

PROJET
D'ÉTABLISSEMENT
2013 2018



PROJET D'ÉTABLISSEMENT

PROJET D'ÉTABLISSEMENT	
Première version : 14/02/2007	Objet de la délibération 8-2007 du Conseil d'Administration du 20/04/2007
Date : 22/04/2013 N° de version du document : 2	Approuvé par le CTE du 24/04/2013 Approuvé par le CA du 27/04/2013

SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES UTILISÉS	p 7
AVANT-PROPOS	p 9
LA MÉTHODOLOGIE DE RÉVISION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	p 9
LEVIERS	
FREINS	
L'INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES – RBPP	p 11
Les recommandations intégrées dans l'organisation de l'établissement	
Les recommandations restant à intégrer dans l'organisation de l'établissement	
Les recommandations en cours de rédaction concernant notre établissement	
INTRODUCTION	p 14
UN PEU D'HISTOIRE	p 14
LE CONTEXTE JURIDIQUE CONTEMPORAIN	p 15
LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LEURS DROITS	
LES TEXTES RELATIFS AUX INSTITUTIONS	
LES LOIS RELATIVES AU STATUT DES PERSONNELS	
LES TEXTES TECHNIQUES D'ORDRE PUBLIC	
LE DROIT COMMUN	
LA MISSION DU CAS	p 17
LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS CLASSIQUES	
LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DESINSTITUTIONNALISÉS	
LES VALEURS	p 18

LE CONTEXTE	p 19
UN DISPOSITIF ADMINISTRATIF ET INSTITUTIONNEL COMPLEXE : LA COMPLEMENTARITE ETAT DECONCENTRE – ETAT DECENTRALISE	
UN DISPOSITIF AU SERVICE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP	
DES DISPOSITIFS CONTRAINTS PAR LA RARETE BUDGETAIRE	
LES OUTILS DE LA LOI DE 2002	p 22
INSCRIPTION DU CAS DANS UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	p 23
LE CALENDRIER PREVISIONNEL	
POINTS D'AMELIORATION	
POPULATION	p 25
LES PERSONNES ACCUEILLIES	p25
Données chiffrées	
L'avancée en âge	
Des profils de handicap inconnus jusqu'alors	
La remise en question des évidences	
LE RÉSIDENT ET LA FAMILLE SONT DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS	p 31
LE PARTENARIAT AVEC LES RÉSIDENTS ET LEUR FAMILLE	p 31
POINTS D'AMELIORATION	
S'OUVRIRE SUR LES PARTENAIRES ET VALORISER SON PATRIMOINE	p 33
S'OUVRIRE SUR LES PARTENAIRES	p 33
VALORISER SON PATRIMOINE	p 33
AMÉNAGER ET RÉNOVER POUR MIEUX SERVIR	p 34
POINTS D'AMELIORATION	
POINTS D'AMELIORATION	
PARTICIPER AU DEVELOPPEMENT DURABLE	
Les bâtiments	
Le parc de véhicules	
POINTS D'AMELIORATION	

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	p 36
LES RESSOURCES HUMAINES	p36
LES PROFESSIONNELS DU CAS	
La politique de ressources humaines développée au CAS	
1 – <i>L'accompagnement des personnels tout au long de leur carrière au sein de l'établissement</i>	
POINTS D'AMELIORATION	
2 – <i>L'individualisation des parcours et la valorisation des professionnels</i>	
POINTS D'AMELIORATION	
POINTS D'AMELIORATION	
3 – <i>L'amélioration continue de la qualité de vie au travail</i>	
POINTS D'AMELIORATION	
TRAJECTOIRE DE VIE DU RÉSIDENT – DE L'AVANT À L'APRÈS CAS	p 43
L'ARRIVÉE AU CAS	p 43
CONSTATS	
La visite de l'établissement	
Le dossier de candidature	
L'admissibilité	
La liste d'attente	
La commission de pré-admission	
Informations	
Accueil	
Intégration	
POINTS D'AMELIORATION	
LA RÉORIENTATION VERS UNE AUTRE STRUCTURE	p 46
CONSTATS	
En interne	
En externe	
POINTS D'AMELIORATION	
LES CYCLES DE VIE	p 48
CONSTATS	
POINTS D'AMELIORATION	

ALIMENTATION	p 50
CHOIX DU SUJET	p 50
INTRODUCTION	p 50
LE TEMPS DE REPAS DANS TOUS SES ETATS	
L'importance du repas, de la préparation à la dégustation	
LE REPAS SOURCE DE PLAISIR COMME DE FRUSTRATION	
Application des régimes : pour qui, pourquoi, comment ?	
POINTS D'AMELIORATION	
ENTRE AUTONOMIE ET PROTECTION	p 53
INTRODUCTION	p 53
L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES, ENTRE AUTONOMIE ET PROTECTION	p 53
DEFINITION ET OBJECTIFS	
CONSTATS ACTUELS	
DE LA BIENVEILLANCE À LA BIENTRAITANCE	p 55
OBJECTIFS	
CONSTATS ACTUELS	
POINTS D'AMELIORATION	
CONCLUSION	p 57
ORGANIGRAMME DU CENTRE D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ	p 58

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES UTILISÉS

AGM	<i>Logiciel de gestion des plannings du personnel</i>
AMSU	Action Médico-Sociale d'Urgence
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
CAS	Centre d'Accueil Spécialisé
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL	COmité de PILotage
CTE	Comité Technique d'Établissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DIF	Droit Individuel à la Formation
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FPTLV	Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie
FV	Foyer de Vie
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRETA	<i>Structures de l'éducation nationale qui organisent des formations pour adultes dans la plupart des métiers</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IFSI	Instituts de Formation en Soins Infirmiers
IME	Institut Médico-Éducatif
IMPP	Institut Médico-Pédagogique et Professionnel
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MFR	Maison Familiale Rurale
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PE	Projet d'Établissement
PFS	Placement Familial Spécialisé
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSI	<i>Logiciel de gestion du dossier des résidents</i>
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

AVANT-PROPOS

LA MÉTHODOLOGIE DE RÉVISION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Rendu incontournable par la loi du 2 janvier 2002 et décrit par l'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale, le Projet d'Établissement (PE) constitue un élément dynamique de la vie d'une structure accompagnant des personnes vulnérables.

En effet, le projet d'établissement est un véritable outil de travail :

- Il oblige les responsables à identifier les finalités et définitions de leurs actions quotidiennes,
- Il nourrit le dialogue entre les acteurs ; financeurs, professionnels, usagers, partenaires,
- Il valorise les fondements des interventions tout en favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles,
- Il projette vers l'avenir, il accompagne une ambition réaliste.

Le Centre d'Accueil Spécialisé (CAS) de Forcalquier a mené au travers de l'élaboration de son précédent (et premier) projet d'établissement un travail de réflexion autour de l'émergence et de l'appropriation de valeurs communes à l'ensemble des services, valeurs par ailleurs portées par le statut public de l'établissement.

Il en est ressorti un engagement éthique mettant en avant des notions de :

- Respect et de reconnaissance de la personne handicapée au travers de son individualité, sa spécificité et de sa différence,

- Prise en compte des usagers dans un esprit de bienveillance, de confiance, d'honnêteté et d'humilité,
- Mise en commun de pratiques professionnelles propres à l'identité de l'institution, visant l'appartenance des professionnels à une même culture.

La finalité de l'application de ces valeurs étant le bien être des personnes accueillies au sein du CAS, quel que soit leur mode d'accueil.

Le précédent projet d'établissement couvrait la période 2007-2012, celui-ci fut élaboré en 2012-2013 et a profité de la dynamique insufflée par la démarche d'évaluation interne menée en 2009.

L'établissement public a donc conduit la démarche de réactualisation de son projet, associant à chaque étape les acteurs, et affirmant son intention de conformité et de qualité.

Il a d'abord identifié les leviers et freins émergeant du bilan des actions menées ces dernières années.

LEVIERS

- La volonté de personnaliser la prestation est le moteur principal d'un accompagnement de qualité. Elle permet au CAS de revendiquer la réalisation de l'objectif principal de la loi 2002,
- La pluridisciplinarité est une richesse, elle permet l'approche multiple de chaque thématique et surtout de générer un

positionnement éclairé sur la gestion des paradoxes : autonomie et protection, protection et citoyenneté, liberté et sécurité, personnalisation et vie collective,

- Le calendrier et le rythme imposés par les exigences réglementaires : évaluation interne, révision du projet, évaluation externe, dynamisent la démarche d'amélioration continue et posent des échéances.

FREINS

- L'histoire de l'établissement public se transforme progressivement en héritage pour les acteurs actuels et constitue un ensemble d'éléments qui n'ont pas été actés par l'équipe présente,
- La complexité de l'organisation (établissements et services subdivisés en modalités d'accueil) couplée à la taille de l'établissement entraîne des difficultés dans la circulation des informations et ralentit l'efficacité des échanges dans un établissement qui accompagne plus de 150 personnes.

Ces leviers sont compris comme des points forts à maintenir et ces freins comme des indices de fragilité nécessitant une vigilance.

Ces constats, les bases du projet précédent, et les axes de travail issus de l'évaluation interne étayent la structure de ce nouveau projet.

Soucieuse de son niveau de conformité, la Direction de l'établissement a choisi de gérer la construction de ce nouveau projet, dans le respect des Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) : animation, élaboration et rédaction du projet d'établissement.

Désirant favoriser l'implication de ses équipes, elle a utilisé un accompagnement par des consultants uniquement pour les animations des phases de pilotage, gardant ainsi l'autonomie de la rédaction.

Souhaitant atteindre un réel degré d'efficacité, elle a managé l'ensemble des phases de construction sur une période de 6 mois tout en ménageant des étapes de réflexion.

Les axes du projet 2007-2013 ne sont pas remis en cause par ce nouveau projet d'établissement, un choix a donc été effectué pour l'élaboration de ce projet ; développer les thématiques "aiguës", celles pour lesquelles un changement de pratiques professionnelles s'opèrent.

À travers ce projet le CAS de Forcalquier fait le bilan de son premier projet, en confirme les valeurs, se situe dans un contexte qu'il analyse, puis énonce ses positionnements et en prévoit l'évolution et l'amélioration.

L'INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (RBPP)

Un établissement, tout autonome qu'il soit, ne peut agir que dans un contexte défini et en faisant référence à des normes dont il n'est pas le maître. Le CAS de Forcalquier a choisi de se référer aux RBPP produites par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Ce socle permet d'avancer de manière sûre en ce qui concerne certaines questions particulièrement complexes.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM énoncent des pratiques qui illustrent une vision de l'action des professionnels.

Quelle que soit sa catégorie, une recommandation présente toujours un caractère de généralité et exige, pour être opérationnelle, un travail d'appropriation, un effort d'adaptation au contexte de la part de l'établissement.

Elles sont une des composantes à intégrer dans les processus d'évaluation et de démarche d'amélioration de la qualité.

Au vu du nombre de RBPP parues et à paraître et du nombre de points de vigilance à surveiller pour chacune d'elles, il est illusoire de penser que le CAS pourra immédiatement et de façon exhaustive intégrer dans son organisation, l'ensemble des préceptes édictés.

Néanmoins il est essentiel de poursuivre une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les recommandations intégrées dans l'organisation de l'établissement

À ce jour le CAS a utilisé certaines des RBPP pour mettre en place des méthodologies et des outils :

- Rédaction du projet d'établissement et des projets de service

L'actualisation du projet d'établissement et des projets de services s'est fait en se basant sur :

- ▷ Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service - ANESM mai 2010.
- Mise en place du comité de la promotion de la bientraitance

Le comité de bientraitance a utilisé les recommandations ci-dessous pour se trouver une identité et pour définir ses missions.

 - ▷ Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux - ANESM octobre 2010.
 - ▷ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre - ANESM juillet 2008.
- L'évaluation interne

L'établissement a mené une évaluation interne en 2009 en se référant à la recommandation sur la conduite de l'évaluation interne.

 - ▷ La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L0312-1 du code de l'Action social et des familles - ANESM juillet 2009.

■ La gestion des paradoxes

▷ La contention et la liberté d'aller et venir :

Ce paradoxe n'échappe à personne. Il est sans aucun doute à l'origine d'un réel mal-être des soignants lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la contention et de la restriction de la liberté de circulation, dans l'objectif de protéger le résident.

Une démarche de sensibilisation a été initiée auprès des cadres des services avec l'élaboration d'un diaporama définissant tous les types de contention.

Un travail est donc envisagé sur ce thème en se basant sur les outils proposés par l'HAS.

Les recommandations restant à intégrer dans l'organisation de l'établissement

La réflexion menée, par les groupes de travail ayant participé à l'actualisation du projet d'établissement et à la démarche qualité, a conduit à positionner dans les mois à venir les recommandations suivantes :

■ Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - ANESM novembre 2009

Cette réflexion a pour but de promouvoir des pratiques professionnelles qui permettent un juste équilibre entre l'accueil collectif proposé et l'objectif de personnalisation de la prestation, afin de réduire les risques propres à la collectivité au regard notamment du projet d'établissement.

■ Les attentes de la personne et le projet personnalisé - ANESM décembre 2009

Cette recommandation, dans le droit fil des principes de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-

sociale, propose aux professionnels des principes, des repères et des modalités pratiques pour associer étroitement les personnes étape par étape, à la construction de leur projet, à sa mise en œuvre, et enfin à son évaluation.

Ces deux recommandations seront des outils qui nous permettront de questionner, d'évaluer et de faire évoluer notre Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Elles vont permettre de promouvoir la co-construction du PAP avec le résident, sa famille, son représentant légal et son entourage.

