques requérant une certaine initiative

↳ 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 de l'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 de la MAS. Elle leur transmet le dossier d'inscription. Elle étudie toutes les demandes ainsi que la composition des dossiers.

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 (réunion, 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 toutes questions 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 (avec l'avis du chef de services) d'évaluer objectivement les risques pris. Cela relève de la responsabilité du tuteur de stage. 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

8.5.1 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 réciproque 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 personnalisées.
- 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 tiers, 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, aiguillant 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, infirmière, psychologue, psychomotricienne, chef de services, coordonnateur, équipe d'accompagnement (AS, ES, AMP, AVS, ME...), la direction et si possible le psychiatre.

La réunion est animée par le coordinateur de projet et 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.

8.5.2 Les temps de relève ou passages de relais

Tout au long de la journée et de la nuit, les équipes se succèdent pour assurer une prise en charge permanente sur 24h. Afin de permettre une continuité de qualité dans la prise en charge, des transmissions écrites et orales sont mises en place. L'équipe de nuit et l'équipe de jour ont leur propre cahier de transmission afin d'annoter les informations importantes aux personnes qui prennent la suite du service.

En parallèle, lorsque l'équipe de nuit prend ou quitte le service, il est mis en place à 6h30 ou 21h un tour de l'ensemble des chambres avec la personne qui assure la relève. Ce tour sert à contrôler si les bénéficiaires du service sont couchés correctement et à quel stade de sommeil ils sont. A ce moment-là des informations majeures sur la journée ou la nuit passée sont échangées.

A 13h45 une transmission orale est organisée entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi. Cette transmission ne dépasse pas 15 min et sert à pointer de manière saillante les points de vigilance à avoir sur certains bénéficiaires pour l'équipe qui prend son service. Cette transmission permet aussi de rappeler certaines décisions prises en équipe et ainsi de les mettre en œuvre.

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 de la MAS. 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 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 constitutives 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 : vieillissement 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.

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

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 de la MAS bénéficient des mêmes mesures mises en place par l'association :

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

Un plan « bleu » (canicule, grippe A) est élaboré depuis 2014.

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

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.

La MAS est classé de **Type J/R/** (structure d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées) **Catégorie 4** (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 contre l'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

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

9.1.4 Registre des procédures et/ou protocoles

La création et l'application de procédures internes à l'établissement permet de valider la traçabilité de la prise en charge des bénéficiaires. La MAS 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 de la MAS (médicament, dossier unique, ...)
- Les process (repas, admission, maltraitance, projet personnalisé...)
- Cas exceptionnel de type météo (plan neige...)

9.1.5 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

Depuis le 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.

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 service éducatif

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 de 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 un plan d'intervention générale à l'entrée.

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 JR 4, 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 dans la cour du site.

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

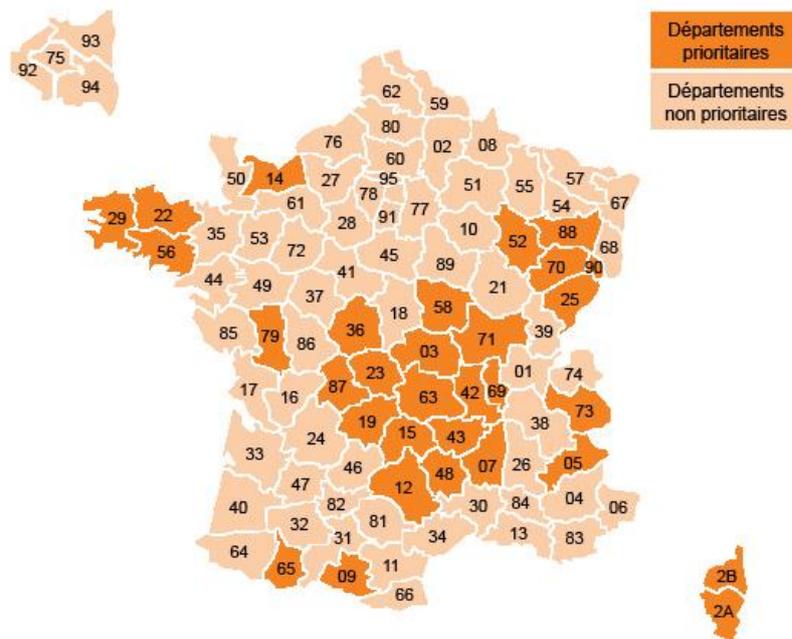
9.3.1 Risque de fugue

La MAS dispose d'une fiche de procédure en cas de disparition ou de fugue d'un résident.

9.3.2 Risque de brûlure

Des mitigeurs ont été installés dans toutes les douches et des vannes 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 pour ne pas avoir de risques au niveau 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.³⁷

9.4 Plan de gestion des crises

9.4.1 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 Pôle médicalisé- 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.

³⁷ 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 à la MAS 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. La Maison d'accueil Spécialisée est le domicile des résidents. L'adaptation de nos pratiques à cette nouvelle problématique est devenue essentielle d'autant plus que l'agrément de la MAS 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.
- Adapter les bâtis à l'évolution des pathologies et des besoins des résidents.
L'avancée en âge des résidents a pour conséquence une augmentation significative des difficultés de leurs déplacements. Le nombre de personnes en fauteuil roulant et se déplaçant avec difficulté (trouble de l'équilibre) a augmenté significativement depuis quelques années. Les salles de repas ont donc été réaménagées au rez-de chaussée, évitant des allers-retours dans les escaliers ou dans l'ascenseur. Mais cela a enlevé un espace de vie collectif, il est donc prévu pour les années à venir des aménagements du bâtiment avec notamment : une extension de la terrasse extérieure, une extension au rez-de-chaussée ainsi qu'une étude pour créer un nouvel espace couvert au niveau de la cour intérieure.
- 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.³⁸ La signature prochaine d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens permettra de faire évoluer ces autorisations autant que de besoin. 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 le FAM n'avait l'agrément que pour deux modalités d'accueil (internat ou accueil de jour en semaine), 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

³⁸ 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

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 du FAM ; 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 : 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

11.1.1 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** ». Elle est complétée 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.

11.1.2 La méthodologie

L'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2013 à décembre 2014. Elle a été accompagnée par un consultant extérieur.

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

11.2.1 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 Établissements 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.

11.3.1 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 traités 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 qui découlent 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.³⁹
- 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.

³⁹RBPP Anesm « La conduite de l'évaluation interne dans les ESMS » page 28

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.

SIGLES

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADSEA : | Association Départementale pour la Sauvegarde des Enfants et des Adultes |
| AEMO : | Action Educatif 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