Elles seront également la référence pour formaliser notre procédure d'accueil et d'admission. En effet, l'arrivée de la personne au sein de la collectivité est une phase délicate durant laquelle il est recommandé d'accompagner le résident dans la création et l'appropriation de son espace personnel.

■ Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées – mode d'emploi – les recettes - ANAP avril 2011

Ce document présente divers retours d'expériences issus de professionnels.

Destiné aux soignants comme aux cuisiniers des établissements, il a pour objectifs de :

- ▷ Présenter les différentes pathologies ou accidents de la vie qui nécessitent de modifier les textures alimentaires des résidents,
- ▷ Décrire les différentes textures qui peuvent être mises à leur disposition,
- ▷ Identifier les impacts liés à la mise en place de textures modifiées (amélioration de l'état nutritionnel, coût de la restauration, processus de production, de distribution),
- ▷ Présenter des recettes mises au point par des établissements.

Ces documents seront des outils pour nous permettre de diversifier les recettes des repas à texture modifiée.

Les recommandations en cours de rédaction concernant notre établissement

Deux autres recommandations sont en cours de rédaction par l'ANESM :

- Accompagnement personnalisé de la santé de la personne handicapée

Trois grandes dimensions seront développées :

- ▷ La place du projet de santé dans le projet personnalisé de la personne en situation de handicap,
- ▷ La dimension institutionnelle et l'identification de cette problématique dans le projet d'établissement ou de service,
- ▷ Les enjeux de la complémentarité entre soins et accompagnement à travers le travail d'équipe pluridisciplinaire mais aussi les partenariats et la coordination avec les acteurs extérieurs.

- Programme "Qualité de vie en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM)"

L'ANESM a inscrit à son programme de travail un ensemble de recommandations portant sur la qualité de vie en Maison d'Accueil Spécialisée et en Foyer d'Accueil Médicalisé.

Quatre volets seront déclinés :

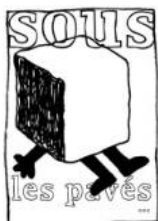
- ▷ L'expression, la communication, la participation et la citoyenneté,
- ▷ La vie quotidienne et les activités,
- ▷ Le parcours et les formes souples d'accueil,
- ▷ L'accès aux soins et la place de la santé dans l'accompagnement.

La première recommandation porte sur "l'expression, la communication, la participation, et la citoyenneté". Elle sera élaborée entre juin 2013 et février 2014. Elle porte sur les thématiques suivantes :

- Les pratiques pour prendre en compte les attentes des personnes, soutenir la communication, leur information et leur expression,
- Les pratiques pour faciliter l'exercice de la citoyenneté et la participation à la vie collective.

INTRODUCTION

UN PEU D'HISTOIRE



1968... 1969... période féconde de création économique et sociale. L'État providence se construit et la notion de Service Public se propage ; union sacrée autour du rêve d'une vie meilleure pour tous.

Claude DELORME, homme politique discret, élu et réélu à Forcalquier et dans les Alpes-de-Haute-Provence de 1949 à 1983 s'inscrit dans cette dynamique.

Rien d'étonnant alors, que sur ces terres, s'installe un Établissement Public destiné à accueillir des personnes en situation de handicap. Un Institut Médico-Pédagogique et Professionnel (IMPP) voit donc le jour. Il accueille dès janvier 1970 de jeunes garçons, déficients intellectuels légers et moyens. L'établissement assure une scolarité et des apprentissages professionnels. L'établissement doit à cette période la partie historique de son patrimoine architectural : l'administration, le gymnase, l'actuel pavillon ITARD, le foyer de vie et le pavillon d'hébergement qui lui est attenant, l'unité de jour et les différents ateliers contigus, enfin, la chaufferie et les ateliers des services techniques.

Au décours de la seconde partie des années 70, une crise du recrutement oblige l'établissement à réorienter son activité en direction de populations de personnes adultes en situation de handicap. Cette évolution est "contemporaine" de la loi médico-sociale de 1975. C'est de cette mutation que naît l'établissement actuel. Il est l'aboutissement – provisoire – des évolutions successives de la législation, de la réglementation et de l'émergence d'une réponse adaptée aux besoins réels des personnes concernées qui démultiplie les modalités d'intervention.

Loi de 75, loi 2002-2, le Centre d'Accueil Spécialisé suit, parfois anticipe les évolutions. Ses actions sont valorisées par les autorités médico-sociales puisque l'évolution des capacités se fait par autorisations successives "à la hausse", aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif.

À ce jour, le dispositif déployé par le CAS de Forcalquier permet l'accompagnement de personnes pour lesquelles une Maison Départementale des Personnes Handicapées a prononcé une orientation de type :

- Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH),
- Foyer de Vie (FV),
- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM),
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

En ce qui concerne les accompagnements FV, FAM, MAS, différentes modalités d'accueil sont proposées aux personnes en situation de handicap : il s'agit, de manière très classique d'internat et d'externat et de manière plus originale de Placement Familial Spécialisé (PFS) et de Service d'Accueil Temporaire (SAT) qui permet un accueil dans le cadre de l'urgence.

LE CONTEXTE JURIDIQUE CONTEMPORAIN

Le droit d'exister, les moyens d'exister, le champ d'intervention de chaque unité ainsi que les modalités de cette intervention sont hérités d'une législation dont le contenu est fondateur pour l'institution :

- Les textes relatifs aux personnes en situation de handicap et à leurs droits,
- Les textes relatifs aux institutions, à leur fonctionnement et à leurs missions,
- Les textes relatifs au statut public des personnels de l'établissement,
- Les textes techniques d'ordre public – relatifs à la sécurité et à la santé des personnes – qui conditionnent l'autorisation de poursuivre l'activité autorisée,
- ...enfin, le Droit Commun, théoriquement promis à un bel avenir puisqu'il devrait supplanter le droit spécifique.

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LEURS DROITS

- La Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) : dignité, égalité devant le droit ; la convention affirme, pour les personnes en situation de handicap, le droit à la pleine jouissance, quel que soit le handicap, des droits humains fondamentaux avec, incidemment droit à la participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle.

La convention pointe notamment les questions liées à la communication comme axe majeur de travail, impose l'obligation "d'accommodement raisonnable".

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et notamment La Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie (arrêté du 8 septembre 2003) formalisent et médiatisent une liste de droits qui s'imposent aux établissements médico-sociaux.
- La loi du 11 février 2005 définit quant à elle le handicap dans toute sa diversité : "constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant".
- La loi du 5 mars 2007 portant réforme des tutelles élargit les droits des personnes sous mesure de protection juridique.

LES TEXTES RELATIFS AUX INSTITUTIONS

- La loi 2002-2 : héritière de la loi de 75 organise et définit les établissements médico-sociaux dans leur environnement.

Elle donne un poids accru aux différentes autorités territoriales compétentes par la mise en place d'un maillage territorial de la planification sociale et médico-sociale, par un encadrement strict du régime des autorisations de création, de transformation ou d'extension des établissements et services, par une meilleure maîtrise de la tarification.

Le principe d'une dynamique contrôle-sanction y est clairement affirmé et associé à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

La coopération entre secteur médico-social et secteur sanitaire devient un objectif identifié par le législateur. Il sera confirmé par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (*loi HPST*).

LES LOIS RELATIVES AU STATUT DES PERSONNELS

- La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative aux dispositions statutaires de la Fonction Publique Hospitalière encadrent les pratiques "Ressources Humaines".

LES TEXTES TECHNIQUES D'ORDRE PUBLIC

- Trop variés pour être cités, ils émanent de nombreux ministères. Ils concernent, pour l'essentiel, des domaines relatifs à la sécurité des biens et des personnes : sécurité incendie, sécurité sanitaire des aliments, sécurité des travailleurs salariés et maîtrise de l'exposition aux risques spécifiques du travail.

LE DROIT COMMUN

- C'est le droit national dans son contexte européen et international. L'évolution de la pensée à propos du handicap et des personnes en situation de handicap en fait le droit de référence.

Les personnes handicapées sont des personnes comme les autres !

En résumé, le CAS est une institution médico-sociale dont l'activité est diversifiée. Elle permet l'accueil en site spécialisé de personnes présentant des handicaps d'importance variée mais caractérisés par un niveau élevé voir très élevé de dépendance. L'institution participe également au dispositif de maintien à domicile des personnes en situation de handicap.

Des réponses techniques étagées sont ainsi mises à disposition des populations, originaires du département pour la plupart, ou des territoires alentours.

Ces réponses techniques sont développées dans un contexte de pensée hérité des représentations humanistes et de leurs récentes évolutions où la personne en situation de handicap bénéficie d'un statut de personne en pleine jouissance des droits universels moyennant une compensation par l'intervention médico-sociale.

LA MISSION DU CAS

La mission du CAS, multiforme et fonction du projet qui peut être formé pour chaque personne en situation de handicap, est donc fondée par :

- Des objectifs en matière d'hébergement,
- Des objectifs en matière de santé individuelle et collective,
- Des objectifs de socialisation et d'éducation,
- Des objectifs de développement individuel et de réalisation de soi, à destination des personnes accueillies.

Héberger, protéger, soigner, éduquer, socialiser, rendre citoyen, la définition des différents types d'accueil et d'accompagnement trouve ses sources dans la loi de 75, réactualisée et modernisée par la loi 2002-2, complétée par la Loi de 2005-102 du 11 février 2005, précisée par la loi 2012-1404 et les dispositifs réglementaires qui les accompagnent.

L'essentiel du dispositif est codifié dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment dans ses articles L312-1 et L344-1.

LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS CLASSIQUES

- L'orientation Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) permet l'accueil de personnes en situation de handicap avec un niveau élevé de déficience physique sensorielle ou intellectuelle et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Besoins élémentaires et besoins élaborés sont couverts par l'intervention de professionnels. Les résidents sont accueillis sur site, en internat ou en externat ou peuvent bénéficier d'un Accueil Familial Spécialisé.

Ce type d'accueil est financé par l'Assurance Maladie.

- L'orientation Foyer de Vie (FV) permet à des personnes en situation de handicap – pour lesquelles le suivi médical ne nécessite pas de dispositif spécifique et pour lesquelles l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et dans la vie sociale permet une distance d'accompagnement – de trouver un hébergement adapté.

Les résidents sont accueillis sur site, en internat ou en externat ou peuvent bénéficier d'un Placement Familial Spécialisé.

Le financement est assuré par l'Aide Sociale aux personnes handicapées du département du « domicile de secours » du résident.

- L'orientation Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) permet l'accueil de personnes en situation de handicap, trop dépendantes pour vivre en Foyer de Vie et trop autonomes pour vivre en Maison d'Accueil Spécialisée.

Les résidents sont accueillis sur site, en internat.

Le financement de cette prestation est mixte, Conseil Général et Assurance Maladie, assurant pour chacun la part qui lui revient ; hébergement ou soins médicaux.

LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DÉINSTITUTIONNALISÉS

- Modalité innovante de réponse aux orientations MAS et FV, le Placement Familial Spécialisé (PFS) est une forme "désinstitutionnalisée" de l'hébergement internat. C'est une originalité du CAS qui, 15 années après sa création reste un modèle relativement rare d'intervention médico-sociale.
- Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) a pour objectif le maintien au domicile,

dans des conditions de droit commun, de personnes en situation de handicap. Il mobilise les intervenants sociaux, médico-sociaux, éducatifs, médicaux, associatifs et assure des fonctions de coordination et des missions médicales.

Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 en fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement des SAMSAH.

L'esprit de ce service laisse deviner son mode de financement : mixte (Conseil Général et Assurance Maladie) en conformité avec les références à l'hébergement (maintien à domicile) et au soin (missions médicales).

- Enfin, le Service d'Accueil Temporaire (SAT), réparti sur les autorisations FV, FAM et MAS permet de proposer des formes séquentielles d'accompagnement et offre même la possibilité d'une Action Médico-Sociale d'Urgence (AMSU).

Il est une chose de disposer d'un arsenal législatif et réglementaire ; il en est une autre de les mettre en musique. Dispositifs normatifs et institutionnels ne peuvent en effet prendre de corps et d'âme qu'à la rencontre de valeurs qui transcendent la pensée juridique ou technique.

LES VALEURS

Dans l'imaginaire collectif, le triptyque français ; Liberté, Égalité, Fraternité fait Loi. Il a généré, au fil de l'histoire des valeurs singulières avec des outils singuliers. Le Service Public en est un.

- Par nature, par construction juridique, le CAS est un Service Public ; intérêt général, égalité de tous, continuité temporelle et territoriale, laïcité, le service public méconnaît les discriminations.

- Par fonction, le CAS se réfère à un corpus de valeurs humanistes. Fruits de l'histoire, de la culture, du bon sens, les valeurs sont un élément identifiant fort auquel l'ensemble des agents se réfère, dans une logique d'appartenance à un groupe spécifique. Les valeurs sont un repère identitaire, en interne comme pour l'environnement.

- ▷ La bientraitance est au cœur de ce repère identitaire. Cette bientraitance vient s'appliquer aux différents champs qui caractérisent la mission de l'établissement ; hébergement, santé, socialisation, développement individuel. Elle vise, dans chacun des domaines à promouvoir l'autonomie de la personne en situation de handicap. Elle doit également s'intéresser à promouvoir certaines formes de compensation lorsque ces dernières contribuent au bien être psychologique ou physique de la personne en situation de handicap. Individualiser, adapter, innover... parfois même inventer c'est alimenter une éthique compatible avec l'idée de bientraitance.
- ▷ Cette bientraitance s'appuie sur des pratiques professionnelles adaptées que la formation, la réflexion individuelle et la tolérance interrogent et transforment. Ainsi, l'humilité constitue une qualité absolument indispensable pour réfléchir et agir auprès des personnes que le CAS accueille. En effet, aucune situation n'est jamais acquise.
- ▷ Cette bientraitance doit être ambitieuse. Elle s'attache notamment à ce que les conduites professionnelles soient cohérentes avec les droits fondamentaux qui sont reconnus à chaque être vivant dès lors qu'il est un homme. ; Liberté d'aller et venir, liberté de la correspondance, liberté d'expression, droit de savoir, de comprendre, de dire, d'être compris. La question de la communication est dès lors centrale dans les dispositifs qui se mettent en place autour des personnes en situation de handicap. Les actes doivent rejoindre les paroles.

LE CONTEXTE

UN DISPOSITIF ADMINISTRATIF ET INSTITUTIONNEL COMPLEXE : LA COMPLÉMENTARITÉ ÉTAT DÉCONCENTRÉ – ÉTAT DÉCENTRALISÉ

L'État et le Conseil Général se partagent, autour de la question du handicap, des compétences dont le contour est défini par le législateur ; de manière très schématique, un volet hébergement qui revient au département et un volet soin qui revient à l'assurance maladie, c'est-à-dire à l'État, selon des modalités très différentes en fonction de la nature et de l'importance des handicaps concernés.

La Nation définit pour sa population des objectifs pluriannuels de santé. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est dépositaire de ces objectifs et des règles d'attribution des allocations budgétaires associées pour ce qui concerne les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

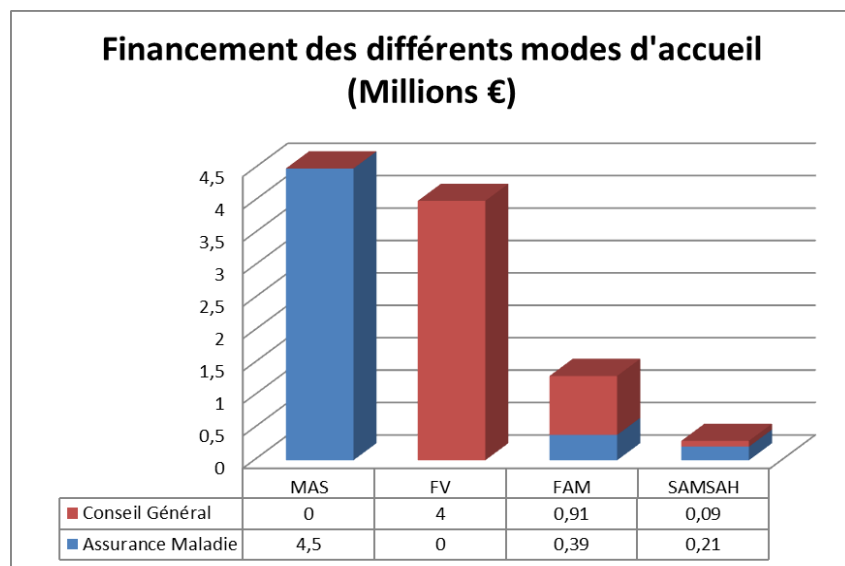
Les Agences Régionales de Santé (ARS) déclinent ces orientations dans un Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et le "PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie" (PRIAC) en organise la programmation.

Les "Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale relatifs aux Personnes Handicapées ou en Perte d'Autonomie", arrêtés par les Conseils Généraux, traduisent quant à eux l'engagement de la collectivité "Alpes-de-Haute-Provence" à mener une "Politique du Handicap" réaliste et cohérente.

L'autorisation donnée au CAS de Forcalquier d'accompagner des personnes en situation de handicap relève :

- De l'action de l'État à l'échelle régionale et locale par la voix de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé (DT-ARS-04),

- De l'action de la Collectivité Territoriale "Département des Alpes-de-Haute-Provence" (CG-04) dans ses attributions héritées des lois successives de décentralisation.



	Conseil Général	Assurance Maladie
FV	100%	
FAM	70%	30%
MAS		100%
SAMSAH	30%	70%

UN DISPOSITIF AU SERVICE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

C'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui va constituer, pour la personne en situation de handicap, le lien entre une politique voulue par l'État et les Collectivités Territoriales et la réalisation effective de ses besoins.

La MDPH est une sorte de "guichet unique" du handicap. En ce qui concerne le CAS, c'est elle qui va délivrer à la personne en situation de handicap l'orientation, véritable "sésame" qui permet de prétendre à un accueil ou un accompagnement dans une des structures du CAS.

Orientation MAS, FAM, FV, SAMSAH, la Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) réunit des personnes identifiées pour leur(s) compétence(s) afin de déterminer pour chaque situation individuelle, la "meilleure solution" et le projet en adéquation avec la demande de la personne en situation de handicap.

En termes qualitatifs, la décision de la CDAPH s'impose au CAS ; l'établissement doit respecter la nature de l'orientation. Il adapte ensuite son modèle générique à une situation particulière. C'est le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

DES DISPOSITIFS CONTRAINTS PAR LA RARETÉ BUDGÉTAIRE

En termes de programmation comme en termes d'exécution, la période actuelle est problématique. En effet, il existe un décalage entre la réalité des besoins individuels et la capacité sociale à y répondre. Cette situation laisse bien souvent insatisfaits les destinataires comme les acteurs des dispositifs médico-sociaux, d'autant plus que certaines mutations ont été modérément anticipées – vieillissement des personnes en situation de handicap, impact de la médicalisation croissante du traitement des situations médico-sociales, impact de la démarche qualité...

Il faut donc aujourd'hui agir dans un contexte où la création de places d'accueil de personnes en situation de handicap est une hypothèse improbable et où, par conséquent, c'est l'adaptation et la transformation de l'institution qui permettront de se rapprocher d'une réponse adaptée aux besoins.

Il faut cependant être prudent quant à la portée de cette vision :

- La courbe ascendante des besoins et celle descendante des moyens augmente considérablement la difficulté de l'effort d'adaptation,
- La rigidité des règles qui s'appliquent au système médico-social constitue un frein aux réformes structurelles qui semblent souhaitables.

Cela signifie qu'après de nombreuses années d'augmentation quantitative de l'offre, l'établissement doit se concentrer sur la valorisation de son dispositif existant, l'optimisation des moyens mis à sa disposition. Il doit vérifier la pertinence des hypothèses qui ont alimenté sa croissance, structurer solidement sa diversité, consolider ses fondements.

Cet objectif repose notamment sur la mise en cohérence des pratiques, le décloisonnement des services, la transversalité des prestations.

LES OUTILS DE LA LOI DE 2002

Établissement médico-social rime avec loi de 2002. Elle structure et restructure l'action auprès des personnes en situation de handicap.

Avec les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 est amorcé un rééquilibrage important de la relation entre les structures d'accueil et les usagers à savoir le pouvoir de ces derniers de disposer d'un droit à la participation et à l'expression, d'avoir un projet de vie adapté à leurs besoins et leurs attentes.

Pour garantir les droits des usagers réaffirmés par la loi 2002-2, le législateur a préconisé la mise en œuvre d'outils désormais obligatoires dans les établissements médico-sociaux.

Ainsi, les outils suivants ont été formalisés et/ou diffusés dans la période 2009-2010 :

- **Le livret d'accueil** : ce document d'information présente les différents services du CAS en précisant l'ensemble des prestations, des accompagnements et des interventions délivrées.
- **Le règlement de fonctionnement** : définit les règles de "vie", d'organisation et de fonctionnement du CAS ainsi que les modalités d'exercice des droits et devoirs des résidents.
- **Le contrat de séjour** : définit les objectifs et la nature de l'accompagnement. Il est établi entre le résident et/ou son représentant légal et est signé dans le mois qui suit l'admission.
- **Le Projet d'Accompagnement Personnalisé** : annexé au contrat de séjour, le PAP vise à adapter les actions aux besoins, aux rythmes, aux attentes et aux problématiques de chaque résident et à rechercher un accompagnement et un suivi appropriés.

- **La charte des droits et libertés de la personne accueillie** : précise les droits fondamentaux des résidents. Elle constitue ainsi un référentiel éthique sur lequel doit s'appuyer l'ensemble des outils relatifs aux droits des usagers.

Si sa diffusion a été réalisée, son affichage reste toutefois aléatoire selon les services.

- **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)** : composé majoritairement d'usagers ou de leurs représentants, cette instance donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement.

Les outils ci-dessus ont été élaborés, dans le cadre de l'exécution du projet d'établissement précédent. Le CAS s'est attaché à ce qu'ils soient, à la fois, au plus près des textes législatifs et réglementaires et qu'ils soient considérés comme un support au travail à mener auprès des résidents.

Le dernier outil mis en œuvre est le Projet d'Accompagnement Personnalisé ; son élaboration ayant été réalisée en 2012.

Le seul outil qui n'a pas pu encore être mis en place à l'heure actuelle est **la liste des personnes qualifiées**. La personne qualifiée a pour mission d'aider à faire valoir les droits de l'usager ou de son représentant l'égal. L'esprit de la loi est bien que l'usager dispose d'un soutien à la résolution d'un conflit personnel ou collectif. Ainsi, la personne qualifiée ne s'entend pas comme étant un *médiateur*, mais comme un *défenseur*. Le choix de ce médiateur s'effectue à partir d'une liste de personnes qualifiées qui doit être établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général. À ce jour, cette liste n'est toujours pas établie.

Dans un souci permanent d'amélioration de l'effectivité des droits des résidents et de leurs représentants légaux, ces outils devront être réinterrogés périodiquement afin de les adapter au mieux à leur compréhension et de favoriser ainsi leur participation.

Si la loi 2002-2 a mis l'accent sur l'expression des résidents sur leur participation à leur projet de vie, elle a eu aussi pour vocation de faire évoluer le fonctionnement des institutions en instaurant notamment l'écriture d'un **projet d'établissement et de services**, la mise en place régulière de l'évaluation des prestations et le renforcement des contrôles par le biais des **évaluations internes** (auto-évaluation) et **externes** (par un organisme indépendant, habilité par l'ANESM et extérieur à l'établissement).

INSCRIPTION DU CAS DANS UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Depuis le précédent projet d'établissement, le CAS affirme son choix d'engager un processus de réflexion continue sur l'amélioration des pratiques professionnelles afin de s'adapter au mieux et au plus près des besoins des résidents et de leur évolution.

Cette démarche s'est traduite très concrètement par la réalisation de la première auto-évaluation en 2009 travaillée dans un cadre participatif avec la mise en place de groupes de travail pluri-professionnels. Ces groupes ont travaillé à partir d'un référentiel réalisé par des établissements sociaux et médico-sociaux publics de la région PACA.

Suite à cette première évaluation, l'établissement a mis en place des groupes « qualité » avec un comité de pilotage. La Direction souhaite conserver la structure de ces groupes pour assurer l'exécution et le suivi des actions programmées dans le présent projet.

Si cette démarche permet de nombreuses avancées sur le terrain, elle souffre peut-être d'un manque de communication au niveau institutionnel ce qui constitue un frein certain à l'adhésion de l'ensemble des professionnels.

LE CALENDRIER PRÉVISIONNEL

Légende

Projet d'Établissement	PE
Évaluation Interne	EI
Évaluation Externe	EE
Intervalle libre	

		PE			EI			PE	EE	EI			PE		EI		EE	PE		EI			PE
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028

POINTS D'AMÉLIORATION :

Mise en œuvre des outils relatifs aux droits des usagers :

- ↳ Interpeller à nouveau officiellement les autorités compétentes pour la liste des Personnes Qualifiées.
- ↳ Travailler à nouveau la diffusion ainsi que l'appropriation de la charte des droits et libertés des personnes accueillies par les personnels, les résidents, les représentants légaux des résidents et les familles.
- ↳ Évaluer la mise en place des projets d'accompagnements personnalisés.

Exécution du PE :

- ↳ Constituer les groupes chargés de l'exécution et du suivi du PE.

Évaluations :

- ↳ Préparer et procéder à la 1^{ière} évaluation externe
- ↳ Procéder à la deuxième évaluation interne (calendrier à définir).

POPULATION

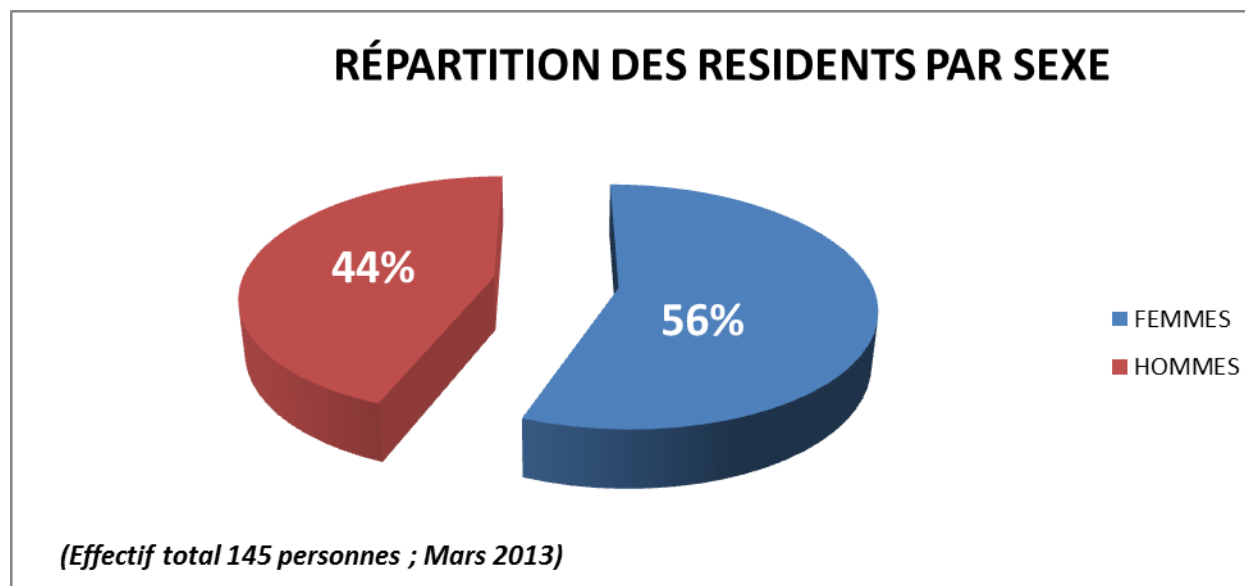
LES PERSONNES ACCUEILLIES

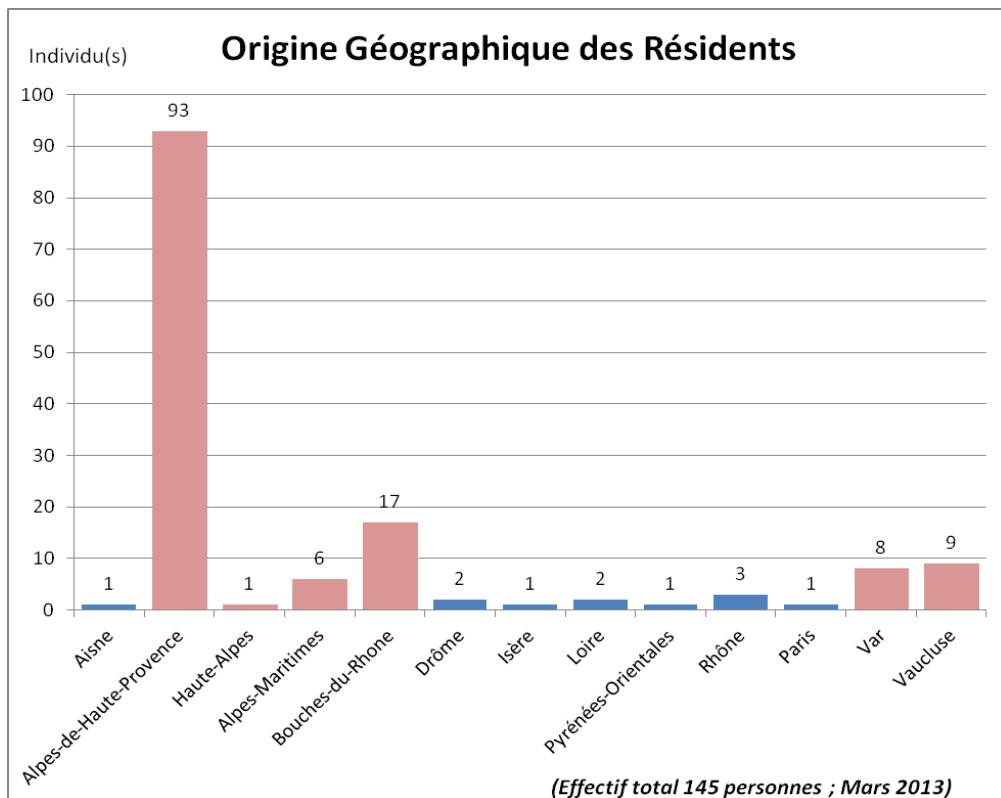
Le Centre d'Accueil Spécialisé de FORCALQUIER accueille des personnes orientées par la CDAPH en raison de l'existence d'un ou de plusieurs handicaps dont l'expression intellectuelle, sensorielle ou motrice peut induire des dépendances dont la compensation peut varier de la simple aide à la suppléance intégrale dans chaque geste de la vie quotidienne.

Les orientations Foyer de Vie, Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée signent à minima une impossibilité d'exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, et peuvent, à l'extrême, correspondre à une dépendance majeure dans les gestes de la vie quotidienne voire même dans l'autorégulation physiologique.

Données chiffrées

(Les données chiffrées doivent être analysées avec beaucoup de prudence en raison du nombre faible d'observations. La statistique est une science !)





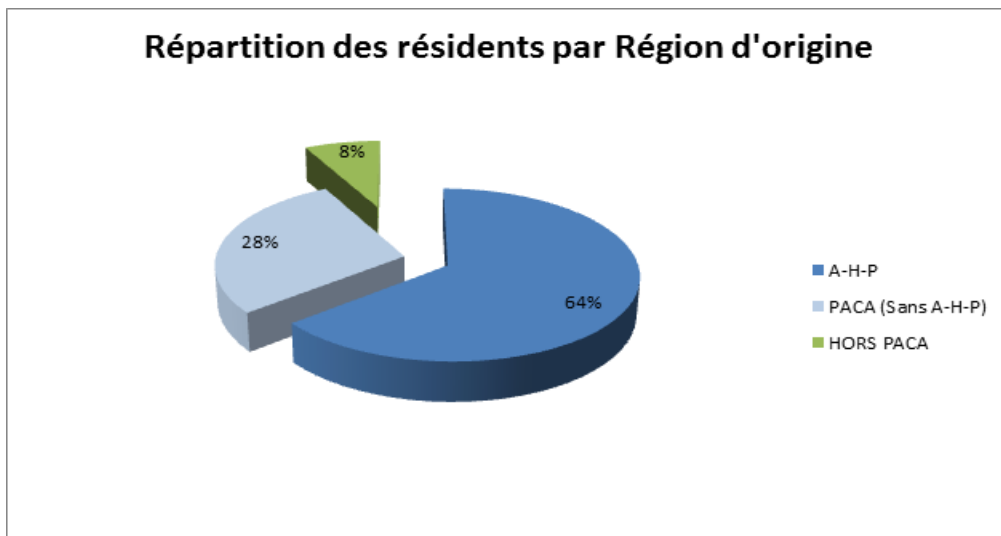
92% des personnes accueillies au CAS sont résidents de la région PACA, 64% des Alpes-de Haute-Provence. Il existe donc un véritable ancrage local de l'établissement.

La référence géographique est la notion de domicile de secours.

La notion de domicile de secours est utilisée pour désigner la collectivité qui doit verser l'aide sociale accordée à une personne. Ce critère s'applique notamment à l'allocation compensatrice et à la prestation de compensation.

Le domicile de secours va dépendre du lieu de résidence de la personne selon des règles strictement définies par la loi.

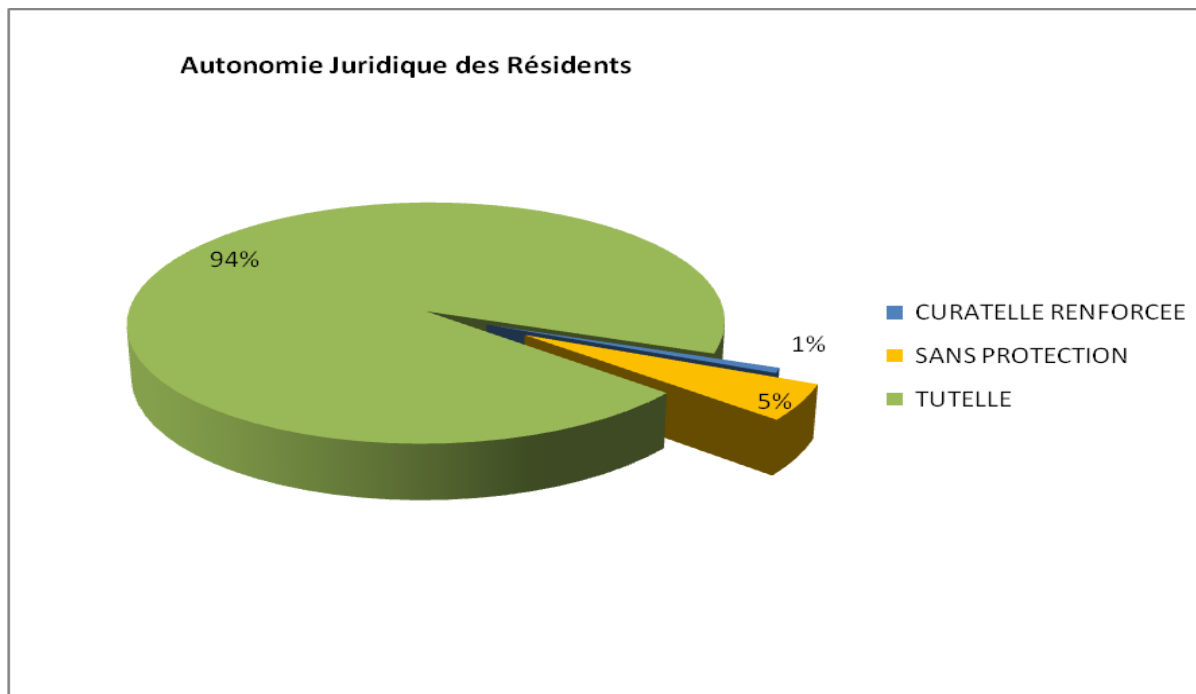
En effet, de manière générale le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département. Il appartient donc au département dans lequel la personne réside de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois de verser l'allocation...



...Cependant, par exception le séjour dans un établissement social, médico-social ou sanitaire, ou le séjour au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours.

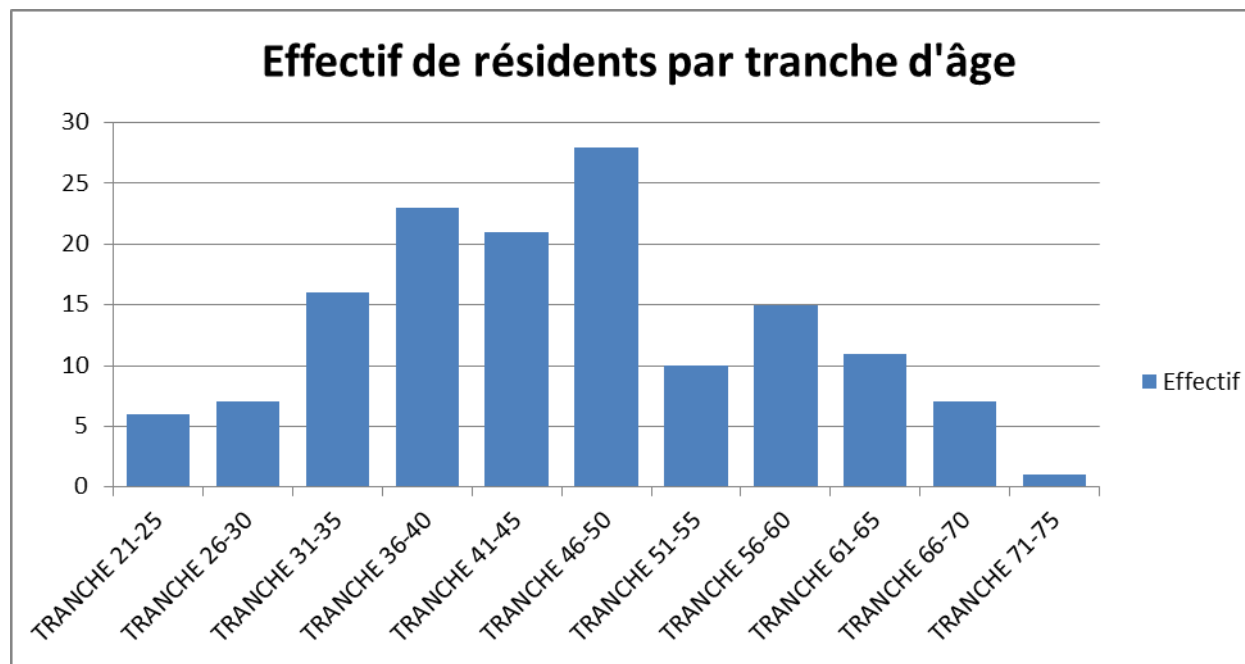
Même si la personne y est accueillie depuis plus de trois mois, elle conserve le domicile de secours qu'elle avait antérieurement, et ce, même si celui-ci est dans un autre département.

Cette référence au domicile de secours explique la disparité des règles de facturation et donc implicitement de fonctionnement qui s'appliquent à des résidents dont la situation paraît de prime abord être identique. Il en est ainsi des droits à absence pour convenances personnelles. C'est une dimension que le règlement de fonctionnement doit intégrer.



L'autonomie juridique des résidents est un signe indirect de leur niveau de dépendance. Un taux de 95 % de personnes juridiques protégées signe la place tout à fait prégnante, au CAS, du handicap intellectuel associé ou non à la pathologie psychiatrique.

Cela signifie que, pour satisfaire aux exigences des lois relatives aux personnes en situation de handicap et permettre aux résidents d'accéder à leurs droits, les professionnels sont amenés à manipuler de subtils équilibres entre liberté individuelle, encadrement et protection de la personne.



ORIENTATION	Âge Moyen	Durée du séjour en cours dans la structure considérée (en année)
FAM	61,9	6,1
FV	42,8	15,6
MAS	46,8	15,8
SAMSAH	43,9	3,8
CAS	46,0	13,8

Avec des durées de séjour qui se rapprochent de la durée d'existence des différents lieux d'accueil, le CAS n'est pas caractérisé par son turn-over ; l'institution vieillit avec ses résidents. Elle est néanmoins confrontée à de nouvelles problématiques.

La population des personnes en situation de handicap accueillie au CAS peut se caractériser par :

- L'avancée en âge,
- L'émergence de nouveaux handicaps,
- L'émergence d'une remise en question des évidences, vraies ou fausses.

L'avancée en âge

Le turn-over des résidents (à l'instar de celui du personnel) est faible. C'est le plus souvent un décès de résident qui génère la vacance d'une place et permet d'envisager une nouvelle admission.

"Vieillesse" – "Alourdissement" – Tout est dit ! Mais rien non plus paradoxalement !

La population accueillie au CAS peut notamment se caractériser par un décalage annuel de la pyramide des âges, régulier et systématique, "vers le haut".

Cette caractéristique démographique est, par essence, une problématique essentielle de l'établissement : "les résidents s'alourdissent".

Cette remarque recouvre en fait au moins, au sens des accompagnements quotidiens des réalités distinctes et interactives :

- Les résidents ne font plus la même chose que par le passé et ne manifestent plus les mêmes centres d'intérêt. La télévision occupe une place centrale dans les services,
- Les pathologies associées au handicap sont de plus en plus prégnantes et deviennent sur-invalidantes. Elles ne progressent pas de manière linéaire ; elles flambent !

- Le personnel vieillit et les traces de l'usure psychologique et physique interagissent négativement avec les nouveaux besoins des résidents.

C'était mieux avant ! C'était tellement mieux avant !

La problématique de l'avancée en âge est particulièrement sensible dans les modes d'accueil "alternatifs" – PFS, SAMSAH, Accueil de Jour – En effet, du fait d'un manque de places de secours "en dur", le risque lié à une décompensation et à l'impossibilité de poursuivre momentanément ou durablement l'accompagnement alternatif devient difficile à assumer ; ce risque n'est plus mesuré ni raisonnable.

Les accueils de type SAMSAH, Accueil de Jour, PFS montrent dans cette configuration leurs limites, parfois dans un registre "catastrophe".

La question de l'avancée en âge doit également inciter la commission de pré-admission à une réflexion générale sur l'équilibre générationnel et à sa relative stabilité dans la durée.

Des profils de handicap inconnus jusqu'alors

Avec l'évolution de la société et la contraction des moyens alloués au secteur sanitaire et médico-social, les établissements destinés à accueillir des personnes en situation de handicap sont amenés à connaître de nouveaux handicaps auxquels les institutions n'étaient pas préparées (transfert des capacités de l'hospitalisation psychiatrique vers le secteur médico-social) : il en est notamment ainsi des personnes pour lesquelles se cumulent des éléments psychiatriques, des addictions et des désavantages sociaux.

Même si la demande ne paraît pas importante à ce jour, il est pertinent de se préparer à accueillir des personnes "néo-handicapées", c'est-à-dire des personnes qui ont connu une vie "normale" avant qu'un accident ou une maladie évolutive ne vienne interrompre le cours des choses. On observe là, peut-être, un effet paradoxal des progrès de la médecine.

Les différents types de population nécessitent des moyens spécifiques d'accompagnement et la cohabitation est parfois difficilement aménageable.

La remise en question des évidences

Avec le vieillissement des personnes accueillies, les modifications que cela signifie en terme de besoins – et de moyens associés – se pose la question de l'anticipation de la trajectoire du résident avec notamment mais non exclusivement :

- La question du projet initial qui a bien souvent intégré la notion d'un accueil "à vie",
- La question d'une collaboration spécifique avec les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes,
- La question de l'accompagnement vers la mort.

LE RÉSIDENT ET LA FAMILLE SONT DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

LE PARTENARIAT AVEC LES RÉSIDENTS ET LEUR FAMILLE

Les évolutions introduites par les dernières lois notamment celle de 2002 ont résolument engagé les institutions médico-sociales dans une redéfinition de leur mode de relation avec les personnes accueillies mais aussi avec leurs familles. Le Centre d'accueil Spécialisé a engagé en ce sens un travail de réflexion autour de la question de la place et du rôle de la famille dans l'institution et dans l'accompagnement du résident.

La famille constitue un des maillons essentiels du travail institutionnel engagé avec le résident.

L'établissement est envisagé comme le lieu de vie, le domicile du résident. L'échange avec les familles doit se dérouler dans le respect mutuel de chacun et doit être basé sur l'expression de différents principes nécessaires à l'instauration d'un lien de confiance :

- Disponibilité,
- Écoute attentive,
- Prise en compte de la pluralité des points de vue,
- Transparence.

Pour que s'instaure un véritable partenariat entre parents et professionnels, il faut que les uns et les autres acceptent de reconnaître leurs compétences respectives et aussi leurs propres limites.

Ce partenariat se traduit très concrètement dans la mise en place d'échanges réguliers avec les familles sous forme de contacts téléphoniques, d'écrits (cahier de vie/ courriers), de rencontres plus ou moins formelles, de réunions ou de participation à des festivités. Les temps de fêtes sont basés sur l'idée que ce sont les résidents qui

invitent leurs proches dans leur lieu de vie pour partager un moment privilégié avec eux.

La qualité de partenariat suppose que les professionnels soient au minimum sensibilisés et surtout formés aux thématiques liées au travail avec les familles. Dans le cadre de la formation continue, le CAS a déjà initié quelques actions en ce sens qui mériteraient d'être davantage développées à l'avenir.

Si la nécessité du travail avec les familles ne fait désormais plus aucun doute pour les professionnels du CAS, il nous faut poursuivre l'effort engagé en posant de manière plus explicite les modalités de ce partenariat.

Dans ce processus, les familles doivent pouvoir se situer comme partenaire tant dans la définition et la mise en œuvre du PAP que dans leur participation à la vie institutionnelle.

Cette *co-construction* doit pouvoir davantage s'appuyer sur un effort partagé de négociation, de réflexion commune qui s'opère certes dans un cadre contenu mais qui n'interdit pas la souplesse et encore moins l'adaptabilité.

Cela nécessite en amont une meilleure connaissance des attentes de la famille vis-à-vis de l'institution. Récemment, a été mis en place pour la première fois un questionnaire de satisfaction à l'attention des familles.

Le CAS concourt à la solidité et à la régularité du lien familial en assurant, avec ses propres moyens, des allers/retours entre l'établissement et les domiciles familiaux.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Renforcer les actions de formation liées au travail de lien avec les familles à destination des professionnels.
- ↳ Mieux appréhender les attentes des familles vis à vis de l'institution, du lieu de vie de leur proche : mise en place régulière de questionnaires de satisfaction et retours sur les résultats et actions à initier ou à développer.
- ↳ Intégrer davantage les familles dans le processus d'élaboration du PAP.
- ↳ Engager une réflexion sur les temps conviviaux : « journée familles », festivités transversales.

S'OUVRIRE SUR LES PARTENAIRES ET VALORISER SON PATRIMOINE

Le CAS est un lieu ouvert, non fermé ni centré sur lui-même. Le fait d'aller vers l'extérieur mais aussi de faire venir l'extérieur à l'intérieur participe à l'idée que l'établissement est un lieu de vie et que les personnes handicapées sont des citoyens à part entière.

S'OUVRIRE SUR LES PARTENAIRES

Dans ce sens, le CAS est impliqué depuis plusieurs années dans une démarche d'ouverture, de partenariats et de coopération dont les effets se concrétisent dans de nombreux domaines :

- Des échanges réguliers et/ou des partenariats avec des établissements médico-sociaux publics ou privés du 04 et des départements limitrophes pour l'essentiel (ESAT, IME, MAS, EHPAD...) mais aussi avec le secteur hospitalier et notamment le service de psychiatrie de l'hôpital de Digne,
- Une coopération régulière avec des collectivités locales telle que la ville de Forcalquier, des écoles, des associations et des organismes relevant du secteur du Handicap (MDPH...),
- Des partenariats de plus en plus développés avec les organismes de formation des professionnels du secteur médico-social (IFSI, IFAS, MFR, GRETA...) qui se traduit concrètement par l'accueil de nombreux stagiaires au sein de l'établissement et des liens de travail fréquents avec des organismes de retour à l'emploi tel que Pôle Emploi dans le cadre de recrutements de personnels.

Ces coopérations se sont peu à peu formalisées à travers l'élaboration de conventions définissant le(s) objectif(s), les moyens mis à disposition et les financements le cas échéant.

Les professionnels sont vivement encouragés à maintenir et développer des relations avec des partenaires extérieurs dans le cadre de la mise en place d'actions éducatives, de soins et d'activités de loisirs (pour n'en citer que quelques uns : "Handident", sorties extérieures, transferts, Sport Adapté, Inter-Mas, atelier théâtre...).

Si l'établissement doit continuer à s'inscrire dans une démarche d'ouverture vers l'extérieur, il apparaît nécessaire de travailler à la valorisation de ses ressources internes.

VALORISER SON PATRIMOINE

En effet, la dynamique qui a conduit à s'exporter a également conduit à laisser quelque peu en friche les dynamiques internes. Un recentrage s'impose, non pas comme une position de repli, mais comme une consolidation et une valorisation de l'existant, aussi bien en matière de patrimoine qu'en matière de pratiques professionnelles.

Le travail d'amélioration du patrimoine qui s'est notamment déjà traduit par la construction du Foyer d'Accueil Médicalisé, la rénovation d'une des Maisons d'Accueil Spécialisées se poursuit. Un

nouveau bâtiment s'apprête à sortir de terre ; le premier coup de pioche étant prévu pour avril 2013.

Le patrimoine immobilier sera porteur de mieux être, et ce, d'autant plus qu'il sera matériellement et symboliquement investi par ses usagers, en s'appuyant notamment sur des projets éducatifs, occupationnels, relationnels et de soins cohérents.

Valorisation du patrimoine et valorisation des pratiques sont en effet intimement liées.

L'établissement a été bâti dans les années 70. Il s'est constamment transformé et réhabilité. Maintenir et transformer le patrimoine et ses usages, c'est enrichir le CAS :

- Aménager et rénover pour mieux servir,
- Participer au développement durable.

AMÉNAGER ET RÉNOVER POUR MIEUX SERVIR

Le remplacement progressif d'anciens bâtiments par des constructions neuves ou réhabilitées s'inscrit dans un schéma naturel d'adaptation des moyens de l'institution aux besoins des personnes en situation de handicap et aux capacités d'accueil qui sont attendues d'elles par son environnement, notamment par les financeurs et les régulateurs des dispositifs médico-sociaux.

Ainsi, le début des travaux de la nouvelle MAS dite ITARD, constituera le point de départ du travail préparatoire à la réhabilitation du Foyer de Vie dont les locaux sont devenus inadaptés.

POINTS D'AMÉLIORATION :

Réinvestir les locaux vacants avec des modalités, éducatives, logistiques ou administratives :

- ➔ Rapatrier l'Unité de Ressource sur le site du CAS pour optimiser le rapport coût-bénéfice de ce dispositif.
- ➔ Rationaliser la logistique de stockage par défragmentation de ces fonctions.

Une des particularités du CAS, qui fait son charme mais qui constitue également une difficulté particulière, est sa relative complexité sur une très grande surface.

Il existe au CAS de nombreux espaces sous utilisés, voire même inexplorés. L'idée d'un recentrage des pratiques éducatives qui valorise les dynamiques internes peut également s'appliquer à l'environnement proche de l'établissement. Cet environnement est riche, enviable. Quelques aménagements peuvent le rendre très attractif, y compris pour des personnes extérieures au centre. La dynamique d'ouverture du CAS sur l'extérieur peut ainsi s'appuyer sur les ressources internes (aménagement du mini-golf, aménagement d'un parcours de santé...).

Valoriser les ressources patrimoniales du CAS nécessite qu'on le rende "facile" d'accès. En effet, c'est une plainte récurrente de la part de nombreux visiteurs ou de partenaires professionnels que de faire remarquer qu'il a été difficile de trouver tel ou tel lieu au sein de l'établissement. Les 5 années à venir peuvent être l'occasion de réaliser un plan cohérent de signalisation, d'orientation et de guidage des usagers, plan qui participe au développement de l'accessibilité pour tous les publics.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Réaliser un plan cohérent de signalisation, d'orientation et de guidage des usagers.

Un patrimoine au XXI siècle ne se résume pas à une propriété immobilière. Un patrimoine, c'est une inscription dans le paysage, un environnement. C'est également l'empreinte que l'on y laisse, empreinte énergétique, empreinte écologique.

PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les bâtiments

Les bâtiments d'origine de l'établissement datent d'avant 1974, c'est-à-dire que la préoccupation énergétique et écologique n'a pas été au cœur des préoccupations de l'époque. Il convient à ce titre de pointer deux problématiques fortes du CAS :

- La consommation énergétique,
- La présence de toitures contenant de l'amiante.

Concernant les bâtiments et la dépense énergétique associée, les réhabilitations successives ont intégré, de manière de plus en plus forte, la contrainte énergétique et la nouvelle MAS-ITARD utilise des procédés géothermiques de chauffage.

En ce qui concerne les bâtiments anciens, un premier pas sera franchi avec une série de travaux de flochage dont la réalisation est prévue pour 2013.

Mais la question énergétique n'est pas la seule qui doit préoccuper concernant les bâtiments anciens. En effet, leur toiture est faite d'un ciment amianté. À ce jour, l'état et les qualités mécaniques de cette toiture n'ont pas posé de problème spécifique. Pourtant, il ne faut pas exclure l'hypothèse d'un remplacement dans les années à venir. Le coût doit en être évalué et la dépense anticipée, notamment en raison des surcoûts liés à l'organisation du travail sur ce type de chantier et à l'évacuation des matières contaminées.

Le parc de véhicules

Le CAS est un propriétaire automobile conséquent : une vingtaine de véhicules. Il convient de modifier les pratiques et de "rentabiliser" l'usage d'automobiles qui roulent en fait très peu, consomment beaucoup d'entretien et d'assurance, vieillissent sans être utilisées. Une organisation en forme de parc géré et programmé semble pertinente.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Gérer le patrimoine automobile sous forme de parc commun à l'ensemble des services.

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

LES RESSOURCES HUMAINES

Le personnel du Centre d'Accueil Spécialisé relève de la Fonction Publique Hospitalière (titre IV du statut général de la fonction publique – loi n° 86-33 du 9 janvier 1986). Cette loi complétée par différents textes réglementaires dont le décret n° 2010-19 du 6 janvier 2010 définit les droits et obligations des personnels titulaires et contractuels relevant de la fonction publique hospitalière.

Les ressources humaines s'articulent essentiellement autour de 4 grandes notions :

- La **gestion des métiers et des compétences** : l'agent, qu'il soit titulaire ou contractuel ne se caractérise pas seulement par son grade mais aussi et surtout par son métier et donc par les connaissances et les compétences qu'il faut acquérir, développer et faire évoluer en fonction même des métiers, de son environnement de travail et des besoins des résidents.

Cette gestion s'est fortement développée ces dernières années sur le CAS dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) qui s'est traduite concrètement par la mise en place ou le développement d'outils tels que le bilan social, l'entretien annuel d'évaluation, les fiches de fonction/poste, le plan de formation, la note d'orientation pluriannuelle de la formation...

- La **gestion de l'organisation du travail et des conditions de vie au travail** : Il s'agit tout d'abord de l'organisation du travail dans

le temps autrement dit de l'adaptation du cadre légal national au niveau de l'établissement.

Fruit de l'accord local sur le protocole ARTT lors du passage aux 35 heures en 2002, le "guide du temps de travail" témoigne de ce travail de transposition. Depuis son élaboration, il est régulièrement actualisé ; sa dernière version date d'août 2011. L'organisation du travail doit répondre aux besoins des personnes accueillies tout en veillant au maintien des bonnes conditions de travail,

- La **gestion administrative et statutaire** : renvoie notamment à la gestion des recrutements et des départs, de la paye, des avancements, des évolutions statutaires, des arrêts de travail,
- La **gestion financière** : cette notion comprend à la fois une dimension individuelle (modalités et conditions de rémunération des personnels sur la base des indices mais aussi des indemnités et primes diverses) et une dimension collective (le suivi et la maîtrise de la masse salariale).

LES PROFESSIONNELS DU CAS

Les missions de l'établissement nécessitent des compétences qui requièrent des qualifications spécifiques et qui constituent des « groupes » homogènes que l'on peut identifier comme suit :

■ Les Fonctions d'encadrement

L'équipe de Direction comprend un Chef d'Établissement, un Directeur-Adjoint ainsi qu'un encadrement intermédiaire composé de 3 cadres socio-éducatif et d'un cadre de santé. Dans le cadre d'un engagement de réduction de la masse salariale pris auprès de l'ARS, nous avons réduit en 2012 le nombre de postes de cadres qui est passé de 5 à 4 équivalents temps pleins.

L'encadrement intermédiaire constitue le relais essentiel entre les personnels de terrain et les directeurs. Il est garant, par délégation, de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des projets d'accompagnements personnalisés.

■ Les Fonctions d'accompagnement

La grande majorité des personnels du CAS occupent une fonction en lien direct avec l'accompagnement quotidien des personnes accueillies. Les métiers sont divers mais peuvent être classés en 3 catégories :

- ▷ Le personnel socio-éducatif (Agent de Service Hospitaliers, Aide-Médico-Psychologiques, Moniteur-Éducateur, Éducateur Spécialisé),

- ▷ Le personnel paramédical et médical (Aide-Soignant, Ergothérapeute, Psychomotricienne, Infirmière, Médecin Psychiatre, Médecin généraliste et spécialiste),
- ▷ Le personnel thérapeutique (Psychologue).

■ Les Fonctions "supports"

Ces fonctions incluent les personnels :

- ▷ Hôteliers (Lingère, Maîtresse de Maison, Agent d'Entretien, Cuisinier),
- ▷ Techniques (Électricien, Plombier, Jardinier, Menuisier, Maçon,...),
- ▷ Administratifs (Agent chargé de l'accueil, du secrétariat, de l'économat, des finances, des ressources humaines et de la qualité),
- ▷ Socio-administratif (Assistant de service social).

Ces fonctions sont essentielles au bon fonctionnement de l'établissement ; les deux premières étant centrées sur le confort matériel et la qualité de vie des personnes accueillies (le traitement du linge, la préparation des repas, l'entretien des locaux et des matériels et équipements, l'amélioration du cadre de vie...) La fonction administrative, quant à elle, permet la mise à disposition et assure la coordination des moyens matériels et humains nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.

La politique de ressources humaines développée au CAS

Si la gestion des ressources humaines est strictement encadrée par la réglementation notamment au niveau des modes de recrutement, de la durée de travail et de la rémunération, elle est également la traduction de la dynamique de l'établissement en termes de gestion des compétences et d'organisation du travail.

Sous tendue par le principe d'équité, la politique des ressources humaines se doit de favoriser l'amélioration de la qualité de vie au travail tout en répondant aux missions confiées à l'établissement autrement dit aux besoins des personnes accueillies.

La gestion des ressources humaines repose sur la recherche permanente d'un équilibre entre l'intérêt général, collectif et les intérêts individuels. La gestion de cet équilibre doit être clairement identifiée par les agents et les partenaires extérieurs par le développement d'une communication adaptée. La lisibilité de ce dispositif repose sur trois piliers fondamentaux :

1 - L'accompagnement des personnels tout au long de leur carrière au sein de l'établissement

L'accompagnement des personnels passe essentiellement par l'information et le soutien dans les différentes étapes de leur vie professionnelle :

■ Lors de **leur recrutement, leur accueil et leur intégration** : les recrutements s'opèrent en fonction des besoins de remplacements temporaires ou permanents identifiés dans la limite de l'enveloppe budgétaire disponible. Ils sont réalisés par les cadres et/ou le Directeur-Adjoint selon la nature du poste. La Direction est attachée à la mixité des recrutements internes (promotion interne) et externes afin de diversifier les expériences et d'enrichir les pratiques professionnelles.

L'étape d'accueil-intégration est déterminante car elle peut conditionner par la suite la qualité même du travail. Elle fait donc l'objet d'une attention toute particulière avec la remise d'un dossier d'accueil pour les nouveaux arrivants mais aussi avec l'organisation de la « journée de contact » en double (journée d'observation avant embauche). Toutefois, l'intégration dans les équipes semble manquer d'homogénéité entre les services et reste trop centrée sur le service « d'accueil ». En effet, elle ne s'inscrit pas dans une dimension

institutionnelle pourtant nécessaire à une identité commune, une culture d'établissement, pouvant favoriser la communication inter-équipes.

■ Dans **le quotidien de travail** : la gestion des ressources humaines repose sur des principes d'écoute des personnels, de disponibilité, d'information concernant le statut, les droits et obligations des agents, les dispositifs de soutien, d'accompagnement, d'évolution et de sortie qui sont ouverts.

Le service des ressources humaines est un lieu de dialogue privilégié entre les agents et l'institution ; le respect et la confidentialité étant des composantes fondamentales de ce dialogue.

Plusieurs outils permettent par ailleurs la transmission des informations et favorisent ainsi la communication interne. Ces outils peuvent prendre la forme de documents formalisés que l'on trouve sur les tableaux d'affichage et/ou sur le réseau informatique.

À titre d'exemple : le guide du temps de travail, les plannings informatisés (AGM), le journal interne "le Canard de Beaudine".

Les temps d'échanges formalisés participent aussi à la rencontre des professionnels et à la diffusion de l'information : les instances (CTE, CHSCT), les réunions institutionnelles (démarche qualité et autres) et les réunions de service.

Toutefois, malgré les efforts certains de lisibilité et les outils existants, un manque de communication semble subsister.

■ Dans **l'accompagnement des situations particulières** : différents dispositifs peuvent être mobilisés pour accompagner les professionnels notamment lorsqu'ils rencontrent des difficultés : il peut s'agir de l'accès facilité à la médecine du travail, de la mise en place d'un soutien psychologique individuel ou collectif ou bien d'un accompagnement personnalisé à la reprise après un long arrêt.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Travailler à la formalisation du processus d'intégration des nouveaux professionnels.
- ↳ Travailler l'intégration des nouveaux arrivants dans une dimension plus transversale : visite de l'établissement, 2^e journée de contact (temps approfondi avec d'autres services que celui d'affectation)...
- ↳ Travailler le décloisonnement des unités et services / développer la communication inter-services.

2 - L'individualisation des parcours et la valorisation des professionnels

Au fil des années et conformément aux textes réglementaires, l'établissement s'est attaché à développer :

■ **L'individualisation des parcours des professionnels** : l'individualisation des parcours a été renforcée depuis la mise en place de la loi relative à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV – fin 2009) ; l'instauration du Droit Individuel à la Formation (DIF) en témoigne tout particulièrement.

La trame de l'entretien annuel d'évaluation a été retravaillée en profondeur en mettant l'accent notamment sur la formalisation d'objectifs individuels pour l'année à venir. Cet outil permet aussi un échange plus poussé sur les projets de formation ainsi

qu'une expression plus facilitée des souhaits de mobilité de chacun.

■ **La qualification des professionnels** : la formation initiale et continue des professionnels constitue une préoccupation majeure de l'établissement. Ainsi, le CAS a notamment développé :

- ▷ L'accès à la formation pour l'ensemble des catégories de personnels notamment les moins qualifiés,
- ▷ Les outils de recensement des besoins individuels et collectifs de formation,

▷ La communication autour de la formation : élaboration du guide de la formation, actions d'information sur le DIF lors de sa mise en place...

■ Le **plan de formation** : outil central de la formation, s'inscrit dans un processus global qui doit permettre à la fois l'intégration :

- ▷ Des contraintes réglementaires,
- ▷ Des préconisations des plans de santé publiques,
- ▷ Des orientations du projet d'établissement,
- ▷ Des nécessités de promotions internes,
- ▷ Des projets de service mais aussi des projets individuels et ce, dans le respect de l'enveloppe budgétaire allouée.

La politique de formation est définie dans une note d'orientation pluriannuelle (2010-2015) qui précise notamment les promotions internes envisagées sur une période de 5 ans.

Si la politique de l'établissement se veut incitative et favorise globalement les départs en formation, elle s'inscrit dans un

principe de réalité concernant les départs en formation "diplômante". En effet, la décennie 95-05, a vu l'établissement déployer des moyens considérables pour promouvoir par le diplôme les agents pas ou peu qualifiés. Cette "période glorieuse" prend fin en raison notamment de la conjugaison de trois facteurs :

- ▷ La satisfaction des besoins internes de qualification : le CAS a formé et/ou recruté le personnel diplômé correspondant aux postes alloués,
- ▷ Une mobilité externe (départ du CAS) relativement réduite,
- ▷ Un contexte budgétaire plus restreint.

Par ailleurs, des efforts peuvent être portés sur le bilan qualitatif des actions de formation afin de répondre au mieux aux attentes des agents et de l'établissement ainsi que sur l'organisation des retours de ces formations par les professionnels participants afin de développer le partage de connaissances et d'expériences.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Mener une réflexion sur les retours des formations : développer le partage de connaissances et d'expérience des personnels.
- ↳ Évaluer la formation professionnelle : garantir l'adaptation des contenus de formation aux projets de service et d'établissement et aux besoins des personnels.

■ La définition des places, rôles et missions des professionnels : la reconnaissance passe aussi par la définition explicite du rôle et des missions confiés afin que chaque professionnel puisse trouver au mieux sa place, se repérer et être repéré par les autres au sein de l'établissement. En rendant plus lisible l'organisation et le fonctionnement du CAS, la clarification des places et fonctions des professionnels favorise par conséquent la communication au sein des équipes mais aussi entre les services.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Définir le rôle et la place des psychologues au sein du CAS.
- ↳ Poursuivre l'élaboration des fiches de fonction/ poste à l'ensemble des agents du CAS.
- ↳ Élaborer d'un écrit de la fonction de coordination dans chaque service.
- ↳ Travailler au rapprochement entre les équipes paramédicales et éducatives : à travers la formalisation du circuit du médicament, la participation régulière des infirmières aux réunions d'équipes éducatives...

3 - L'amélioration continue de la qualité de vie au travail

La qualité de l'accompagnement des résidents passe indéniablement par les conditions de vie au travail des professionnels.

■ Développer la **prévention des risques professionnels** : dans la perspective de l'allongement de la vie professionnelle, conséquence de la réforme des retraites, il est plus que jamais nécessaire de développer les actions de prévention de la pénibilité et d'organiser les parcours professionnels de manière à anticiper au mieux ces difficultés. L'établissement a déjà amorcé ce travail à travers notamment :

- ▷ Le redémarrage du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT),
- ▷ L'élaboration du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (validation du DUERP en 2012),
- ▷ La mise en place de formations spécifiques (manutention, gestion de la violence...),
- ▷ La rénovation de locaux,
- ▷ L'aménagement de certains postes de travail,
- ▷ L'acquisition de matériels et équipements de protection individuelle ou collective (fauteuils ergonomiques, lèves-personnes...),
- ▷ L'inscription dans la durée de groupes de parole (analyse des pratiques et supervision).

Dans la continuité de ce qui a été réalisé, le CAS s'engage à poursuivre son action afin de réduire au maximum les risques professionnels en s'investissant tout particulièrement dans la recherche d'actions permettant de réduire les risques psycho-sociaux et plus précisément le risque d'épuisement professionnel.

- Améliorer les **conditions de travail** : les temps de réunion, les entretiens individuels et les échanges informels constituent des espaces de parole permettant l'expression des personnels, de manière directe ou indirecte, sur leurs conditions de travail. Toutefois, il conviendrait de développer l'expression "directe" (du plus grand nombre) et la participation active des professionnels sur cette thématique afin de les rendre acteurs de la démarche d'amélioration. Les instances de l'établissement, et tout particulièrement le CHSCT, devront poursuivre leurs actions en ce sens en étant force de propositions en la matière.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Faire "vivre" le Document Unique à travers la mobilisation et l'implication de l'ensemble des professionnels.
- ↳ Mettre en place des actions participatives sur la prévention des risques et l'amélioration de la qualité de vie au travail
- ↳ Mettre en place une enquête de satisfaction des personnels au moyen d'un questionnaire sur les conditions de travail.
- ↳ Lancer un travail de réflexion sur la mobilité interne ; facteur important de réduction du risque d'épuisement professionnel

TRAJECTOIRE DE VIE DU RÉSIDENT

DE L'AVANT À L'APRÈS CAS

Chaque résident accueilli au sein du CAS a un parcours singulier.

Qu'il s'agisse de jeunes adultes venant d'un IME, de travailleurs d'ESAT, de personnes hospitalisées, en rupture institutionnelle, réorientées d'une autre institution ou vivant à domicile, le projet d'accueil au CAS vient répondre à un objectif de stabilité.

L'arrivée au CAS peut parfois être l'aboutissement d'un processus long et complexe en termes de recherche de places.

En pratique médico-socio-éducative, une trajectoire peut, à l'instar de ce qu'est la vie dans certaines civilisations, être identifiée comme un *continuum cyclique*, avec des rythmes de vie institutionnels qui rencontrent des cycles de vie humains ; la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, pour certains l'âge adulte, la vieillesse et, étape ultime, la mort.

À chaque individu et dans chacun des cycles qu'il parcourt correspondent des rythmes, des projets, des objectifs spécifiques.

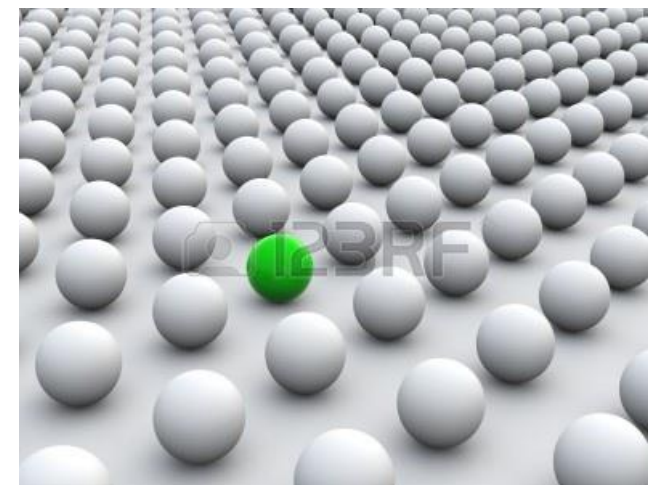
Même si la vie est un processus continu, l'institution repère des moments clés qu'il convient de marquer de manière solennelle et qui obéissent à des formalismes spécifiques :

- L'admission,
- La réorientation,
- Les modifications de rythme,
- L'accompagnement fin de vie et la mort.

L'ARRIVÉE AU CAS

Afin de mieux comprendre chaque histoire, chaque trajectoire une procédure d'admission existe. Elle a pour objectif d'identifier la demande, les envies et besoins, de comprendre l'adéquation entre

le résident et les différentes composantes de l'accompagnement proposées par le CAS.



Pour tenter de répondre au mieux et de façon individuelle, le CAS propose différents modes d'accompagnement (Placement Familial Spécialisé, externat, domicile et internats) et différents mode

CONSTATS

La visite de l'établissement

Elle est organisée par l'assistante de service social à la demande du candidat et/ou de sa famille.

Elle est une étape importante dans le processus d'intégration du futur résident car elle permet de se représenter l'institution, de s'y projeter et vise à confirmer le projet d'accueil au sein du CAS.

Le dossier de candidature

Il est généralement transmis à la fin de la visite. Il peut aussi être demandé par téléphone, par courrier, par mail, ou se télécharger sur le site internet de l'établissement.

Ce dossier est étudié par le médecin psychiatre et l'assistante de service social afin d'évaluer la candidature à plusieurs niveaux :

- Médical,
- Autonomie et dépendance,
- Cognitif,
- Social et familial,
- Administratif.

L'admissibilité

Pour envisager un accueil, il faut à la fois prendre en compte le groupe existant, sa dynamique, et les mettre en parallèle avec les attentes et besoins du futur résident.

d'accueil (permanents ou temporaires). Il s'agit de bien cerner les différents services, leur projet et les prestations proposées.

Les critères d'admission en internat au CAS reposent sur :

- La décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui a évalué l'orientation médico-sociale via un agrément,
- Le profil du candidat, en lien avec la spécialisation de l'établissement dans l'accueil de personnes déficientes intellectuelles, avec ou sans troubles associés,
- Le besoin de médicalisation.

En ce qui concerne le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) il faut :

- Bénéficier d'une orientation SAMSAH par la CDAPH,
- Être domicilié dans un rayon de 60 km autour de Forcalquier.

La liste d'attente

Elle est gérée par l'assistante de service social.

En dehors de l'antériorité de la demande, certains critères participent à rendre prioritaire une candidature :

- Les personnes domiciliées dans le 04 ne bénéficiant pas d'institution,
- Les jeunes adultes du département en aménagement CRETON,
- Les personnes en demande de rapprochement familial.

La commission de pré-admission

Lorsqu'une place est disponible, le candidat, sa famille et/ou des professionnels de son institution sont invités à une commission de pré-admission.

Elle est composée du médecin psychiatre, d'un psychologue, du responsable de service, du cadre supérieur de santé et de l'assistant de service social.

C'est un lieu d'échange qui a pour mission d'évaluer la possibilité de l'accueil et statuer sur l'admission d'un candidat.

Informations

Une fois la phase d'admission terminée, il faut informer et préparer les résidents et les professionnels à l'arrivée du nouveau résident.

Il est ici constaté des problèmes de communication inter-services et un manque d'outil identifié et formalisé.

Accueil

À son arrivée, le résident est accueilli par un professionnel qui lui montre la structure et le présente aux autres résidents et aux professionnels. Cependant il n'y a pas d'homogénéité dans la pratique (visite de l'établissement pour se présenter et repérer les lieux, goûter festif, accueil systématique par le référent désigné...)

Il lui est transmis le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. Ces documents sont accessibles sur le site internet de l'établissement et disponibles sur demande.

Intégration

Un temps d'essai d'un mois, nécessaire pour évaluer la pertinence de l'accueil sur la structure proposée, est prévu pour tous les candidats dont l'objectif est un accueil de longue durée.

À l'issue de cette période, le référent synthétise via un écrit les observations sur lequel le Directeur s'appuie pour confirmer ou pas l'admission :

- Si le stage est invalidé, l'accompagnement s'arrête et un bilan présentant les motivations du refus institutionnel ou de la personne accueillie est élaboré,
- Si le stage est concluant, il est établi une **synthèse** et un **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)** afin de faire émerger la spécificité des interventions et de fixer, en fonction d'une compréhension globale de la problématique, les moyens éducatifs, thérapeutiques et rééducatifs nécessaires à mettre en œuvre.

Ces écrits sont formalisés dans un temps variable en fonction des services.

Ce sont les outils essentiels qui définissent et structurent les conditions de la prise en charge, la cohérence des actions et la coordination des acteurs.

C'est un repère constant qui permet de vérifier et évaluer la cohérence des stratégies.

POINTS D'AMELIORATION :

Amélioration du recueil des informations :

- ↳ Compléter le dossier de candidature notamment sur son caractère informatif

Actualisation de la liste d'attente :

- ↳ Prévoir systématiquement une commission pour les personnes sur liste d'attente.
- ↳ S'assurer chaque année que la demande de candidature est maintenue.

Optimisation de la communication :

- ↳ Créer un outil de communication servant de relais entre la commission de pré-admission et l'équipe accueillante.
- ↳ Établir une fiche de présentation du nouveau résident pour les différents services

Amélioration de l'accueil et de l'intégration d'un nouveau résident :

- ↳ Mettre en œuvre une procédure d'accueil inspirée des recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM : "concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement".
- ↳ Établir une synthèse et un PAP formalisé dans les 6 mois suivant l'admission.

LA RÉORIENTATION VERS UNE AUTRE STRUCTURE

Au cours du parcours institutionnel du résident accueilli, il arrive que l'équipe du CAS évalue un décalage entre ses besoins et l'accompagnement proposé. L'établissement n'est pas toujours en capacité d'apporter une réponse aux problématiques qui se présentent ou vont se présenter.

La décision de réorienter un résident est le résultat de la réflexion de tous les intervenants qui concourent à sa prise en charge.

CONSTATS

Le projet de réorientation s'inscrit directement dans son projet d'accueil personnalisé, il est donc particulier et s'adapte à chacun. On peut toutefois faire ressortir une direction générale dans la pratique :

- Le **"regroupement d'alertes"** : ce sont les multiples événements (modification du rythme, évolution de la pathologie, trouble du comportement) observés par l'équipe et qui entraînent chez le résident des besoins de soins ou d'accompagnement qui ne relèvent plus du projet de service.
- La **demande du résident** : un travail en collaboration avec les familles et/ou tuteurs est engagé afin de les sensibiliser au plus

tôt sur les difficultés rencontrées par le résident et observées par les professionnels.

- La **synthèse** (annuelle ou provoquée): le processus de réorientation de l'utilisateur fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire.

L'équipe pluridisciplinaire est composée des différents professionnels du secteur éducatif, médical et paramédical. Cette concertation va permettre, au vu des différentes observations menées, de confirmer l'orientation du résident vers une structure mieux adaptée avec ou sans une nouvelle orientation administrative CDAPH.

En interne

La présentation du résident à la nouvelle structure accueillante se fait lors d'une réunion entre les deux équipes. Il est de nouveau constaté un manque de communication et d'échange d'informations au niveau institutionnel lorsqu'un résident change de service.

POINTS D'AMELIORATION :

Amélioration de la communication lors des réorientations en interne :

- ↳ Mener une réflexion institutionnelle autour des besoins en termes de communication transversale.

En externe

Elle intervient quand aucune structure du centre ne peut répondre à la situation du résident :

- Pour des raisons médicales ou comportementales,
- Par manque de place sur la structure correspondant à l'évolution repérée,
- Lorsqu'il est exprimé un désir de rapprochement familial ou de changement de structure.

Dans ces situations, il sera recherché une structure pouvant répondre plus justement.

L'équipe pluridisciplinaire sera mobilisée afin de proposer un dossier complet auprès d'une autre institution dans le but d'une admission.

Le résident sera accompagné par le CAS dans toutes les étapes d'intégration vers son nouveau lieu de vie.

En dehors du besoin ou de la demande de changement d'institution, les personnes accueillies peuvent être accompagnées jusqu'à la fin de leur vie au sein du centre.

LES CYCLES DE VIE

CONSTATS

Chaque résident évolue à son rythme, en fonction de ce qu'il est, mais aussi de son environnement au sens large.

Accompagner dans le temps une personne demande de prendre en compte son évolution et les changements progressifs et immuables de ses capacités.

Les modifications de rythme entraînent souvent une augmentation du temps de soins médicaux, paramédicaux, de surveillance, et se répercutent sur le rythme de vie (temps de toilette, de repas, de repos...).

L'accompagnement en collectivité questionne fondamentalement le respect du rythme physique, psychique et biologique individuel.

Il s'agit ici de construire des stratégies d'adaptation face aux évolutions repérées :

- Analyser les besoins, ressources et les compétences actuelles,
- Repérer les changements qui s'opèrent,
- Adapter l'accompagnement.

Il a pu être constaté un lien entre la perte d'autonomie du résident et un sentiment d'échec vécu par les équipes. Plusieurs formations et analyses de pratiques sont proposées afin d'accompagner les

professionnels dans leur représentation de ce processus physiologique lié au vieillissement ou à l'évolution d'une pathologie.

Cela implique aussi d'avoir d'autres attentes (pas de maintien de l'autonomie à tout prix), d'aller à la rencontre de l'autre par le biais de support et d'activités afin de rechercher les ressources pouvant être mobilisées, de réfléchir à l'accompagnement le plus adapté à l'évolution constatée et de mettre en œuvre des temps de stimulation plus ciblés.

À ce jour, malgré les volontés d'adaptation de l'institution, les pathologies entraînent encore majoritairement un besoin d'hospitalisation. Sur 10 décès un seul résident a bénéficié d'un accompagnement fin de vie au sein l'établissement.

Ce dernier a pour objectif de repenser l'accompagnement du résident au travers d'un groupe de travail "accompagnement fin de vie" afin d'assurer autant que possible une continuité d'accompagnement jusqu'à la fin de vie.

La mort sans être considérée comme tabou, n'est pas un sujet évident à aborder, que ce soit avec les résidents, leur famille ou entre professionnels. Comment accompagner le deuil ? C'est la réflexion que l'institution s'est engagée à mener afin de soutenir :

- Le résident et son entourage,
- Les professionnels,
- Les autres résidents.

POINTS D'AMELIORATION :

Accompagnement à la perte d'autonomie :

- ↳ Formaliser les constats d'évolution du résident par un écrit adapté.

Optimisation de la prise en charge du résident :

- ↳ Remettre en place le groupe de réflexion "accompagnement à la fin de vie".
- ↳ Systématiser le recueil des dernières volontés du résident et les joindre à son dossier.
- ↳ Ritualiser le deuil.

Accompagnement des professionnels :

- ↳ Poursuivre les formations (humanité, vieillissement, accompagnement fin de vie).
- ↳ Poursuivre l'analyse de pratique.
- ↳ Ritualiser le deuil.

ALIMENTATION

CHOIX DU SUJET

Source de malentendu, de conflit, ou d'incompréhension au sein de l'établissement, le thème de l'alimentation demandait une réflexion particulière. C'est pourquoi ce thème a été travaillé en insistant particulièrement sur les notions de santé, de plaisir, de liberté, de qualité de la vie collective et des relations entre les équipes.

INTRODUCTION

Le repas permet de créer un lien social, il a une influence prépondérante sur le comportement. Il s'agit d'un élément temporel pour les résidents. Le repas est un temps d'échange, il procure du plaisir et répond à un besoin.

Chaque personne présente des besoins spécifiques et l'institution se doit de répondre au mieux à ces dernières. Pour ce faire le circuit alimentaire doit adapter les repas aux contraintes alimentaires de chaque résident. Parallèlement, le régime est souvent vécu comme une restriction par les résidents, comme par les professionnels, liée souvent à un manque d'information, de formation ou de compréhension.

LE TEMPS DE REPAS DANS TOUS SES ÉTATS

L'importance du repas, de la préparation à la dégustation

Le repas est perçu comme un acte naturel, il répond à la satisfaction des besoins physiologiques essentiels. En plus de créer du lien social, il permet aux résidents de se repérer dans le temps, il ponctue la journée. C'est aussi un moment de convivialité. Le repas représente, à l'heure actuelle, un plaisir essentiel.

Il faut savoir que chaque temps de repas peut être différent et varié en fonction de l'état d'humeur des résidents et du personnel.

Les menus sont établis sur un cycle de deux semaines, ils sont élaborés par la diététicienne en fonction d'un plan alimentaire strict, lui-même adapté en fonction des prescriptions médicales propres à chaque résident. Nous constatons que l'avis des résidents et des cuisiniers n'intervient pas dans l'élaboration et la confection des menus.

Les repas sont confectionnés en liaison froide entre deux et trois jours à l'avance et conditionnés dans des "gastros". Ils sont livrés le matin sur les pavillons dans des containers. Les Maîtresses de Maison sont chargées de les réceptionner, de les contrôler en vérifiant que les plats spécifiques à chaque régime alimentaire ont bien été apportés et de remettre le repas en température.

Nous constatons qu'il n'y a pas d'homogénéité dans les différents pavillons au niveau de l'organisation du service repas (qui fait quoi, qui sert qui, à l'assiette, pas à l'assiette), et que l'accent n'est pas mis sur la présentation des plats. Il est à noter que, la disposition des locaux sur certains pavillons, ne permet pas d'optimiser l'instant repas par manque de place.

LE REPAS SOURCE DE PLAISIR COMME DE FRUSTRATION

Application des régimes : pour qui, pourquoi, comment ?

Un régime est une modification des habitudes alimentaires, il doit être suivi avec vigilance. Les régimes sont mis en place par le médecin, pour les résidents concernés par des prescriptions médicales particulières. Il est notifié sur le PSI (logiciel de transmission et d'information lié au résident) et les ordonnances sont transmises aux cuisiniers, afin d'adapter les menus en fonction des recommandations particulières.

L'application de ces régimes va varier en fonction des différents services. Les régimes sont censés être gérés avec une grande rigueur, les résidents n'ont pas le choix et ne sont pas associés à la décision.

Les régimes sont souvent perçus par les résidents comme une contrainte et une restriction.

La prévention est une dimension fondamentale de la pratique alimentaire ; elle permet de mettre un terme aux pratiques de privation qui sont bien souvent associées aux régimes.

En conclusion, nous pouvons dire que les repas rythment les journées des résidents et ils rythment l'année si l'alimentation est

saisonnaire. Ils ont une place importante car ils marquent des repères dans le temps.

Pour certains, ils seront des moments de plaisir, pour d'autres, ils seront plutôt anxiogènes.

Notre réflexion nous a incités à prendre en compte toutes les difficultés qui entourent les repas, sans pour autant les dramatiser, en cherchant à personnaliser au maximum nos réponses. Notre culture française a fait du repas un moment de convivialité : "un groupe mange en groupe", il a également un aspect "obligatoire" car une personne qui ne mange pas "angoisse".

Il nous semble essentiel de changer nos représentations et que chaque agent puisse, au-delà de sa propre culture alimentaire, se décentrer de sa vision personnelle et élargir son point de vue afin d'y intégrer tous les changements nécessaires pour pouvoir s'adapter et apporter des réponses cohérentes en termes de santé et de sociabilité. Ainsi par le biais de la recherche du meilleur service à apporter aux résidents, la problématique de la relation entre les professionnels et de la confrontation de leurs savoirs sera dans une phase de résolution.

POINTS D'AMELIORATION :**Mettre en place une organisation qui permette la participation active des différents acteurs :**

- ↳ Professionnels (participation des cuisiniers à l'élaboration des menus et des fiches techniques associées, déplacements sur site et partage de repas, formation sur site par des personnes ressource...).
- ↳ Résidents (accessibilité de la "carte menu", participation à l'environnement repas...).
- ↳ Utiliser l'évaluation comme moteur de progression (développement des questionnaires de satisfaction).

Pratiquer une diététique à visage humain :

- ↳ Pédagogie adaptée (analyser l'équilibre diététique comme une contrainte souple et pratiquer une politique raisonnée de l'écart qui implique de manière coordonnée l'ensemble des services...).
- ↳ Prise en compte des pratiques professionnelles innovantes (travail sur les textures et les présentations –ANAP- ...).

ENTRE AUTONOMIE ET PROTECTION

INTRODUCTION

Entre autonomie et protection des personnes handicapées et au travers d'une démarche de bientraitance, la question du choix et de la participation du résident repose principalement sur :

- Une perception par chaque agent des valeurs portées par le CAS,
- Une connaissance partagée des handicaps et de leurs conséquences,
- Une compréhension par tous les acteurs de leur niveau de responsabilité,
- Une définition précise des outils de communication tels que le MAKATON[®],
- Des modalités de communication rigoureuses entre professionnels...

L'accompagnement du résident suppose, au sein du CAS, d'articuler les notions de choix et de consentement éclairé, ce qui nécessite la mise en place d'outils concrets déclinés ci-après.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES, ENTRE AUTONOMIE ET PROTECTION

DÉFINITION ET OBJECTIFS

Par définition, l'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire celle de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de ses capacités et de sa liberté individuelle dans le cadre d'une collectivité.

Au Centre d'Accueil Spécialisé, l'intention est d'accompagner en proposant une liberté de choix et en assurant un rôle de protection inhérent à la dépendance physique et psychique. Ces notions d'autonomie et de protection soulèvent des questionnements complexes et paradoxaux tant sur le terrain qu'entre les différents professionnels et services. Il s'agit d'articuler l'opposition entre autonomie et liberté de la personne handicapée et mission de protection des professionnels, y compris lorsque le choix individuel engage et implique la responsabilité collective, morale et juridique du professionnel et de l'institution.

CONSTATS ACTUELS

Au sein des différents services du CAS, plusieurs équipes pluridisciplinaires accompagnent les résidents, ce qui permet un croisement des regards, mais entraîne également des divergences concernant certains accompagnements, nécessitant un effort de communication et une harmonisation des pratiques professionnelles.

Actuellement, certaines actions et outils, supports de ces échanges, permettent le travail des professionnels, tout en veillant à respecter au maximum la parole du résident, quand elle est possible. S'ils sont communs à l'ensemble de l'établissement, chaque service les a personnalisés et adaptés à la spécificité de leurs missions et de la population accueillie :

- Le **groupe MAKATON**[®] travaille sur l'amélioration de la communication avec la personne handicapée afin de la sensibiliser à des repères visuels et à l'expression gestuelle.
- **Référent et co-référent** : leur fonction est de permettre une observation fine du résident et d'assurer la coordination interprofessionnelle des informations personnelles, en vue d'établir un Projet d'Accompagnement Personnalisé. Lors de l'arrivée d'un nouveau résident, afin d'améliorer le recueil d'informations (histoire, regard familial...), il serait nécessaire de formaliser celui-ci lors du contact avec la famille, indispensable à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté de qualité.
- Le Projet d'Accompagnement Personnalisé est un outil d'accompagnement (médical, psychologique, affectif et social) et d'évaluation individuelle, il est préparé par les référents en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires. Les résidents, familles et/ou représentants légaux sont consultés, puis informés (après accord du résident quand il est possible) des différents axes d'accompagnement qui vont être mis en œuvre. Il est validé par le chef de service et réévalué annuellement (le SAMSAH révisé le PAP plus souvent qu'annuellement selon les besoins - tous les 6 mois par exemple).
- Le **PSI** est utilisé pour la transmission des informations (sur support informatique), entre les équipes de jour et de nuit, entre le corps médical et le corps éducatif, il n'est pas encore adapté aux besoins des services. Malgré son incontestable utilité, cet outil ne semble pas toujours adapté aux besoins et aux compétences (informatiques) des professionnels et des services. Actuellement, le papier est maintenu sur plusieurs unités (le SAMSAH et le SAT utilise l'outil informatique mais pas le PSI car ils interviennent à l'extérieur du CAS ; PSI étant un outil interne).
- La notion de **secret professionnel** partagé nécessite une réflexion institutionnelle, notamment en ce qui concerne les informations médicales (accompagnements médicaux faits par les encadrants éducatifs, situations de fin de vie, seuil de douleur, soins, transmission des informations aux familles...).
- Le **Document Individuel de Protection des Majeurs (DIPM)** établi par le tuteur administratif, en partenariat avec le bénéficiaire, propose un projet budgétaire individualisé qui jalonne les possibilités de l'année à venir. Actuellement, il est peu connu au sein des établissements et rarement mis en lien avec le PAP du résident.

DE LA BIENVEILLANCE À LA BIENTRAITANCE

OBJECTIFS

Nous pouvons définir la bientraitance comme étant une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance et se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.

L'objectif au sein du CAS est de promouvoir la bientraitance. Selon les recommandations de L'ANESM l'objectif d'un accompagnement bientraitant est :

"La recherche de l'équilibre entre sécurité et autonomie". Garantir la sécurité de l'utilisateur rentre parfois en contradiction avec l'objectif de promouvoir son autonomie. La réflexion au cas par cas sur les bénéfices/risques des actions envisagées est toujours pluridisciplinaire et les professionnels veillent à associer les proches à la décision de prise de risque le cas échéant.

(ANESM - Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles - La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre).

CONSTATS ACTUELS

Suite à l'évaluation interne du CAS en 2009, certains outils ont été mis en place. Malgré cela, le concept de prise en charge bientraitante n'est pas généralisé et reste encore flou pour un bon nombre de professionnels.

Un comité de promotion de la bientraitance a été mis en place au sein du CAS. Les difficultés rencontrées pour avoir un représentant bientraitance par service, ainsi que le besoin de clarifier le rôle de ce comité entraînent un ralentissement de sa mise en place.

L'analyse des pratiques professionnelles, ainsi que les temps de réunions cliniques et organisationnelles permettent un partage des vécus, une réflexion commune autour du travail des professionnels de l'établissement.

Une formation humanité a eu lieu sur le Foyer d'Accueil Médicalisé. Elle va dans le sens de la bientraitance.

Une fiche d'évènements indésirables a été créée afin de signaler tous éléments inquiétants, qui donnent lieu à une réponse institutionnelle. Elle permet aux professionnels de se sentir pris en compte et de cultiver une politique de l'écrit favorable à une prise en charge bientraitante ("Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles" - la bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre - ANESM).

Une procédure d'accueil du nouveau professionnel est en cours d'élaboration.

Une réflexion et une sensibilisation des professionnels sur la pratique de la contention est initiée depuis quelques mois, afin d'éviter toute dérive.

POINTS D'AMELIORATION :

- ↳ Installer le Comité de Bientraitance (mise en route, définition du rôle, missions, champ de compétence).
- ↳ Communiquer à propos de la bientraitance à travers des actions de sensibilisation et de formation, en s'appuyant notamment sur le Comité de Bientraitance.
- ↳ Évaluer la prise de risques (analyse des pratiques de contention, évaluation du risque de fugues, de chutes, évaluation de la pertinence des régimes et fiche de suivi).

La communication : outil de la bientraitance :

- ↳ Développer des outils de connaissance de la personne accueillie (grilles d'évaluation globale, systématisation des entretiens d'admission).
- ↳ Développer et diversifier les moyens de communication avec la personne accueillie (MAKATON®, personnes ressources sur chaque service, évaluations cognitives).
- ↳ Faire du Projet d'Accompagnement Personnalisé un outil de la pratique quotidienne (co-construction avec le résident, intégration au PSI).
- ↳ Favoriser la communication interprofessionnelle et les partenariats autour du résident et de son projet (adaptation du PSI, réunions transversales, échanges de postes, DIPM, formalisation ou conventionnement des partenariats).

CONCLUSION

Entre autonomie et protection, accompagnement individuel et cadre collectif, le CAS promeut un accompagnement bientraitant et respectueux des personnes handicapées. Malgré ses valeurs et son désir, l'équilibre reste bien souvent délicat, avec une population porteuse de handicap psychique et/ou physique, pas toujours en capacité d'émettre leurs souhaits.

Malgré ces paradoxes et difficultés, les professionnels tentent au travers des pistes de travail proposées, d'apporter une réponse qui soit la plus adaptée possible aux besoins du résident, aux demandes de l'établissement et au cadre réglementaire en vigueur.

Trait d'union dans un univers complexe, *Le Canard de Beaudine*, parution hebdomadaire se fait l'écho de l'activité du centre, de ses réunions, de ses événements. Sa diffusion est assurée en version papier mais également en version électronique.

La continuation de la démarche qualité soutenue par ce projet d'établissement, puis l'évaluation externe, viendront jauger ces axes d'améliorations et permettront l'évolution continue des pratiques professionnelles

ORGANIGRAMME DU CENTRE D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ

