



**RECONSIDÉRER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT POUR
GÉRER AVEC EFFICIENCE UN FAM ACCUEILLANT UN
NOUVEAU PUBLIC**

Francelise ERAMBERT-SABASCH

2015

caldes



Remerciements

A Philippe Roche, mon tuteur de mémoire pour sa disponibilité, son écoute et ses judicieux conseils qui m'ont permis d'avancer dans l'écriture de ce mémoire.

A Christine Dutrieux, responsable de pôle formations supérieures et continues et Sylvie Ruiz, secrétaire de l'IRTS Aquitaine, pour leurs apports et leur accompagnement durant ces deux ans et demi de formation.

A l'ensemble des intervenants et enseignants pour leur capacité à transmettre leurs connaissances.

Aux stagiaires de promotion et une pensée particulière à Jean-Bernard, Patricia, Nicole et Dominique pour les échanges constructifs et leur sincère soutien durant mes traversées du désert.

A Bernard Trémaud, mon Directeur Général, pour son acceptation à mon entrée en formation.

Aux professionnels du FAM Bizideki, spécialement à Mirentxu la chef de service éducatif et Sylvie la secrétaire pour leur compréhension en rendant la tâche plus aisée, en palliant scrupuleusement à mes absences durant toute cette période de formation.

Aux résidents du FAM Bizideki pour leur compréhension et leur patience.

A ma mère et ma sœur Patricia pour leur soutien malgré la grande distance qui nous sépare.

A Ingo, mon époux pour avoir accepté mon rythme de vie (surtout mes absences) contrariant et mon organisation quelquefois harsadeuse.

Sommaire

Introduction	1
1 Le FAM « BIZIDEKI » dans son contexte	3
1.1 La gouvernance associative en perpétuelle tension	3
1.1.1 Une association au bord de la rupture avant 2006.....	3
1.1.2 Un mandat de gestion remis en cause par certains administrateurs d'Autisme 64-ATGDPA.....	7
1.1.3 Les perspectives de l'association après juillet 2017.....	8
1.2 Une politique en évolution.....	10
1.2.1 Les politiques du handicap : les droits des usagers atteints de troubles envahissants du développement mis en lumière	10
1.2.2 Les politiques publiques : de l'Europe au département.....	11
1.2.3 Les recommandations de l'ANESM et l'HAS	12
1.2.4 Les orientations de l'ANAP	14
1.3 L'offre de service du FAM Bizideki	15
1.3.1 Originalité des FAM.....	17
1.3.2 Les différentes prestations	18
1.3.3 Les personnes accueillies et les pathologies rencontrées	22
1.3.3.1 Caractéristiques spécifiques des bénéficiaires et dynamiques de.....	22
parcours	
1.3.3.2 Etat des lieux des pathologies diagnostiquées.....	23
1.3.3.3 Evolution des besoins des bénéficiaires	25
1.4 La base stratégique de l'organisation en ressources humaines, financières et logistiques	25
2 L'évolution des besoins des usagers, une réalité entraînant une nécessaire analyse réflexive des pratiques professionnelles	29
2.1 La question de la bientraitance étudiée à partir de l'analyse qualitative de trois supports clés utilisés dans l'établissement	29
2.1.1 Vers une définition de la bientraitance.....	30
2.1.2 Etude des différents outils utilisés dans la structure (plans d'actions des projets individuels, synthèses annuelles des personnes accueillies, réunions CVS) ..	31
2.1.3 Adopter une culture de bientraitance : un positionnement éthique.....	33

2.2	La notion de compétence et ses différents usages.....	35
2.2.1	Mieux appréhender la compétence à travers quelques définitions	36
2.2.2	Passer de la compétence vers les compétences	37
2.2.3	Lier les compétences et la gestion des ressources humaines.....	39
2.3	La démarche du changement.....	40
2.3.1	Définitions de la notion du changement	40
2.3.2	Problèmes et résistances induits par le changement	41
2.3.3	Croire en la transformation de l'existant	43
3	ADAPTER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DU FAM BIZIDEKI	45
3.1	Le choix d'un accompagnement plus individualisé	47
3.1.1	Passer de la prise en charge collective à l'individualisation.....	47
3.1.2	Evaluer les besoins d'accompagnement en fonction de l'évolution de la personne accueillie	50
3.1.3	Une feuille de route de management de projet inscrite sur l'agenda associatif	52
3.2	Lier le management par la compétence et le management des compétences.....	53
3.2.1	L'organisation à l'épreuve du changement.....	55
3.2.2	L'introduction du projet de soin dans le projet d'établissement.....	57
3.2.3	Les instances existantes au FAM Bizideki qui créent du lien.....	60
3.3	Mesurer l'impact du projet avec les outils de la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge	61
3.3.1	L'analyse des enquêtes de satisfaction des personnes accueillies et de leurs familles et/ou mandataires judiciaires	62
3.3.2	Les axes de progrès d'amélioration de la qualité de la prise en charge au FAM Bizideki suite à l'évaluation externe des 8 et 9 juillet 2014.....	63
3.3.2.1	Promouvoir l'accompagnement au statut d'adulte.....	63
3.3.2.2	Accompagner les personnes accueillies dans leur vie affective.....	64
3.3.2.3	Favoriser la communication entre les services de l'établissement.....	65
3.3.3	L'évaluation des conditions de travail des professionnels	66
	Conclusion	69
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	VI

Liste des sigles utilisés

ADAPEI	Association Départementale des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
ANQ	Animatrice Qualité
ARS	Agence Régionale de la Santé
ATGDPA	Autisme et Trouble Global du Développement des Pyrénées Atlantiques
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CG	Conseil Général
CD	Conseil Départemental
CIM	Classification Internationale des Maladies 10
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale
CVS	Conseil de Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales
DG	Directeur Général
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DSD	Direction de la Solidarité Départementale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDT	Foyer à Double Tarification

FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des Personnes handicapées et des personnes fragiles
FFSA	Fédération Française de Sport Adapté
FV	Foyer de Vie
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAF	Plan de Formation
PE	Projet d'Établissement
PI	Projet Individuel
PMEI	Prévention de la Maltraitance En Institution
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
SROMS	Schéma Régional d'Organisation médico-sociale
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communications handicapped CHildren (méthode de traitement et d'éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés)
TED	Trouble Envahissant du Développement
TSA	Troubles du Spectre Autistique

Introduction

Le travail social et médico-social ne doit plus s'appuyer comme le souligne Schön¹ sur le « *modèle de science appliquée qui nous amène à penser que la pratique intelligente est une application du savoir théorique destinée à résoudre des problèmes pratiques* ». En revanche, il s'agirait pour la directrice que je suis, tout comme tous les professionnels qui œuvrent à mes côtés, d'adopter une double posture :

- un professionnel qui serait actif aussi bien dans les actes au quotidien que dans sa manière de penser son travail et de s'y distancier également, pour prendre de la hauteur de manière à mieux rebondir.
- un professionnel qui serait vecteur de créativité, d'innovation, ayant une approche prospective en vue de faire face aux bouleversements du lendemain.

Cette démarche à la fois structurée, réflexive et pratique requiert fondamentalement une organisation rigoureuse et bien définie avec une feuille de route claire et compréhensible par tous, de manière à fédérer un maximum d'acteurs (résidents, familles, professionnels, administrateurs et partenaires).

Historiquement, nous ne sommes plus dans l'ère d'une logique de placement, où il était surtout vérifié la capacité d'accueil de l'établissement, mais il convient aujourd'hui d'entrer dans une logique de prestations de service, où nous devons évaluer dorénavant notre capacité à répondre à une problématique. Ainsi, la valorisation de nos établissements médico-sociaux réside non plus seulement en fonction de notre pertinence, eu égard à des besoins des usagers, mais aussi en fonction de notre efficacité, de notre efficience, eu égard à des changements (évolution des publics accueillis, de l'environnement politique, sociétal, juridique, économique, etc.).

C'est de là que je me suis engagée dans le questionnement suivant : nos fonctionnements institutionnels doivent maintenir la préoccupation de l'ajustement permanent, ce qui entraîne de susciter de nouveaux objectifs, de nouveaux moyens, de nouveaux espaces d'échanges et de convivialité, de nouveaux partenariats au service d'un plus grand nombre d'usagers.

¹ SCHON D.A., 1994, *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir Professionnel*. Montréal: Les Editions Logiques

Ainsi, ma problématique réside sur la capacité de la structure à introduire un champ de compétences diversifiées et complémentaires afin d'offrir un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles envahissants du développement et autres, accueillies dans cet établissement. Dès lors je suppose que la réécriture du projet d'établissement permettra d'éprouver les pratiques professionnelles actuelles. Elle constituera un levier pertinent au changement souhaité, dans la prise en charge adaptée aux besoins des usagers. En procédant à l'évaluation des méthodes et outils utilisés par l'équipe pluridisciplinaire, il pourrait être plus aisé de poser la question sur la pertinence de l'adaptation du projet d'établissement et de ses perspectives opérationnelles. Ainsi, nous pourrions voir émerger de nouvelles pratiques associant des actions de soin et des actions éducatives adaptées à chaque usager. Cela pourrait être également une opportunité pour les membres du Conseil d'Administration (CA) de revisiter leur projet associatif.

Je m'inscris totalement dans les propos de Jean-Louis Deshaies² qui écrit:

« Le dirigeant doit donc favoriser les lieux et les temps de concertation utiles, efficaces, efficients et porter un mode de communication fondé sur la confiance, où le conflit est posé de manière à la fois experte et ouverte, avec la volonté de transformation. L'enjeu pour les dirigeants est d'assurer la cohérence du système en accompagnant l'ensemble des acteurs. Il s'agit de soutenir une intelligence collective au service des usagers en affirmant le primat de la compétence sur le seul engagement, voir le don de soi. Il s'agit aussi d'accompagner le changement par une posture d'écoute attentive et bienveillante des professionnels, susceptibles d'entraîner l'ensemble des acteurs dans le chemin du développement et, au besoin, de la restructuration ».

Mon mémoire se présente en trois parties. Je m'efforcerai dans la première de décrire le FAM Bizideki dans son contexte en présentant tout d'abord la gouvernance associative sous un angle chronologique. Puis j'indiquerai sur quel fondement réglementaire repose l'établissement. Je présenterai le public et l'offre de services et enfin je préciserai l'organisation institutionnelle.

La seconde partie sera fondée sur une approche conceptuelle en m'attardant sur les concepts de bientraitance, de compétence et de changement.

Enfin dans une dernière partie, je présenterai mon plan d'action qui s'étend sur les cinq ans à venir.

² DESHAIES J.-L., 2014, *Stratégie et management- Briser l'omerta*, Rennes : Presses de l'EHESP
- 2 -*Francelise ERAMBERT-SABASCH> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2015*

« L'histoire s'éclaire à la lumière du présent, et le présent lui-même est structuré par son contexte. Les récits d'alentour constituent un cadre de croyances, de souvenirs et de comportements qui peuvent évoluer selon les rencontres. La clé du passé, c'est le présent. Et ce qui structure le présent, c'est notre relation ».

B. Cyrulnik, Sauve-toi, la vie t'appelle

1 Le FAM « BIZIDEKI » dans son contexte

Cette première partie sera consacrée à la présentation de l'organisme gestionnaire de manière chronologique. Puis, je développerai les politiques publiques et sociales en faveur des personnes atteintes d'autisme. Le descriptif détaillé de l'offre de service du Foyer d'Accueil Médicalisé « Bizideki » constituera la troisième partie de ce chapitre. Enfin, j'indiquerai le fondement stratégique de l'organisation en ressources humaines, financières et logistiques.

1.1 La gouvernance associative en perpétuelle tension

Autisme 64- Autisme et Trouble Global du Développement des Pyrénées Atlantiques (ATGDPA), est une association à but non lucratif, fondée le 18 octobre 1989. Elle a pour objectif principal d'exercer une mission d'assistance s'appliquant « à la prise en charge éducative, thérapeutique, médicale et sociale des personnes handicapées atteintes d'autisme ou troubles du développement apparentés à l'autisme³ ».

Les causes essentielles de tension trouvent leur origine dans la spécificité et la complexité de l'objet social ainsi que dans sa dimension historique en France.

1.1.1 Une association au bord de la rupture avant 2006

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Bizideki » est l'unique établissement médico-social créé en 2001 par l'association Autisme 64-ATGDPA. Cette association est, constituée de parents et amis d'enfants autistes. 60% des membres du Conseil d'Administration (CA) sont des couples (4 couples soit huit personnes), et parents des usagers de la structure. Les cinq autres personnes sont trois élus et deux autres parents des résidents du FAM.

La commission syndicale de l'Ostabaret constituée de communes du canton d'Iholly est propriétaire du terrain (10 hectares de terres syndicales) et du bâti. Ce syndicat dont le

³ Statuts d'Autisme 64- ATGDPA, article 2

champ d'intervention est tourné principalement sur le pastoralisme, a ouvert exceptionnellement ses compétences après quelques réticences de certains élus, en réalisant la construction de l'établissement entre 2000 et 2001. En tant que propriétaire des lieux, ce syndicat percevait des loyers. Depuis trois ans, des démarches sont entreprises par le Président du syndicat pour revendre à l'association ce bien. Le point sur les avancées de ce projet est régulièrement fait lors des différents conseils d'administration.

Le FAM Bizideki a rencontré dès début 2003 des problèmes de maltraitance envers les usagers ainsi que des difficultés financières. En juillet 2006, le Préfet des Pyrénées Atlantiques et le Président du Conseil Général des Pyrénées Atlantiques ont transféré provisoirement la gestion de l'établissement au Directeur Général de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques. Puis le 24 juillet 2007, Autisme 64-ATGDPA et l'Adapei des Pyrénées Atlantiques signent un mandat de gestion⁴. L'article 10 de cette convention évoquée précédemment précise : « *La présente convention est établie pour une période de cinq ans (5 ans) minimum à compter de la signature. A défaut de résiliation, donnée dans les conditions de forme et de délai prévues ci-dessous, le contrat, parvenu à son terme, est soit reconduit tacitement, soit renouvelé* ». Ce partenariat entraîne par conséquent une gouvernance bicéphale dont les relations deviennent compliquées au fil des années de mandat de gestion. En effet, certains administrateurs dont une partie des membres du bureau cherchent leur place et leur rôle dans cette singularité administrative ; ces derniers ont le sentiment d'être un simple réceptacle d'informations et souhaitent être des acteurs des décisions prises dans la gestion de l'établissement. Ils désirent ainsi que l'admission des usagers leur soit confiée, veulent participer au recrutement du personnel, gérer la quotidienneté de la vie des usagers (décider de ceux qui doivent ou ne pas vivre dans tel ou tel lieu de vie, ceux qui doivent être inscrits dans telle ou telle activité, avoir connaissance des traitements médicaux de l'ensemble des usagers, juger du bien-fondé ou pas de l'hospitalisation d'un résident et en être l'unique décideur).

Conformément à la partie introductive de la convention de gestion, la présidente et le DG de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques vont suggérer aux membres du CA d'Autisme 64-ATGDPA de s'inscrire à la formation sur le rôle et la place des administrateurs, dispensée par la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et des personnes fragiles (FEGAPEI). Cette proposition ne sera pas retenue.

Au passage du dossier d'Autisme 64-ATGDPA au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSSM) en 1998, la commission a validé la création de cet

⁴ Convention de gestion Adapei-ATGDPA

établissement de type Foyer à Double Tarification (FDT). Toutefois, j'observais dès mon arrivée dans cette structure que dans bon nombre des documents (pièces administratives officielles, tampons, affiches signalétiques) il est mentionné Foyer de Vie (FV). J'y reviendrai plus tard.

Cette identité sociale⁵ choisie n'est pas sans effet. Nous relevons la définition proposée dans cette référence bibliographique :

« L'identité sociale met l'accent sur l'affiliation aux groupes d'appartenance et aux groupes de référence. Elle s'intéresse à la construction sociale de l'identité et montre que l'identité sociale d'un individu résulte de l'ensemble des interactions sociales vécues auprès des groupes fréquentés (groupes liés à l'âge, au sexe, au statut familial, à la profession, aux activités culturelles...). Des stratégies identitaires sont mises en œuvre par l'individu qui doit se confronter à chaque groupe en acceptant et intériorisant plus ou moins ses normes et valeurs, ce qui lui permet à la fois un sentiment d'appartenance (identité pour soi) et une reconnaissance du groupe. Pour Georges Herbert Mead, la construction de l'identité passe par l'intériorisation de ces différents « moi » sociaux. Pierre Bourdieu utilise la notion d'habitus (ensemble de la manière d'être, d'agir et de penser propre à un individu, résultant des expériences acquises auprès des groupes sociaux par le biais de la socialisation, et qui diffère selon sa classe sociale) ».

En l'occurrence, l'importance de cette identité sociale est double. Le CROSSM en rendant sa décision, affirme la double reconnaissance identitaire à Bizideki. D'une part, ce dernier est classé FDT et non pas Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), et d'autre part il ne peut accueillir que des personnes atteintes d'autisme. C'est une grande victoire pour ces familles-administrateurs après des années de lutte pour la bonne identification des besoins de leurs enfants. Elles considèrent ainsi, que la spécificité légitime de la personne atteinte d'autisme est mise en avant. De plus, elles estiment que le versant « médicalisation de l'institution » est écarté.

Les FDT sont créés de manière expérimentale par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986 pour apporter des réponses aux besoins d'adultes lourdement handicapés. Pourquoi un FDT, le choix de cette appellation est dû au mode de financement avec environ deux tiers du financement provenant du Conseil Général (aujourd'hui appelé Conseil Départemental)

⁵ BARRES R., HENRICH A.-M., RIVAUD D., et al., 2013, *Le nouveau dictionnaire de la Santé publique et de l'Action sociale*, Malokoff : Editions Foucher

et d'un tiers de la DDASS (aujourd'hui appelée Agence Régionale de Santé).

La reconnaissance des FAM n'arrive qu'avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui permet aux anciens FDT une authentique identité juridique en les incluant dans la liste des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS). Dès lors, Bizideki changera de typologie d'établissement en 2003 à la demande des autorités de tarification, et deviendra un FAM avec une obligation d'embauche d'un médecin psychiatre référent.

Le décret n°2009-322 du mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, viendra préciser le mode obligatoire d'accompagnement, en affirmant que les besoins d'aide, de soutien et de soins justifient l'accompagnement médico-social soutenu de ces personnes accueillies.

Parallèlement, cet établissement va connaître des moments difficiles avec pour origine plusieurs dépôts de plainte par des familles pour maltraitances sur leurs enfants adultes, y résidant. Les résultats d'enquêtes administratives et judiciaires vont venir confirmer le bien-fondé des constats et doutes des familles. De plus, viendra se rajouter une remise en cause de la gestion administrative et financière de l'établissement par les autorités de tarification. En réponse à cette situation institutionnelle chaotique, des changements de pratiques imposés par les politiques publiques vont s'opérer. Une période de deux ans de direction par intérim de trois directeurs de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques s'effectuera. Cet intervalle sera entrecoupé d'une année durant laquelle interviendra une directrice, qui démissionnera pour des raisons d'ordre familial. Je suis embauchée en février 2009 avec pour principales missions de poursuivre la mise en conformité de l'établissement avec notamment la finalisation du projet d'établissement (premier projet depuis l'ouverture en 2001) comprenant le projet de soin, la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité, l'écriture du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP).

Les deux premiers mois qui suivent mon arrivée, je rencontre individuellement chaque professionnel de façon à mesurer entre autres, l'impact sur les salariés de ces faits de maltraitances. Néanmoins, il me paraît primordial ici de définir la maltraitance⁶. Dans le nouveau dictionnaire de la Santé publique et de l'Action sociale, les auteurs la décrivent comme étant des « *mauvais traitements subis par une personne, dans son environnement immédiat, résultant d'actions humaines physiques, psychiques, ou d'omissions que la société désapprouve, portant atteinte à l'intégrité corporelle, psychique et compromettant*

⁶ BARRES R., HENRICH A.-M., RIVAUD D., et al., 2013, *Le nouveau dictionnaire de la Santé publique et de l'Action sociale*, Editions Foucher, (pp. 299-300).

gravement le développement de la personnalité. Cela s'entend d'actes qui peuvent être prévenus. La maltraitance qualifie particulièrement les violences perpétrées contre les populations en situation de faiblesse : enfants (enfance maltraitée), personnes âgées (violence familiale), personnes handicapées, femmes au foyer conjugal (violence conjugale), malades en institutions, et peuvent venir de personnes de l'entourage familial ou de groupes extérieurs (violences institutionnelles). Elles concernent toutes les classes sociales mais ces problèmes sont accentués par les difficultés économiques et sociales ». Je souhaite aussi dans mon analyse apporter la distinction faite par Jame⁷ entre maltraitance et violence. Elle écrit : *« l'usage courant du mot maltraité induit des rapports hiérarchisés, une relation de pouvoir entraînant l'infériorisation de la victime. La maltraitance s'inscrit plutôt dans la durée, de manière progressive et répétitive. En revanche, la violence exprime un acte beaucoup plus brutal, plus soudain que la maltraitance. La violence serait plus d'ordre instinctif ».*

Des récits évoqués par les professionnels, se traduisent aussi bien des faits de maltraitance (maltraitance des professionnels envers les résidents, maltraitance institutionnelle) que des faits de violence (violence des résidents entre eux, violence des professionnels entre eux). La consultation des dépôts de plainte et des rapports écrits des officiers de la gendarmerie nationale que je réalise, vient également confirmer mon analyse.

J'établis ainsi une organisation stratégique basée principalement sur une démarche institutionnelle bienveillante à l'égard de l'ensemble des acteurs. L'essentiel de mes actions va être lié à la notion de la bientraitance et non pas à celle de la maltraitance.

1.1.2 Un mandat de gestion remis en cause par certains administrateurs d'Autisme f64-ATGDPA

Mon contrat de travail est co-signé par la Présidente d'Autisme 64- ATGDPA et par le DG de l'Adapei. Toutes les directives me sont données par le DG de l'Adapei. Ma fiche de délégation de pouvoirs et ma fiche de fonction contenant mes missions (gestion administrative et financière, garant du projet d'établissement...) sont signées uniquement par le DG de l'Adapei. En tant que directrice, j'ai délégation pour réaliser et signer tout type de contrat d'embauche. En revanche, je ne suis pas mandatée pour rompre les contrats, responsabilité du DG de l'Adapei après accord du Président d'Autisme 64- ATGDPA.

⁷ JAME S.,2007, La maltraitance institutionnelle (p.7)

Deux périodes sont à distinguer. Une 1^{ère} période de 2007 à 2011 durant laquelle les administrateurs cherchent une réelle coopération avec l'Adapei des Pyrénées Atlantiques notamment :

- en s'inscrivant dans la dynamique de la création d'une commission inter-associative sur l'autisme avec Autisme 64-ATGDPA, l'Adapei des Pyrénées Atlantiques et Autisme Pau-Bearn,
- par le nombre de membres du CA d'Autisme 64- ATGDPA qui augmente au sein de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques ; la plus part deviennent adhérents actifs de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques des PA
- la trésorière d'Autisme 64- ATGDPA deviendra vice-présidente de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques durant une courte période, mais elle sera très vite évincée.

Une 2^{ème} période de 2011 à aujourd'hui, dans laquelle nous assistons à une montée d'insatisfactions vis à vis de la Directrice, du DG de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques, de la présidente fondatrice d'Autisme 64 - ATGDPA et de celle qui la succèdera de 2011-2012 par une partie majoritaire des membres du CA d'Autisme 64 – ATGDPA. Nous voyons apparaître l'émergence d'une division de deux groupes au sein du Conseil d'Administration de l'association.

La présidente fondatrice démissionnera ainsi que deux autres membres au motif que l'association court à sa perte, sans le mandat de gestion actuel (pour rappel d'une durée de 5 ans renouvelable par tacite reconduction). Elle retirera également sa fille, résidente du FAM de l'effectif de l'établissement. Son successeur qui vient valider le positionnement de la première, reste malgré tout au Conseil d'Administration pour un éventuel contre-pouvoir. Le CA est en tension. Nous assistons en 6 ans à une succession de présidents (4), un jeu de chaises musicales des membres du bureau mais avec peu de démissions des acteurs.

1.1.3 Les perspectives de l'association après juillet 2017

Le mandat de gestion avec l'Adapei des Pyrénées Atlantiques arrive à échéance en juillet 2017. Ainsi, depuis un an, les membres du bureau du CA se sont engagés dans une procédure de recherche d'un autre partenaire « reconnu » dans le domaine de l'autisme, qui accepterait de prendre le FAM Bizideki sous mandat de gestion. Cependant, jusqu'à novembre 2014, cette démarche s'opérait sans concertation avec l'ensemble des membres du CA, et sans communication auprès des usagers, de l'ensemble des familles des usagers, des professionnels, et du DG de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques. Cette démarche m'a été transmise ainsi que le DG par les autorités de tarification début décembre 14. Ceci nous a permis de mettre en débat ce sujet d'actualité lors du CA du 29 janvier

2015. Lors de cette réunion, le bureau du CA a affirmé son souhait d'arrêter le mandat de gestion avec l'Adapei des Pyrénées Atlantiques.

Quelques membres minoritaires contestent cette position car selon eux il n'y a pas d'éléments objectivables démontrant l'incapacité de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques à mener à bien leur mission, c'est selon eux le contraire. Mes arguments éducatifs, thérapeutiques, techniques, administratifs et budgétaires ainsi que ceux du DG viennent régulièrement soutenir ce raisonnement cité ci-dessus. Mais pour l'heure, ils restent quasiment inaudibles par les membres du bureau. Toutefois, le cheminement vers une écoute d'avis différents s'opère peu à peu. En effet, l'ensemble des membres du CA a accepté d'une part, après beaucoup d'instances de ma part, de rencontrer le personnel pour leur faire part de leur souhait de changer de mandataire de gestion, les salariés ont pu également rencontrer le président de l'association parisienne qui serait présumée prendre le relais de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques. Les réactions du personnel ont été plutôt vives, présentant leur désaccord profond. Parallèlement, les membres du bureau ont visité l'un des établissements de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques qui accueille une population d'enfants atteints d'autisme. De cette rencontre, leurs arguments se sont davantage effondrés dans la mesure où ils furent relativement satisfaits des prestations spécifiques aux personnes atteintes d'autisme proposées, d'autant que les professionnels leur expliquaient que la majeure partie des outils et des méthodes provenait du FAM Bizideki. Enfin, j'ai pu rappeler que la psychologue comportementaliste spécialiste à l'autisme qui exerçait dans notre structure, était la même dans cet établissement de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques, avec les mêmes missions.

Malgré cette situation de tension associative, le FAM « Bizideki » avec le soutien actif du Département Veille et Développement des Pratiques Médico Sociales - Pôle Communication de l'Adapei des Pyrénées Atlantiques, maintient une attention toute particulière sur les avancées juridiques, réglementaires, en s'appuyant sur les textes fondateurs qui suivent pour apporter les changements nécessaires, conduisant à une dynamique de progression de la qualité des prestations proposées par l'institution.

1.2 Une politique en évolution

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et le décret n°2009-322 du mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, sont venus bouleverser les méthodes d'accompagnement des usagers au sein du FAM Bizideki. Mais les changements de pratiques professionnelles perdurent à travers de nouvelles politiques publiques, des recommandations et des orientations. En tant que directrice, je me dois d'être en veille permanente afin de répondre tant aux exigences réglementaires qu'aux recommandations et orientations favorables aux bonnes pratiques professionnelles dans mon établissement.

1.2.1 Les politiques du handicap : les droits des usagers atteints de Troubles Envahissants du Développement mis en lumière

C'est dans la Charte européenne des droits des personnes autistes présentée lors du 4^{ème} congrès Autisme-Europe à La Haye le 10 mai 1992 et adoptée par le parlement européen le 09 mai 1996, que je relève quatre principaux volets des droits des personnes atteintes d'autisme. Ce sont les suivants :

- le droit de mener une vie indépendante
- le droit de représentation et de participation, dans la mesure du possible, aux décisions concernant leur avenir
- le droit à une éducation, à un logement, à une assistance et à des services d'aide accessibles et appropriés
- le droit de n'être pas exposé à l'anxiété, aux menaces et à des traitements abusifs.

Par ailleurs, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie issue de la loi 2002-2 citée précédemment, puis l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, impose dans ces douze articles également des principes qu'il convient de respecter :

- le principe de non-discrimination
- le droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté
- le droit à l'information
- le principe du libre choix, du consentement éclairé, et de la participation de la personne
- le droit à la renonciation
- le droit au respect des liens familiaux
- le droit à la protection
- le droit à l'autonomie

- le principe de prévention et de soutien
- le droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
- le droit à la pratique religieuse
- le respect de la dignité de la personne et de son intimité

1.2.2 Les politiques publiques : de l'Europe au département

Les fortes sollicitations provenant d'acteurs divers mais tous œuvrant pour la cause des personnes atteintes d'autisme, feront bouger le Conseil de l'Europe en 2004, conduisant à la création d'un comité d'experts sur l'éducation et l'intégration des enfants autistes, coordonné par Kari Steindal (pédagogue norvégienne et enseignante à l'Université d'Oslo). A partir des travaux réalisés par ce comité, est née la recommandation sur l'éducation et l'intégration des enfants et des jeunes atteints d'autisme et adoptée par le Conseil des ministres du Conseil de l'Europe en 2009.

Il paraît nécessaire de préciser ici les principaux textes législatifs et réglementaires relatifs à la question de l'autisme et aux troubles envahissants du développement en France. Je relève dans un premier lieu, la circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique, éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints du syndrome autistique. La loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 viendra modifier la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme. Le 08 mars 2005, par la circulaire DGAS, DGS, DHOS, 3C, 2005-124 est indiquée la politique de la prise en charge des personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED). La circulaire n°DGAS/3C/ 2010/ 05 du 5 janvier 2010 vient poser concrètement la mise en œuvre du plan autisme 2008-2010. Enfin le 8 avril 2011, la circulaire interministérielle n°DGS/DGCS/DGOS/CNSA/2011 prévoit la mise en œuvre de la formation et des formateurs prévue dans la mesure 5 du plan autisme 2008-2010. Cette série de textes démontre bien la démarche engagée du législateur, ce dernier souvent interpellé par les différentes associations qui militent pour la cause des personnes atteintes d'autisme.

Le Schéma Régional d'Organisation médico-sociale (SROMS) 2012-2016⁸ vient à la fois faire un état des lieux de l'existant et donne également les axes d'orientations. Il est indiqué dans ce document, l'information suivante : « *le niveau d'équipement de la région est globalement correct, tant en établissements qu'en services, à l'exception de la Gironde dont*

⁸ Schéma Régional d'Organisation médico-sociale (SROMS) 2012-2016 (p.6)

les taux d'équipement en MAS et FAM demeurent en dessous de la moyenne régionale, et des Pyrénées-Atlantiques qui accusent toujours un retard pour la prise en charge en FAM ».

1.2.3 Les recommandations de l'ANESM et l'HAS

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) de Juillet 2008 portant sur *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* traduit la vision de 3 grands textes de loi porteurs d'un projet de bientraitance envers l'usager: la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté, la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance. Je suggère de retenir tout d'abord la définition retenue dans cette même recommandation⁹ à savoir : « *une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuses de ses choix et de ses refus ... la proximité de deux concepts de maltraitance et de bientraitance signale une profonde résonance entre les deux* ». Par conséquent, tout professionnel lorsqu'il évoque le vocable de bientraitance, ne peut éloigner de sa pensée et de ses actes la notion de maltraitance. C'est un processus volontariste qui nécessite chez le professionnel s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue des pratiques, de toujours maintenir une certaine vigilance en passant par l'analyse de ses actions. Il est précisé dans cette recommandation¹⁰ que « *la bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque* ». Utiliser le concept de la bientraitance dans une structure suppose une certaine culture où sont liées les actions collectives et les attitudes et postures individuelles. L'objectif de cette démarche bientraitante est de favoriser le bien-être physique et psychique des usagers. C'est également s'inscrire dans un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de l'offre de service.

En maintenant, cette posture bientraitante, l'institution médico-sociale impose de trouver l'équilibre entre la vie collective et l'accompagnement individuel. La recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM de Novembre 2009 sur le thème de « *Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* » vient affirmer cette dimension. Mais cela n'est point intimité familiale, à qui on impose une vie collective avec des personnes qu'il n'a jamais rencontrées jusqu'ici ? Comment expliquer à un usager avec déficience mentale profonde la question de l'intimité et de la sociabilité, lorsqu'il se masturbe dans la pièce commune au vu et au su de tous ? A travers ces deux interrogations, je pose certes quelques difficultés rencontrées au quotidien dans nos

⁹ Recommandation de bonnes pratiques de Juillet 2008 portant sur la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (p.13)

¹⁰ Ibid.

établissements médico-sociaux mais qui n'excluent nullement l'effort permanent à réaliser avec les équipes pour suivre ce travail de conciliation.

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM publiée en Décembre 2013, titrée « *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs* » demeure un appui fondamental pour les équipes de ces institutions. A la page 4 de ce document, il me semble nécessaire de relever la définition retenue, de la qualité de vie définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle serait donc « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». Face à ces usagers vulnérables que nous accueillons au FAM Bizideki, nous nous devons de prendre en compte à la fois la singularité et la complexité de chacun à toutes les étapes de l'accompagnement. Les repères suggérés aux professionnels ici, nous servent de guide de travail afin de toujours chercher à atteindre les objectifs visés dans cette même recommandation à savoir :

- personnaliser l'accompagnement dans les gestes du quotidien, favoriser le confort physique et psychologique des personnes, mettre en place un cadre de vie et une organisation logistique adaptés à un lieu de vie, assurer la qualité gustative des repas en tenant compte des besoins spécifiques des personnes ;
- respecter les personnes dans leur vie privée et leur intimité, reconnaître et faciliter la vie spirituelle, mettre en place les conditions qui facilitent les échanges entre personnes accueillies, anticiper et gérer les situations de violence envers autrui, faciliter les relations que les personnes accueillies souhaitent avoir avec leurs proches, aider les personnes accueillies à développer des liens avec des personnes extérieures à l'établissement, reconnaître la vie affective et sexuelle des personnes ;
- valoriser les personnes accueillies et ouvrir l'établissement sur son environnement afin de faciliter leur inclusion sociale, favoriser l'accès aux activités culturelles, sportives, de loisirs et de détente, promouvoir et accompagner les pratiques spontanées de loisirs, de culture et de détente ;
- définir les rythmes de vie conciliant besoins de repères et de changements, adapter la mobilité des professionnels aux besoins de repères et de changements des personnes, diversifier les espaces au sein de l'établissement et faciliter leur accès,

assurer les sorties à l'extérieur de l'établissement, co-organiser des projets de vacances.

L'accueil spécifique des personnes atteintes d'autisme nécessite que je m'attarde également sur la note de cadrage « Autisme et autres troubles envahissants du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte »¹¹ présentée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les enjeux concernant les professionnels se situent à deux niveaux : le premier consisterait à « *améliorer et harmoniser les modes d'accompagnement et les pratiques de soins en tenant compte des spécificités des personnes adultes avec TED* » ; le second serait « *d'assurer la cohérence de l'accompagnement entre l'adolescence et l'âge adulte* ». S'agissant du public accueilli, le document relève aussi deux enjeux : d'une part, il s'agirait « *d'améliorer leur autonomie et leur qualité de vie, les aider à conserver leurs acquis et à poursuivre leur développement* » ; d'autre part, il serait important « *d'améliorer leur participation sociale dans tous les domaines (logement, vie sociale, vie professionnelle, formation professionnelle et enseignement supérieur, loisirs, etc...)* ».

1.2.4 Les orientations de l'ANAP

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux est créée en 2009 et aura pour but d'aider ces structures citées ci-dessus à améliorer leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé en France. La notion de performance mérite en tout premier lieu d'être examinée avec minutie car elle se présente dans notre secteur médico-social comme étant sujet susceptible d'être contesté, tout au moins mis en débat. Jean-Luc Joing¹² indique que « *La notion de performance est intimement liée à l'atteinte des objectifs. Telle équipe sera considérée comme performante dès lors qu'elle pourra prouver qu'elle a su se doter de visées clarifiées (encore appelées objectifs généraux), d'objectifs mesurables et d'une évaluation rigoureuse des effets ou impacts* ». L'auteur cité ci-dessus vient confirmer le positionnement de l'ANAP¹³ à savoir que « *la performance est une notion dont les contours sont à définir de manière à répondre aux attentes et aux besoins d'un secteur médico-social fondé sur un socle de valeurs fortes et structurantes qu'il ne faut pas altérer. La performance combine ainsi des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais*

¹¹ Note de cadrage « Autisme et autres troubles envahissants du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte » (p.13)

¹² JOING J.-L., 2011, *Former les responsables « Qualité-Ethique-Performance » du secteur médico-social*, Paris : L'Harmattan (p.125)

¹³ ANAP, 2010, *Piloter la performance dans le secteur médico-social- Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage* (p.7)

aussi d'efficience dans le pilotage et le management des structures aussi diverses soient-elles ». Il faut être clair dans l'intentionnalité. La performance devrait-elle être pensée, comprise sous l'angle de l'efficience du projet d'établissement ? Le point de départ est de se poser les bonnes questions à savoir : quelles sont nos (l'équipe pluridisciplinaire) valeurs ? Quels sont nos fondements ? A quoi nous tenons ? Quelle est notre philosophie institutionnelle ? Qu'est-ce qui nous motive ? Qu'avons-nous appris de nos expériences ?

La performance est une notion variable. Il est plus facile de comprendre nos actions que de les évaluer. Nous ne pouvons pas nous contenter d'énoncer le vocable « performance » et de nous dire que nous n'avons pas été à la hauteur. Mais il convient d'introduire dans notre processus d'amélioration par la qualité, des indicateurs nous permettant de mesurer notre marge de progression. A partir d'une expérimentation, l'ANAP a soumis à des ESMS volontaires un tableau de bord de pilotage¹⁴. Des retours d'expériences présentés dans le document, nous relevons quelques points de succès que nous venons indiquer ici : « *la mobilisation de l'équipe pluri-professionnelle dans une logique de projet touchant à des champs de compétences complémentaires ; une communication adaptée permettant à tous de connaître les finalités de la démarche et particulièrement les éléments qui feront l'objet d'une restitution auprès des équipes ; la planification du projet interne dans un calendrier défini et réaliste ».*

La structure s'appuie donc sur toutes ses références juridiques, réglementaires, de bonnes pratiques et de performance, pour proposer aux usagers accueillis une large liste de prestations. Elle sera dès lors suffisamment attentive à ce que l'offre de services soit à la hauteur des besoins attendus par les résidents et leurs familles.

1.3 L'offre de service du FAM Bizideki

Le FAM BIZIDEKI est un établissement médico-social qui répond à l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et à la loi du 2 janvier 2002 qui, par l'article L116-2, précise que l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Il est soumis à la loi 2009-879 Hôpital Patients, Santé, Territoires (HPST) du 22 juillet 2009 qui redéfinit, entre autre, l'organisation relative à la planification et aux contrôles des

¹⁴ANAP, *ibid.*, (p.41).

établissements médico-sociaux en lien avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Cet établissement s'inscrit dans ces obligations légales pour présenter les prestations proposées aux résidents qu'il accueille.

L'absence de projet associatif jusqu'en 2011, où nous observons que tout repose sur les statuts et le règlement intérieur de l'association, démontre le manque de vision politique. De plus, c'est l'avant-projet du projet d'établissement peu détaillé transmis au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale (CROSMS), orienté par les administrateurs que sur l'éducation structurée, qui va être le seul document fédérateur jusqu'en 2009. L'élaboration du premier projet d'établissement (2009-2014) débute sous la direction de mon prédécesseur. Je participerai à l'écriture du document final avec l'ensemble des professionnels, avec comme appui technique et méthodologique, un cabinet extérieur introduisant toute la réglementation (loi 2002-2, loi 2005).

Lors de l'écriture du PE, je note une faible participation des familles et mandataires judiciaires, des administrateurs (questionnaire identique pour ces trois groupes) et des résidents (un questionnaire spécifique). Je souhaite préciser que tout ce travail avait déjà été effectué avant mon arrivée. La procédure de validation du PE a été scrupuleusement respectée (passage pour avis devant le Conseil de Vie Sociale (CVS), validation par le CA). Le PE est par la suite transmis aux autorités de tarification.

Les projets individuels et les plans d'actions ne sont basés que sur le volet éducatif, et validés lors d'une réunion de synthèse entre l'équipe pluridisciplinaire, les familles/mandataires judiciaires des usagers, les résidents.

L'établissement met à disposition de la personne accueillie des services adaptés : des prestations supports (hébergement, restauration, linge, transports), différentes activités en interne et en externe, des séjours et vacances, l'exercice à la vie citoyenne avec la participation des usagers aux différentes commissions (CVS, comité des fêtes, commission menu, groupe d'expression) des prestations d'accompagnement éducatif et de soutien à la personne, des prestations de soins.

Toutes ces prestations sont décrites dans le contrat de séjour signé normalement lors de l'admission des usagers, par la personne accueillie, son mandataire judiciaire, la direction de l'établissement. Néanmoins, ce document n'a été écrit qu'en 2008. Beaucoup l'ont signé 6 ans après leur entrée au sein du FAM Bizideki.

1.3.1 Originalité des FAM

C'est le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 cité plus haut qui vient affirmer la création des FAM. Sont orientées dans les FAM, des personnes ayant des déficiences plus diversifiées telles que la déficience intellectuelle, la déficience motrice, les troubles psychiatriques à la différence des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), où sont accueillies majoritairement des personnes polyhandicapées.

Au sein du FAM Bizideki, sont accueillis :

- * des adultes en situation de grande dépendance, ne pouvant s'inscrire dans aucune activité professionnelle y compris en milieu protégé, déficients intellectuels moyens et profonds, avec troubles du spectre autistique ;
- * des personnes vulnérables qui cumulent des troubles associés ainsi que des difficultés de communication par le langage ;
- * des personnes vieillissantes, âgées de 54 ans et plus.

Ces personnes présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Cette situation découle :

- * ou d'un handicap grave à expression multiple associant la déficience motrice et la déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction importante de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ;
- * ou d'une association de déficiences graves avec un retard mental moyen, sévère ou profond entraînant une dépendance importante ;
- * ou d'une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante.

Ces personnes atteintes de handicap réunissent tout ou partie des besoins suivants :

- * le besoin d'une assistance pour la plupart des activités (aide à la mobilité...) ;
- * le besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;
- * le besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;

- * le besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives;
- * le besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique ;
- * les besoins d'appui mentionnés aux alinéas 1 et 3 résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont exécutées, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue.
- * les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu et incontournable.

1.3.2 Les différentes prestations

Les offres de prestations sont multiples au FAM Bizideki. L'image suivant (**annexe 1**) vient préciser nos champs d'interventions.

Cette présentation sous forme conique vient démontrer notre manière d'appréhender les problématiques des usagers accueillis au sein du FAM en déterminant la dimension la plus large (environnement) jusqu'à l'infiniment petit (le projet individuel, au plus près des besoins de la personne).

Le FAM Bizideki se situe dans un environnement calme, arboré de 10 hectares, sécurisé. A la ferme « Le Kaiolar », un espace multi sensoriel « Le Paradou » a été créé afin de favoriser l'éveil des sens et de proposer un espace de détente et de bien-être aux résidents.

Il existe trois lieux d'hébergement appelés « pavillons ». Chaque lieu de vie accueille 9 résidents qui possèdent chacun leur chambre individuelle et leur salle d'eau. Sur chaque pavillon, les usagers disposent d'une baignoire-balnéo, d'une buanderie, d'une salle à manger et d'un coin cuisine pour la préparation du petit-déjeuner, d'un salon avec les appareils audiovisuels, d'une terrasse. De plus, il existe un bureau pour les éducateurs de l'internat de manière à accueillir entre autres l'utilisateur en entretien individuel.

Un bâtiment distinct des lieux de vie, est constitué de quatre salles d'activités, la salle de sport (qui fait office également de salle des fêtes), la salle snoezelen, la salle d'accueil des familles équipée, et le bureau des éducateurs de l'externat. Il me paraît important de préciser que les activités planifiées annuellement se déroulent du lundi au vendredi, de 10h à 12h et de 14h à 17h. De plus, toutes les activités se déroulent durant ces deux espaces - temps hors des pavillons.

Nous retrouvons dans un second bâtiment l'espace des services généraux avec l'atelier et bureau de l'agent d'entretien, le local des Agents des Services Intérieurs, les sanitaires

avec douche pour l'ensemble du personnel, la lingerie, la salle du personnel, la cuisine centrale. Il est à noter que le service de restauration est assuré sur place par un prestataire extérieur, en liaison chaude midi et soir, tous les jours de la semaine.

Il existe enfin le bâtiment administratif où nous retrouvons les bureaux des membres de la direction, celui du médecin psychiatre et des infirmières, celui de la psychologue et de la psychomotricienne, celui de la secrétaire, celui de la comptable. L'infirmier et la salle de réunion constituent les deux derniers espaces.

De nombreuses prestations supports tels que l'hébergement, la restauration, le linge, les transports (...) sont offertes au public accueilli.

Différentes activités sont proposées au sein et à l'extérieur de l'établissement. Il convient de préciser que le choix organisationnel de l'institution dans ce domaine de prestation, est établi en fonction du calendrier scolaire. Chaque année au mois de juin, les deux coordonnateurs-éducateurs des projets d'activités réalisent un bilan détaillé des projets d'activités à la fois quantitatif et qualitatif. Ce travail est présenté aux référents d'activités. Par la suite, un travail de réajustement des objectifs est effectué avec l'ensemble de ces acteurs. C'est également l'occasion pour eux de présenter de nouvelles propositions de projets à l'équipe de Direction. Ce bilan et ces nouvelles propositions sont présentés au CVS à la fin du mois de juin. La liste des activités et les objectifs visés pour l'année à venir, sont validés la dernière semaine du mois d'août de manière à proposer aux résidents leur calendrier d'activités. Il doit être effectif pour la deuxième quinzaine de septembre, date du début des activités régulières de l'année.

L'année 2014-2015, les résidents ont pu bénéficier de 17 activités principales :

• Apprentissages • APSA extérieur • APSA salle • Balade • Bois • Calèche (partenariat des Attelages de la Côte Basque à Mendionde) • Chorale (partenariat avec l'Association « Traboules ») • Cinéma/jeux • Confiture • Création • Détente • Equitation (partenariat des écuries d'Urene d'Anhaux) • Espaces verts • Interactif • Piscine • Expression corporelle • Sport adapté (partenariat avec la FFSA (Fédération Française de Sport Adapté), le Foyer de vie de Saint-Palais et de l'association de judo de Saint-Palais)

A cela, se rajoute le Snoezelen, dont bénéficient certains résidents, exclusivement en prise en charge individuelle avec du personnel obligatoirement formé pour cette activité spécifique. Une médiatrice animale intervient tous les 15 jours auprès des résidents les plus démunis en communication réceptive et expressive afin de les aider dans ce domaine.

Un usager peut émettre le souhait d'une demande d'activité individuelle effectuée par un partenaire extérieur. L'équipe pluridisciplinaire tente d'y répondre favorablement. C'est ainsi le cas de deux résidents :

- l'un bénéficie de cours de peinture auprès d'une artiste-peintre. Il expose ses toiles chaque année lors de la fête annuelle de Bizideki, et d'autres manifestations telles que les colloques (Conseil Départemental et autres), les assemblées générales.
- une autre intervient durant l'hiver aux Restos du cœur en tant que bénévole.

Des conventions de partenariat ont été élaborées et signées pour réaliser ces deux projets.

Cependant, durant les petites vacances scolaires (une semaine), les jours fériés, les week-ends et les deux mois d'été, les résidents peuvent effectuer des séjours avec le personnel éducatif et paramédical de l'établissement ou avec des organismes extérieurs. Par ailleurs, des manifestations culturelles ou sportives sont aussi organisées tout au long de l'année. Ainsi, plus des deux-tiers des usagers pratiquent des activités de sport adapté, participent à certains programmes d'Handisport. Certains s'inscrivent dans des compétitions départementales, régionales et nationales tels que le judo, la pétanque, l'escalade. Il demeure important de préciser que l'un de nos résidents est aujourd'hui champion de France de judo. De même, la culture a une place tout aussi importante. Des défis peuvent être aussi relevés. Ainsi, il y a deux ans, l'un de nos usagers a participé au concours régional de pâtisserie organisé par une entreprise de la restauration, partenaire de la structure.

Les résidents ont la possibilité de partir dans leur famille ou chez un proche 35 jours maximum dans l'année. Il est possible de leur rendre visite dans l'établissement, pour cela une salle d'accueil a été aménagée.

Les résidents exercent leur vie citoyenne au sein de l'établissement en élisant leurs représentants aux différentes commissions : CVS, Commission Menu, Comité des fêtes. Un résident vote lors des élections nationales, régionales, départementales et communales.

Les prestations d'accompagnement éducatif et de soutien à la personne sont proposées. L'accompagnement de la personne atteinte d'autisme, en lien avec les difficultés spécifiques à son handicap, puise une large part de son action dans le développement des compétences dans les domaines d'acquisition suivants :

- communication (réceptive, expressive, écrite),
- socialisation
- autonomie (personnelle, domestique, sociale)
- gestion des temps libres

Les prestations de soins s'articulent autour de l'observation clinique de base et du diagnostic de l'état de santé de la personne. Ils facilitent le repérage des besoins qui détermine, dans le cadre de la démarche de soins infirmiers, des objectifs de soins à court, moyen et long terme. La recherche de l'atteinte de ces objectifs requiert :

- de réaliser des soins relationnels constants,
- d'assurer les soins préventifs,
- de dispenser des soins curatifs,
- d'assurer des soins d'urgence,
- de délivrer des soins de confort,
- de prendre en charge la douleur,
- d'accompagner la fin de vie.

La démarche en soins infirmiers vient compléter le projet individuel auquel devraient participer les infirmières. Elles sont supposées le compléter par des objectifs spécifiques aux soins techniques prescrits. Aujourd'hui cette démarche n'est pas acquise. Elle devra se construire à partir du dossier médical et infirmier qui contient les traitements, les consultations, les résultats d'analyses, les transmissions ciblées...les plans de soins.

La prise en charge médicale des usagers ne peut être totalement garantie sans le partenariat avec les acteurs du secteur sanitaire. Ainsi, depuis plusieurs années des conventions ont été signées avec :

- le CHP de Pau,
- la Clinique d'Amade de Saint-Palais
- l'Hôpital d'Orthez

La mise en place d'une convention avec le CHP de Bayonne est envisagée, malgré une collaboration déjà existante, notamment avec le service du CRA de Bayonne.

Un accompagnement psychologique (4 jours/semaine) et une prise en charge en psychomotricité (1 jour/semaine) sont également mis à disposition des usagers de l'établissement. Un kinésithérapeute intervient quatre heures par semaine dans l'établissement. Toutefois, certains résidents sont accompagnés par un aide-soignant de la structure dans un cabinet de kinésithérapie dans la commune voisine car leur besoin de soin nécessite des matériels spécifiques (balnéo,...), inexistants dans l'établissement. Enfin, certains usagers bénéficient d'une prise en charge en orthophonie délivrée par une partenaire extérieure de proximité.

Le projet individuel constitue l'axe fondamental de l'accompagnement de l'usager. Il est élaboré avec lui, son mandataire judiciaire et tous les intervenants impliqués dans son accompagnement.

1.3.3 Les personnes accueillies et les pathologies rencontrées

Le FAM Bizideki accueille 27 personnes adultes des deux sexes (à partir de 20 ans), qui sont concernées par le projet et orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et qui nécessitent un accompagnement de proximité tant pour les actes essentiels de la vie (repas, toilette, déplacement,...) que pour des soins médicaux constants.

Je vais ainsi présenter les usagers à partir de leurs caractéristiques, de leurs pathologies, et de l'évolution de leurs besoins.

1.3.3.1 Caractéristiques spécifiques des bénéficiaires et dynamiques de parcours

Nous pouvons relever quelques critères pertinents (**annexes 2**) qui permettent de bien identifier les bénéficiaires accueillis au FAM « Bizideki ». Pour mieux cerner l'évolution du public, nous avons arrêté deux dates :

- 2009 qui correspond à l'année de la validation du premier Projet d'Etablissement ;
- 2014 qui vient conclure la fin de la durée de ce même Projet d'Etablissement.

S'agissant de la répartition par sexe, en 2009 près deux tiers de la population accueillie est masculine (63%). En 2014, l'écart se réduit considérablement avec 40,89% de personnes représentant le sexe féminin contre 37% en 2009 (**annexe 2A**).

Le critère de l'ancienneté (**annexe 2B**) des résidents au sein de la structure m'a semblé intéressant. En effet, de 2009 à 2014, il y a eu 5 départs aux motifs de réorientations ou de rapprochements familiaux. D'autre part, la majeure partie des résidents accueillis vient des Pyrénées Atlantiques. Un résident est originaire du département de la Gironde et deux autres de la région d'Ile de France. Plus des trois quart des résidents ont eu un parcours institutionnel avant leur accueil au FAM Bizideki. J'indique ici que :

- * 88 % des résidents ont eu un parcours institutionnel médico-social avant leur accueil au FAM Bizideki
- * 4% des usagers étaient en hôpital psychiatrique avant leur entrée au FAM,
- * et 7% des personnes accueillies étaient en famille avant leur entrée au FAM.

Durant cette même période, la répartition en termes de mesures de tutelles (**annexe 2C**) n'a guère évolué. Ce sont majoritairement les membres de la famille qui sont mandataires judiciaires (aux alentours des 78%). Toutefois, la catégorie des sans tutelles a été divisée par deux passant de 7,46% en 2009 à 3,70% en 2014. S'agissant des parents des usagers, la moitié est à la retraite.

1.3.3.2 Etat des lieux des pathologies diagnostiquées

Les pathologies sont au nombre de huit avec :

- Autisme d'intensité légère à sévère
- TSA : Troubles du Spectre Autistique
→ Troubles du registre autistique tels que décrits dans les critères diagnostiques de la Classification Internationale des Maladies 10 et du DSM IV. Dans le DSM V, qui n'est pas encore validé et publié en France, apparaît le critère d'hyper ou d'hypo réactivité aux stimuli sensoriels.
- Déficiência mentale d'intensité légère à sévère : insuffisance du développement intellectuel. La déficiencia mentale regroupe l'ensemble des affections qui empêche l'accès de la personne à l'autonomie et à l'adaptation sociale.
- Psychose : trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité, la perte du sens du réel et la transformation en délires de l'expérience vécue. Aujourd'hui le langage médical courant réserve le terme de psychose aux maladies mentales non lésionnelles, se caractérisant par des symptômes essentiellement psychologiques, que sont les psychoses aiguës (bouffées délirantes), la schizophrénie, les délires chroniques (paranoïa, paraphrénie).
- Epilepsie : affection caractérisée par la répétition chronique de décharges (activations brutales) des cellules nerveuses du cortex cérébral.
- IMC (Infirmité Motrice Cérébrale) ou encore appelée PC (Paralysie Cérébrale)¹⁵: groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du

¹⁵ Définition relevée sur le site de la Fédération Française des Associations d'Infirmités Motrices Cérébrales (FFAIMC)- <http://www.ffaimc.org>

nourrisson. Ces troubles sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires. Le terme PC est donc plus général puisqu'il regroupe également les formes avec des atteintes intellectuelles où l'on parle dans les cas les plus sévères de polyhandicap.

- Encéphalopathie : atteinte diffuse de l'encéphale liée à une affection générale. Les signes neurologiques sont un ralentissement des idées, une agitation, une confusion mentale, et plus rarement des convulsions.
- Surdité : diminution très importante ou inexistance totale de l'audition, qu'elles soient congénitales ou acquises.

Les résidents du FAM sont des personnes d'une grande dépendance, vulnérables dont 2/3 aujourd'hui ont été admis par les membres du CA. 50% des départs sont dus à des gros troubles de comportement entraînant la rupture du contrat de séjour avec soit de l'hospitalisation de longue durée soit le retour au domicile de la famille car cette dernière refusant la médication. L'autre moitié correspond soit à des changements d'agrément (FV) soit à des rapprochements vers le domicile familial. Ils présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Seul 1/3 des usagers ont réellement le diagnostic de l'autisme (**annexe 3**), quelques-uns sont diagnostiqués psychotiques et le reste touché par d'autres handicaps. La majorité de ces personnes bénéficie de l'éducation structurée selon la philosophie TEACCH qui est une approche éducative utilisée pour les personnes adultes atteintes d'autisme, qui repose sur le principe de l'individualisation, créant des objectifs précis fixés pour chacune des personnes.

Dans 8 ans, plus de la moitié des usagers auront entre 40-50 ans, par conséquent la question du vieillissement de la population mériterait d'être en débat compte tenu du vieillissement précoce des sujets atteints de handicap.

Enfin, les admissions à l'origine ont été réalisées par les membres du CA avec des usagers mal orientés car en définitif, seul un tiers de la population est diagnostiqué autiste, des résidents psychotiques mais admis car c'était un engagement des membres du CA auprès des familles et des élus (notamment les membres du syndicat d'Ostibaret) des villages environnants.

1.3.3.3 Evolution des besoins des bénéficiaires

Aujourd'hui la moyenne d'âge de la population accueillie est de 32 ans. La plus jeune des résidents a 21 ans et le plus âgé vient de fêter ses 58 ans il y a quelques semaines. D'ici 2023 (c'est-à-dire en prévision du prochain PE), nous pouvons d'ores et déjà avancer que la tranche d'âge 40-50 ans représentera 56% du public accueilli et la tranche d'âge 30-40 ans, 41% (**annexe 4**).

Depuis, trois ans environ, les souhaits d'activités tendent davantage vers des activités autour de la détente, du bien-être. De même, les demandes d'accompagnement individuel augmentent, avec aménagement du rythme de la journée. A titre d'exemple, certains résidents sont plus disposés à participer à des activités le matin et veulent rester au calme, seul ou en effectif réduit, sans aucune sollicitation sur les pavillons l'après-midi. D'autres peuvent faire la demande inverse. Nous remarquons également chez certains une diminution physique marquée de plus en plus par une incapacité de répondre au déroulé total de l'activité à réaliser.

1.4 La base stratégique de l'organisation en ressources humaines, financières et logistiques

Cette organisation est marquée par un plan stratégique global en ressources humaines et financières permettant une aisance en moyens humains et budgétaires, avec par conséquent un accompagnement de proximité pour l'usager de l'établissement.

Les moyens humains et financiers sont importants (36,2 ETP ; un prix de journée ARS/Département de 213,59 €).

Les comptes administratifs qui sont présentés depuis 7 ans c'est-à-dire depuis le mandat de gestion, indiquent la bonne gestion financière de la structure.

Entre 2001-2002, les recrutements ont été majoritairement réalisés sur la base de relations familiales et amicales et répondant aux besoins du bassin d'emploi du syndicat.

L'équipe pluridisciplinaire était soit très peu formée aux métiers du soin et de l'éducatif, soit nouvellement formée ne possédant aucune expérience.

La psychologue spécialisée dans les Troubles Envahissants du Développement dont fait partie l'autisme, a été recrutée à la création du poste, pour honorer un mi-temps de chef de

service sans aucune formation de management, et un mi-temps de psychologue.

Une formation sur la sensibilisation à l'autisme de trois jours a été imposée par le Conseil d'administration à l'ensemble du personnel, une semaine avant l'ouverture de la structure. Les programmes de plan de formation ont essentiellement été dédiés à l'Autisme et aux stratégies éducatives, avec un unique centre de formation lui-même spécifique à l'autisme durant plusieurs années.

Conclusion de la première partie

Nous avons pu relever des écarts importants entre les attendus et les réels. En effet, dans notre premier paragraphe nous notons que les statuts, le projet associatif, le mandat de gestion prévoient des objectifs à dimension politique avec :

- la création d'autres établissements spécifiques à l'autisme ;
- l'accompagnement des familles d'enfants atteints d'autisme dans toutes les démarches administratives.

Mais des administrateurs semblent s'y désintéresser.

Le mandat de gestion entre Autisme 64-ATGDPA et l'Adapei des Pyrénées atlantiques a pour objectif un travail partenarial et de bonne collaboration afin de garantir une gestion saine du FAM Bizideki. Ces dernières années, cette coopération est en situation de crise profonde.

Par ailleurs, nous observons que la gestion de la vie institutionnelle qui constitue une de mes missions en tant que directrice d'établissement, consiste un intérêt primordial pour certains membres du conseil d'administration. Ainsi, certaines familles tentent régulièrement d'interpeller les professionnels (lingères, agents de service, secrétaire, équipes éducatives et paramédicales) afin de leur imposer leurs propres règles. Ils cherchent systématiquement à contourner mes instructions organisationnelles sur ces questions.

Le public accueilli au FAM nécessite du soin et de la médication ce qui justifie que l'ARS a imposé le recrutement d'un médecin psychiatre référent, face à des familles et une partie du personnel rejetant ces changements en mettant dans le plan d'action des projets individuels des usagers, que de l'accompagnement éducatif. Certains résidents ne reçoivent pas de leurs familles, leur traitement prescrit par le médecin psychiatre de la structure quand ils se rendent en week-end et en vacances dans leurs familles, ce qui est à l'encontre de leur engagement pris lors de la signature du contrat de séjour.

Un nombre significatif (1/3) de familles refuse la médication au sein du FAM et chez elles

également, face à la recommandation de bonnes pratiques de l'HAS et l'ANESM sur l'autisme et autres TED qui stipule qu'il faut « *inscrire toute prescription médicamenteuse visant les troubles psychiatriques associés au TED, les troubles du sommeil ou les troubles du comportement* ».

Les instances de représentativité des usagers (loi 2002-2) sont existantes au sein de la structure mais la place de leur parole est souvent esquivée. Or, le consentement éclairé doit systématiquement être recherché.

Les moyens humains sont importants, mais pas assez adaptés aux besoins. En effet, le taux d'encadrement en ETP est plus que satisfaisant (1,34 dont 0,70 de l'encadrement socio-éducatif et 0,22 de l'équipe de soin) face à des usagers nécessitant de plus en plus de soins plus adaptés à l'évolution de leurs pathologies, leur vieillissement précoce, leurs troubles de comportement sévères. Mais ces dispositifs de prise en charge spécifiques sont difficiles à mettre en place. La diversité des besoins du public nécessite des connaissances et des techniques de soin or, nous devons faire face à des professionnels de la structure qui ne disposent pas de ces savoirs et savoir-faire. Les pratiques professionnelles s'appuient faiblement sur les recommandations de l'ANESM et HAS.

Enfin les moyens logistiques tels que une salle snoezelen, six salles d'activités, des espaces verts et une ferme accueillant des animaux, facilitent la prise en charge individuelle ; toutefois, ils sont peu utilisés par les membres de l'équipe éducative. Ces derniers favorisent davantage les sorties extérieures telles que les balades, la piscine, les courses qui se réalisent souvent en binôme avec un groupe de résidents.

Certes cet ensemble d'écarts ne se traduit pas par des évaluations interne et externe, des rapports d'activités préoccupants, bien au contraire. Toutefois, il nous permet de relever l'inadéquation entre les prestations proposées par le FAM et les besoins des résidents de l'institution. Par conséquent, Il conviendra de reconsidérer tant en interne qu'en externe l'offre de service, de manière à réduire les tensions existantes.

La question centrale naît dans l'écriture du nouveau Projet d'Etablissement en cherchant de la diversification et de la complémentarité pour répondre à l'évolution des besoins des personnes accueillies au FAM « Bizideki ».

La problématique réside sur la capacité de la structure à présenter dans son offre de service un éventail de compétences plus diversifiées et complémentaires de manière à garantir un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles envahissants du développement et autres, accueillies dans cet établissement.

Nous posons l'hypothèse que si nous parvenons à entrer dans une dynamique évaluative efficiente du projet d'établissement, nous assisterons à la réduction du décalage entre la connaissance de pratiques professionnelles au niveau sanitaire et médico-social avec un nouveau public. De manière concomitante, cette démarche constituerait un levier pertinent au changement souhaité, dans la prise en charge adaptée aux besoins des usagers. Enfin comme le font beaucoup d'associations, cela pourrait être l'occasion pour les membres du CA de revisiter leur projet associatif.

Dans le chapitre suivant, je m'appuierai sur quelques concepts théoriques tels que ceux de la bientraitance, la compétence et du changement. Ils me permettront de mieux asseoir mes orientations stratégiques managériales au sein de l'établissement.

Au niveau opérationnel, la dimension sera plus stratégique et permettra d'alimenter notre hypothèse théorique. Je considère ainsi que mon projet managérial en interne tendra à développer la question de l'efficience (recommandations de l'ANESM), de la performance (en lien avec l'ANAP) des actions proposées, en interpellant les acteurs, en faisant appel à l'évaluation du PE 2009-2014, l'évaluation interne et externe. Dans le même temps, je gagnerai davantage en pertinence et en fiabilité si l'environnement reconnaît l'évolution du public accueilli.

« *Traiter les gens comme s'ils étaient ce qu'ils pourraient être et vous les aiderez à devenir ce qu'ils sont capables d'être.* »

J. W. von Goethe, Le juif errant

2 L'évolution des besoins des usagers, une réalité entraînant une nécessaire analyse réflexive des pratiques professionnelles

La loi 2002-2 codifiée dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) vient fixer la réalisation obligatoire des évaluations interne et externe, avec un engagement impératif du développement de la démarche qualité pour les activités et prestations proposées dans les Établissements Sociaux et Médico-Sociaux. Le paysage de notre secteur médico-social éprouve ce processus de changement. L'ensemble des acteurs mais particulièrement les équipes de Direction y concourent et le coordonnent à travers leur politique de management par la qualité. Avec cette visée, nous y percevons trois axes fondamentaux: l'engagement d'une politique de bientraitance, l'accompagnement structuré au changement et le développement de compétences adéquates. Les outils institutionnels se sont améliorés avec comme principal but qu'ils soient adaptés aux usagers et à leurs familles/mandataires judiciaires. Ainsi des enquêtes de satisfaction leur seront adressées lors des préparations de projets individuels ou de projet d'établissement ou de service. Par conséquent, nous relèverons une meilleure prise en compte de leurs besoins et leurs attentes.

2.1 La question de la bientraitance étudiée à partir de l'analyse qualitative de trois supports clés utilisés dans l'établissement

Dans ce chapitre, nous chercherons tout d'abord à apporter une définition à la notion de bientraitance, puis nous nous appuierons sur les supports techniques existants au sein du FAM Bizideki qui viendront illustrer le bienfondé de l'accompagnement bien traitant. En effet, je procède dans ma structure à tendre de l'ordinaire vers l'extraordinaire. Il s'agit d'éviter de plonger dans une quotidienneté banale, peu interrogée. Mais il convient plutôt de bouger les lignes, d'expérimenter d'autres univers. Ceci entraîne de la part de celui qui s'y engage une volonté forte de production scripturale, ou à minima, un intérêt affirmé. Au regard des pratiques sociales, c'est l'oralité qui prévaut avec une réticence manifeste pour les écrits professionnels. A mon sens, les deux modes sont nécessaires à l'unique condition qu'ils soient structurés. Michel Lacroix¹⁶ écrit « *L'exercice d'une parole libre, argumentée,*

¹⁶ LACROIX M., 2010, *Paroles toxiques, paroles bienfaisantes. Pour une éthique du langage*, Paris : Robert Laffont (p.61)

modérée, respectueuse est un objectif pédagogique majeur...il est impératif de rappeler que la bonne volonté discutante et écoutante (autre nom de la tolérance) est le fondement de la démocratie, et que, à ce titre elle constitue l'une des principales finalités du système éducatif ». Le positionnement éthique des professionnels de la structure que nous présentons au dernier paragraphe, vient asseoir notre démarche institutionnelle.

2.1.1 Vers une définition de la bientraitance

Nadia Péoc'h¹⁷ consacre un petit paragraphe intitulé « Les fondements de l'éthique du care » qu'il convient de relever. Elle indique donc que :

*« Nous nous sommes interrogés sur le sens du mot « **care** » et sur la notion de « **caring** ». En effet, comment traduire au plus juste la notion de bientraitance. Qu'est-ce que le « **caring** » ? Que serait l'éthique de la sollicitude « **the ethic of care** » ? Quels seraient les points de rencontre et/ou les risques de confusion avec la notion de bientraitance ? Indubitablement, les deux conceptions s'inscrivent dans une tonalité plutôt d'essence humaniste. La langue française semblerait manquer de mots justes pour nous offrir une traduction pertinente du terme « **care** ». Le terme comprend deux dimensions :*

- une dimension perceptive : faire attention à, se soucier de...*
- une dimension de l'action : s'occuper de, prendre soin ...*

*Selon les traductions choisies, « sollicitude » ; « souci de l'autre » versus « prendre de soin », le terme **care** sera entendu sous deux acceptions : la dimension perceptive versus la dimension de l'action ».*

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de Juillet 2008 portant sur « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » traduit la vision de 3 grands textes de loi porteurs d'un projet de bientraitance envers l'usager: la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté, la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance.

Je suggère de retenir tout d'abord la définition retenue dans cette même recommandation à savoir « *une profonde résonance entre les concepts de maltraitance et de bientraitance*. Par conséquent utiliser le terme bientraitance, oblige à garder en mémoire la trace de la notion de maltraitance. C'est une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois

¹⁷ PEOC'H N., 2010, *Revue de la littérature autour de la notion de bientraitance*, CHU de Toulouse-Université de Toulouse (p.12)

démarche positive et mémoire du risque. La Bienveillance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives. Elle vise à promouvoir le bien être des usagers. C'est ainsi s'inscrire dans un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation.

2.1.2 Etude des différents outils utilisés dans la structure (plans d'actions des projets individuels, synthèses annuelles des personnes accueillies, réunions CVS)

C'est sur cet angle de la bienveillance que je propose ici cette étude en soumettant tout d'abord les propos de Hamman E., Nguyen M., Rohmann-Labat I., Satragno-Fabrizio I¹⁸ qui écrivent :

« Le domaine des questions du faire, est le domaine proprement éthique. Le discernement éthique demande une prise en compte du particulier des personnes, des contextes tout en articulant avec les normes générales. En effet, l'éthique renvoie le professionnel à sa part de responsabilité pour tenir son double engagement, être à la fois pleinement lui-même mais avec d'autres et parmi d'autres dans une relation de confiance et de collaboration vis-à-vis de l'équipe et auprès des usagers. Elle invite aussi chacun à approfondir une connaissance de lui-même et s'interroger sur la question du sens de ses valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles à travers le pourquoi ».

Le projet individuel constitue l'axe majeur de l'accompagnement du résident. Il est construit avec lui, son mandataire judiciaire et tous les intervenants engagés dans son accompagnement afin de requérir leur avis sur le précédent plan d'actions et leurs souhaits d'évolution. Il en ressortira chaque année un plan d'actions précis visant à mettre en lumière un à deux objectifs principaux puis des objectifs opérationnels, les moyens proposés pour atteindre les objectifs, les temps et critères d'évaluation pour chaque action.

C'est le coordonnateur de projet qui est nécessairement un éducateur spécialisé de l'établissement qui est garant de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan d'actions. Toutefois, ce sont des actes professionnels qui sont toujours impérativement menés en concertation avec l'ensemble de l'équipe. C'est un processus de travail qui

¹⁸ HAMMAN E., NGUYEN M., ROHMANN-LABAT I., SATRAGNO-FABRIZIO I., 2009, Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe, *In Les Cahiers de l'Actif* (p.217).

s'effectue à partir d'une procédure (**annexe 5**) clarifiée combinant de nombreuses étapes préparatoires et évaluatives.

Les nouveaux plan d'actions et planning d'activités sont présentés au résident, son mandataire judiciaire et toute autre personne dont il désire sa présence, lors de la réunion de synthèse d'une durée d'une heure maximum car aucun des résidents du FAM ne peut garder un temps de concentration soutenue au-delà. En début de rencontre, le coordonnateur de projet rappelle les objectifs de travail de l'année écoulée et l'évaluation globale. Puis, le nouveau plan d'actions est présenté et soumis à débat. Il demeure primordial de veiller à ce que le déroulement de ce temps d'échanges soit adapté au plus près des possibles intellectuels et physiques du résident de manière à limiter toute perturbation qui contribuerait à son mal être éventuel. Cette attention professionnelle n'est pas systématiquement comprise par certains parents qui jusqu'à maintenant tentent de transformer cet espace comme un lieu d'échanges qui leur est destiné, malgré l'existence de d'autres temps de communication qui leur sont consacrés. Mais au fil des ans, je m'aperçois que les résistances tombent au fur et à mesure. Lorsque l'ensemble des acteurs parviennent à un accord sur tous les axes l'accompagnement du résident prévu dans son plan d'actions, le résident, son mandataire judiciaire, le coordonnateur et le représentant de la direction apposent leur signature sur le document, ce qui indique leur engagement mutuel à sa mise en œuvre. A toute période de l'année, des modifications pourront y être apportées à l'initiative de chacun si l'ensemble des acteurs évalue que les objectifs visés ne sont pas adaptés ou s'ils sont atteints plus vite que la périodicité fixée.

Conformément au décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participation et au décret modifié du 2 novembre 2005 mentionnés à l'art. L311-6 du Code de l'Action Sociale et des familles, a été créé le 23 juin 2008 un Conseil de la Vie Sociale au Foyer d'Accueil Médicalisé Bizideki. Une procédure (**annexe 6**) vient préciser les contours. Ce CVS était constitué à cette date de 11 membres dont 7 titulaires et 4 suppléants mais la composition a été modifiée lors du CVS du 20 mars 2009 pour permettre une représentativité effective de l'ensemble des résidents. Aussi le CVS est à ce jour composé de la façon suivante :

- les personnes accueillies : 6 usagers (3 titulaires, 3 suppléants soit deux résidents par lieu de vie)
- les mandataires judiciaires/ famille : 6 personnes (3 titulaires, 3 suppléants soit deux représentants par lieu de vie)
- le personnel : 2 représentants désignés par les organisations syndicales (1 titulaire et 1 suppléant)
- l'association gestionnaire : un membre du Conseil d'administration

- le maire de la commune

La directrice de l'établissement ou son représentant y siège de plein droit avec voix consultative.

Trois fois par an, les membres se réunissent. A mon arrivée dans la structure, j'ai fait deux constats qui n'obéissaient nullement à l'esprit du cadre réglementaire et j'ai mis en œuvre des changements immédiats :

- d'une part, les représentants des usagers avaient la parole durant environ 15-20 minutes puis étaient gentiment remerciés et invités à quitter la réunion. L'expression des usagers repose sur de multiples modalités d'expression formelles et informelles mais elle doit être institutionnalisée dans une instance officielle qui est celle-ci. Il convenait donc qu'ils soient présents durant toute la réunion. Certes, certains pouvaient être en difficulté face à un temps trop long mais cela demeurait vrai que si aucun effort n'était fait pour qu'ils soient réellement acteurs. L'adaptation du discours, des outils de communication était à faire. Par conséquent, il fut nécessaire lors de la préparation des réunions, inventer des supports techniques (pictogrammes, images, objets, écrits scrupuleusement établis) pour certains élus-résidents. Fort de six ans de réalisation, aujourd'hui je suis en mesure d'écrire que les résultats sont plus que probants avec des usagers heureux de participer à ce temps d'échanges et surtout profitant pour affirmer leurs idées, leurs volontés, leurs revendications.
- D'autre part, certains représentants de familles ne venaient soumettre que leurs demandes personnelles oubliant totalement que les situations propres à leur enfant ne pouvaient être mises en discussion dans cette instance. Depuis six ans, rares sont les réunions où je n'ai pas à rappeler cette règle. Le contrôle inopiné de l'ARS de mars 2012 est venu confirmer mes rappels à l'ordre. Mais, cela demeure une véritable difficulté pour ces familles.

2.1.3 Adopter une culture de bientraitance : un positionnement éthique

Pour parvenir aux objectifs de sa mission d'obligations d'accompagnement éducatif et de soin, le FAM Bizideki se doit d'unir l'ensemble de la communauté autour de principes guides assurant :

- aux résidents les meilleures conditions d'accueil, d'écoute et de réponses à leurs besoins et leurs attentes ;

- aux professionnels les conditions de travail et les compétences indispensables pour dispenser en cohérence et en cohésion les réponses efficaces aux nécessités des résidents et aux soutiens souhaités par leur famille.

Roger-Pol Droit¹⁹ indique « *Voilà le point central à garder en tête. Quand on demande : quelles actions sont les meilleures ? Ou bien : quels principes permettent de discerner les meilleures actions ? Ces questions concernent toujours les relations entre nous et les autres, et entre les autres et nous. L'éthique, c'est d'abord la question des autres, le souci que nous avons de leur existence, de leur présence, de leurs attentes, de leurs désirs, de leur dignité et de leur liberté* ».

Offrir la garantie d'un service de qualité impose avant tout de créer et de maintenir une rencontre pour des prestations dans une volonté permanente de paix, d'assurance, de la mise en sécurité des personnes et de leurs biens, assurées comme conditions préalables pour sa mission d'accompagnement éducatif et de soin. Il semble nécessaire d'écrire un guide pour assurer toutes les garanties d'un rassemblement de l'ensemble des professionnels dans des méthodes partagées, évaluées, actualisées, en alerte face à toute forme de maltraitance, de violence et de non-respect des droits et des devoirs de tous les acteurs de la communauté. De plus, avoir un positionnement éthique c'est aussi offrir une certaine liberté de paroles à chaque professionnel de façon à laisser place à sa (re) présentation de soi. Roselyne Orofiamma²⁰ illustre fort bien le lien entre le récit de soi et le positionnement. Elle écrit « *Les formations sur les parcours individuels s'attachent à mettre en évidence les processus qui aident à comprendre les engagements dans le monde professionnel et/ou dans les études et la formation, mais aussi les ruptures et les évolutions, en termes de déterminations sociales et historiques, pour permettre de mieux définir le positionnement de chacun, centré, selon les séminaires, sur le rapport au travail, au savoir ou aux activités artistiques et culturelles* ».

En situation de formation souvent les premières minutes en début de stage, les professionnels parviennent en général, à entreouvrir au minimum une petite fenêtre de leur espace personnel et/ou professionnel. S'abandonner à offrir aux autres stagiaires sa (re) (présentation) du sujet, de l'objet, ne semble pas pour beaucoup, être un frein. C'est loin d'être identique en situation de travail alors que la connaissance des (re) (présentations) de chacun est importante pour mieux travailler ensemble.

¹⁹ DROIT R.-P., 2009, *L'éthique expliquée à tout le monde*, Seuil (p.43).

²⁰ OROFIAMMA R., 2005, Quand se présenter, c'est se raconter..., *In Education permanente*, n°162 (p.133)

Eric Fiat²¹ précise : « *je raisonnerais sur la base d'une éthique de la phronesis. En grec, cela veut dire « prudence ». Mais il ne faut pas l'entendre au sens moderne du terme, qui est devenu l'art d'éviter le danger, associé à l'obsession du principe de précaution qui vire à la précaution de principe... Chez Aristote, la prudence c'est l'habileté, la sagacité qui conduit au bonheur, c'est-à-dire la sagesse pratique. C'est donc l'art d'éviter les dangers inutiles et de prendre les risques nécessaires. Il est des retraits nécessaires à la victoire. Dans cette perspective, une éthique de la décision serait donc l'affrontement habile des risques. Pour Aristote, l'homme sage est celui qui voit loin, et qui peut anticiper les effets pervers d'une bonne décision. Si la sagesse théorique – la connaissance – s'acquiert vite, la sagesse pratique demande du temps. Et même un homme habile peut se tromper* ».

Le travail d'accompagnement des personnes handicapées entraîne des modifications en permanence. Amener du sens éthique à l'ensemble de nos prestations médico-sociales devient incontournable, afin que nos interventions ne soient pas portées par la seule revendication de répondre à une obligation réglementaire mais bien cultivées par la réelle conviction d'un service rendu à l'utilisateur le plus efficient et efficace possible.

L'éthique professionnelle au sein du FAM Bizideki doit donc être une éthique discutée, partagée et pratiquée par l'équipe pluridisciplinaire dans son entièreté. Elle s'articule obligatoirement avec une connaissance optimale des règles juridiques, des valeurs associatives, une recherche volontaire et permanente d'amélioration des pratiques professionnelles, et une volonté affichée de travailler en équipe.

Tendre vers des prestations de qualité, à travers des actions bienveillantes. Cela nécessite un regard critique sur les compétences déployées par les collaborateurs. Par conséquent, je m'attache dans le paragraphe suivant à développer cette notion de compétence en veillant tout d'abord à me positionner sur une définition, puis de mettre en avant le passage entre la compétence et les compétences, établi par certains chercheurs. Enfin, j'établirai le lien entre les compétences et la gestion des ressources humaines.

2.2 La notion de compétence et ses différents usages

Parler aussi bien de compétences reconnues que de celles estimées par soi-même mais qui n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance, est à prendre en compte ici. Le thème de la compétence est d'actualité et de nombreuses disciplines se sentent concernées par son étude, notamment différentes spécialités telles que la psychologie (Jacques Aubret, Patrick

²¹ FIAT E., 2012, Que chacun bâtisse son éthique de la décision, *In Direction* (s)

Gilbert : L'évaluation des compétences), l'ergonomie (Jacques Leplat et Maurice de Montmollin : Les compétences en ergonomie- Yves Clot : Les compétences en cours d'activité), les sciences de l'éducation (Philippe Perrenoud : Construire les compétences dès l'école), et bien évidemment la sociologie (Philippe Zarifian).

2.2.1 Mieux appréhender la compétence à travers quelques définitions

La notion de compétence est complexe, voire polysémique mais avec tout un cheminement historique qu'il convient de comprendre. Philippe Zarifian²² vient la définir dans son ouvrage. A partir de ses différentes recherches – actions au sein de différentes organisations, il va suggérer quelques propositions de démarche pour appliquer le modèle de la compétence.

Philippe Zarifian²³ définit la compétence comme « *la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté... La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances,... la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité* ».

La prise d'initiative vient d'une personne capable d'imagination et d'inventivité, en vue d'une réponse adaptée à un événement. Elle est couplée à la responsabilité de domaines à assumer.

Pour mieux comprendre cette définition, Philippe Zarifian soulève la question de la responsabilité qu'il rattache à une éthique professionnelle *versus* une question purement morale. En filigrane, il évoque la notion de *la prise d'initiative et la manière à laquelle l'individu va se sentir responsable des problèmes et événements qu'il rencontrera au sein de situations professionnelles*.

La compétence est ainsi analysée comme une médaille à deux versants : la responsabilité, attribuée à un individu acteur, et l'initiative, attribuée à un individu sujet.

L'auteur trouve absurde la distinction entre qualification et compétence, entre poste de travail et métier (cheminement historique). Je relève qu'il a une certaine émergence du modèle de compétence mais comme il constitue un tel bouleversement, il ne verra pas le jour. Toutefois, il se situe dans le débat actuel et notre secteur social et médico-social n'y échappe pas.

²²ZARIFIAN P., 2001, *Le modèle de la compétence- Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, Editions Liaisons

²³ ZARIFIAN P., 1999, *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Editions Liaisons

Il est fréquent de retrouver le triptyque savoir, savoir-faire et savoir-être. Guy le Boterf ²⁴ précise « *ce qui est demandé à un sujet en situation de travail, c'est non seulement d'avoir des compétences, mais d'agir avec compétences. Il faut donc que, dans chaque situation, la personne soit capable de construire ou d'adapter la combinaison pertinente de ressources pour agir dans un certain but* ».

2.2.2 Passer de la compétence vers les compétences

C'est à travers quatre moments de l'histoire que Philippe Zarifian²⁵ nous expose cette évolution du modèle de compétence.

Dans le début des années 70, le thème de l'autonomie individuelle lors d'une négociation du nouvel accord de classification de la métallurgie, est clairement affiché avec une articulation de trois éléments : la responsabilité, l'autonomie et la formation requise, ce qui donnent sens à *l'individu, à l'humain (indique l'auteur)*. Paradoxalement, dans cet accord, *il est clairement inscrit que ce sont des emplois qui sont classés et non des personnes*. Le terme emploi dans l'accord sera interprété comme poste de travail dans les entreprises. Les critères d'autonomie et de responsabilité sont nouveaux par rapport au critère classique de complexité de l'activité.

L'autonomie conceptuellement, signifie définir soi-même les règles, les lois, de sa propre action. Empiriquement cela voulait dire à cette époque « *j'ai le pouvoir de déterminer moi-même la manière de conduire mon existence* ». Aussi l'autonomie individuelle tout comme l'autonomie de groupe conduit à assister à l'émergence de la reconnaissance de la place et du rôle de l'individualité.

Après mai 1968, deux premières significations de la notion de compétence (même si dans le modèle de la qualification, le mot « compétence » à cette époque n'est pas utilisé) :

- la compétence, c'est l'occupation experte de l'espace autonomie dévolu (reconnu) au salarié, espace d'indétermination, de non-prescription, que l'action de l'individu ou du groupe « compétent » doit remplir.
- la compétence, c'est aussi l'expression de capacités individuelles, singulières, au sein d'un ensemble collectif.

Au milieu des années 80, le concept de la compétence va ressurgir brutalement avec un besoin fondamental car l'économie française souffre et a beaucoup de mal à se remettre

²⁴ LE BOTERF G., 2014, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6^{ème} éd., Eyrolles (p.73).

²⁵ ZARIFIAN P., 2001, *Le modèle de la compétence- Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, Editions Liaisons

de la crise des années 70. Il est par conséquent indispensable de relever de nouveaux défis productifs et concurrentiels. L'auteur²⁶ indique que *l'on voit apparaître les questions de stratégie et de performance d'entreprises*. Les deux principaux objectifs sont :

- sortir de la crise « par le haut », par une montée en qualité des produits, une personnalisation de la relation aux clients, une complexification des performances (CQFDI : Coût-Qualité-Flexibilité-Délai-Innovation). L'auteur met en lumière une modification significative : « *La compétence s'adjoint alors à la signification suivante : décentraliser une partie du pouvoir de décision auprès des équipes de base pour qu'elles puissent répondre à la montée en complexité des performances* ».

- faire face à la montée de l'incertitude (toute une série d'incertitudes)

La notion d'autonomie réapparaît et prend toute sa place avec pour principale explication le fait de devoir 'Réagir à l'incertitude, ou mieux, l'affronter'. Ainsi précise l'auteur « *La définition complémentaire de la compétence se précise : assumer une responsabilité locale, en situation, savoir prendre la bonne décision dans un temps court, face à un événement, qui est lui-même une expression condensée de l'incertitude* ».

Nous relevons dès lors, un système qui reste bloqué sur la thématique de poste de travail, des prescriptions des tâches, avec les responsables RH qui « *envisagent des systèmes complexes de gestion des compétences avec la GAEC (Gestion Anticipée des Emplois et Compétences) aujourd'hui GPEC sans s'interroger préalablement sur le changement de modèle de référence, et donc sans rompre avec la qualification de l'emploi* ».

Deux voies vont s'opposer, avec d'un côté des opérationnels qui gèrent en premier la performance de leur unité en mobilisant les compétences et de l'autre côté des RH qui s'inspirent du modèle anglo-saxon, qui pense gestion du capital humain pour parler de gestion des compétences. Il s'agit pour ces derniers de gestion des compétences et pour les premiers de gestion par les compétences, un sujet qui se poursuit encore aujourd'hui. Les syndicats ne feront pas entendre leur voix dans ce débat.

Le modèle « du poste de travail » va tout de même résister, tout en produisant des résistances, des situations conflictuelles de plus en plus importantes et il conviendra de s'interroger peu à peu sur un changement de référence. Toutefois le modèle de la compétence ne sera retenu que par très peu d'entreprises car il est perçu comme nécessitant une démarche trop rigoureuse.

²⁶ ZARIFIAN P., ibid (pp.25-26)

La 1^{ère} moitié des années 90 sera marquée par des choix nouveaux d'expressions. Il est question d'organisation par processus au reengineering. Ainsi plutôt que de penser l'amélioration continue de l'organisation en la modifiant étape par étape, il est prévu une méthode plus directe qui est celle de la page blanche considérant nécessaire de repartir à zéro pour réinventer l'organisation soit dans son entièreté, soit partiellement. L'objectif visé est de garantir l'amélioration de la performance de la façon la plus optimale possible.

Le benchmarking (l'anglicisme "benchmarker" ou benchmarking) tient ses origines dans le début des années 80 par la société Xerox qui va développer une technique de marketing ayant pour but d'étudier des méthodes de gestion à partir d'analyses comparatives de la concurrence. Cette technique facilite l'amélioration de la performance de l'entreprise. Nous passons de l'organisation qualifiante à l'organisation apprenante, précise Phillippe Zarifian. Ce dernier pose également cette question : *ne s'agirait-il pas plutôt de « gérer et de légitimer des prévisions de réductions d'effectifs » que de gestion des « évolutions de compétences » ?*

A la fin des années 90, nous assistons au développement et à la mobilisation des compétences.

2.2.3 Lier les compétences et la gestion des ressources humaines

Le métier de directeur nous oblige de façon constante à nous ré-interroger sur notre démarche pour appliquer le modèle de la compétence. D'après Guy Le Boterf, lorsque nous abordons la question des compétences, il est indispensable de se poser les trois questions suivantes :

- Quoi ? Nous nous situons dans la gestion des ressources humaines, c'est-à-dire le savoir, le savoir-faire, le choix quant aux outils et méthodes de travail ;
- Pourquoi ? Il convient de veiller à la bonne compréhension des finalités, le bien fondé du travail à accomplir, la reconnaissance de la participation de chacun. C'est le rôle du manager d'y prendre garde ;
- Comment faciliter les actions de chacun ? Pour travailler, sont à prévoir les marges d'autonomie, les formes de coopération et les conditions de travail.

L'entrée dans une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences s'effectue très lentement avec des enjeux pour :

- Les salariés où il est question d'employabilité (concept très ancien, pensé dans une version purement individualiste, pouvant ainsi être dangereuse), la reconnaissance et le développement professionnel ;

- Les employeurs où trois notions sont mises en avant à savoir celle de la performance, celle du transfert des compétences et celle de l'attractivité.

Cependant, ce que je souhaite valoriser ici c'est la dimension collective, interactive, dynamique de l'employabilité, ce qui à mon sens, n'est pas suffisamment appliquée. Certes, les trajectoires professionnelles doivent être nécessairement pensées de nos jours comme étant une responsabilité partagée. Néanmoins, l'engagement individuel demeure tout aussi essentiel. Aline Scouarnec²⁷ vient confirmer ma pensée car elle note : « *Par prospective de soi, nous entendons un dépassement des approches classiques du projet professionnel et une prise de conscience plus forte, par l'individu, de l'ensemble de ses possibles* ». Autrement dit, il s'agit de « rendre possible les possibles », la ligne directrice clairement identifiée dans le projet associatif de l'Adapei des PA.

Reconsidérer une démarche de projet managérial, de projet d'établissement c'est choisir d'aller vers le changement. Cette nouvelle notion oblige nécessairement l'examen des définitions proposées dans la littérature. Par la suite, nous relèverons les difficultés qu'entraîne le changement. Enfin, nous consacrerons un chapitre à la conduite du changement.

2.3 La démarche du changement

Aujourd'hui, le vocable « changement » est régulièrement utilisé dans toutes les organisations y compris dans les structures médico-sociales. Nous en parlons lorsqu'il est question de projet sous toutes ses formes (projet associatif, projet d'établissement, projet de service, projet individuel), d'innovations (appel à projet), d'avancées en méthodologie de fonctionnement (CPOM, GCSMS). Tous ces bouleversements dans notre secteur conduisent à mettre le projecteur sur cette notion.

2.3.1 Définitions de la notion du changement

Nous pouvons partir de la définition inscrite dans le dictionnaire du Larousse indiquant que c'est une action, le fait de changer, de modifier quelque chose, le passage d'un état à un autre. Ce dernier élément vient affirmer que nous nous situons dans un phénomène de mise en mouvement d'un objet, d'un sujet, d'une organisation partant d'une situation A vers une situation B, un processus de transformation. Il n'indique pas cependant si cette modification demeure intentionnelle ou imposée, ce qu'elle implique en termes d'investissements émotionnel, physique, temporel, communicationnel, organisationnel,

²⁷ Scouarnec A., (2009), La prospective des métiers au service des transitions professionnelles : d'une logique du subir à une logique du choisir, *In Education Permanente*, n°181 (p.43)

logistique et budgétaire en référence à l'ouvrage de Johnson²⁸ « *Quand tu changes ce que tu crois, tu changes ce que tu fais* ».

Changer c'est le résultat d'un compromis entre l'action passée et l'action à venir. La seule manière pour moi de voir émerger cette négociation dans ma structure, c'est de partir sur la base de confiance dans les capacités d'adaptation des professionnels sur lesquels je peux m'appuyer. Toutefois, il est indispensable que je retienne non pas les données sur le mythe écrites par Patrick Légeron ²⁹ mais sur la réalité. Ce dernier indique que : « *tout changement implique une adaptation et donc du stress. Le changement est un processus en plusieurs étapes, donc rarement immédiat. Le changement est perçu de façon très subjective et souvent irrationnelle. Paradoxalement, les plus investis ont souvent plus de mal à supporter le changement. Tout changement implique des pertes et donc des regrets* ». Cette réalité doit être en permanence scrutée dans ma mise en œuvre du changement dans mon établissement. L'écoute active est selon moi, un moment de mise en suspens de ce que je pense pour essayer d'écouter l'autre (le résident, le professionnel, le mandataire judiciaire, l'administrateur, l'autorité de tarification, le partenaire). En revanche, ne pas écouter l'autre est une atteinte à sa liberté. Ecouter c'est toujours prendre un risque, un risque de changement.

2.3.2 Problèmes et résistances induits par le changement

L'entrée dans cette démarche nous oblige nécessairement à prendre en compte les différentes tensions pour mieux appréhender le changement.

Pour qu'un changement soit tangible, une modification du système d'actions dans son ensemble doit s'opérer. Nous pourrions dès lors évoquer l'idée d'une transformation concrète à partir :

- des jeux avec, ou bien des règles de jeu susceptibles d'être transformés via l'invention ou l'apprentissage de nouveaux jeux, ou bien des enjeux qui seront modifiés dans leur ensemble ;
- ou de méthodes de régulation permettant l'intégration de toutes les contradictions, les oppositions puis conduisant à un nouveau mode de coopération, d'adhésion.

Michel Crozier et Erharrg Friedberg³⁰ s'interrogent davantage sur l'effet d'une initiative de changement. Ils conduiront leur analyse en deux périodes :

²⁸ JOHNSON S., 2000, *Qui a piqué mon fromage*, Michel Lafon

²⁹ LEGERON P., 2003, *Le stress au travail*, Odile Jacob (p.46).

³⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., 2014, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Points

- le temps de la prise de décision qui est un processus (définir un projet, le préciser, l'arrêter)

La décision est d'abord elle-même systémique c'est-à-dire qu'elle est intrinsèquement liée au processus établi pour préparer cette décision. Il convient donc d'analyser la manière dont la situation est présentée, la façon dont est exposé le problème, le mode de rationalité proposé, quels sont les différents protagonistes, leur appartenance aux groupes impliqués et comment déploient-ils leur stratégie, le mode de régulation du système.

- le temps de la mise en œuvre du changement.

Cet espace temporel doit être compris également de manière systémique car tous les éléments vus plus haut vont continuer à agir durant cette période. Inévitablement, un conflit de rationalité face aux différents groupes naîtra, un mouvement de résistances ou pour garantir les acquis, préserver les habitudes ou pour développer le pouvoir de contrôle de chacun sur les zones d'incertitudes, elles-mêmes se déplacer et être modifiées mais également le contrôle. L'opposition est très active.

Le changement conduit à la transformation des jeux, des modes de régulation, en passant au niveau de sous-systèmes (analyse stratégique des acteurs, on passe par tout un processus, où les acteurs inventent d'autres jeux malgré les contraintes des anciennes règles et bien que les nouvelles règles, ne soient dotées ni d'un certain déterminisme, ni d'un réel volontarisme, c'est le côté systémique qui va primer). Le problème est vu comme un problème sociologique qui favorise l'acteur. Ce sont les hommes qui changent en tant que collectivité et non pas seulement les conditions objectives de leur activité. On a toujours une réponse de la collectivité, une marge de manœuvre dont la collectivité peut disposer et elle garde toujours son autonomie.

En découlent trois postulats qui sont nullement validés par la sociologie systémique mais qui selon moi sont nécessaires à prendre en compte :

- le postulat de cohérence de la structure dans la mesure où les contradictions demeurent toujours présentes et sont même indispensables dans les échanges de manière à atteindre le but.
- le postulat de hiérarchie des éléments. Je considère ainsi qu'il n'y aurait pas d'élément avec un niveau fondamental ayant une primauté absolue sur les autres éléments du système, mais il y pourrait y avoir des éléments qui soient prioritaires, déterminants dans le bon déroulement de l'organisation à une période précise. Une approche méthodologique tout à fait empirique permet la mise en lumière du besoin de hiérarchisation et en fonction des éléments, de l'instant de l'intervention sur le système, nous pourrions voir une sensible modification.
- le postulat d'homogénéité des mécanismes de régulation ou des jeux qui ne sont pas les mêmes dans les différents segments du système.

2.3.3 Croire en la transformation de l'existant

La conduite du changement dans une structure suppose l'atteinte indispensable des quatre objectifs suivants : un plan de communication adapté à tous les acteurs, une compréhension des évolutions par ces derniers en y intégrant obligatoirement un temps suffisant pour l'assimilation, l'adhésion si possible de tous et enfin la participation active du plus grand nombre. Philippe Bernoux³¹ écrit « *le changement dans une organisation, qu'il vienne des mouvements de la société (élévation du niveau des connaissances, transformation des rapports d'autorité, etc.), de contraintes externes (concurrence, innovations, technologies, etc.), qu'il soit impulsé par la hiérarchie ou par la direction, est un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles. Qu'il soit imposé d'en haut, ou de l'extérieur, qu'il soit le résultat de conflits sociaux, il ne peut avoir lieu que s'il y a construction de nouvelles relations. Il est un apprentissage par assimilation de nouvelles régulations, c'est-à-dire de règles au sens large ... Pas de théorie de l'agir ou de l'action sans capacité d'action des acteurs* ».

Je viens précisément indiquer ici que l'existant c'est à la fois les individus qui composent l'organisation que l'objet visé. Il convient de procéder aux modifications en tenant compte de tous les paramètres. En tant que directrice, je dois chercher l'équilibre entre trois éléments:

- une certaine harmonisation c'est-à-dire toujours essayer de construire une réponse collective, faire fédérer les acteurs autour d'une idée commune, un projet collectif ;
- une réelle implication qui demeure une notion relative car il n'existe pas de moyens authentiques de pression ou d'influence. Pour faire en sorte d'impliquer les professionnels, l'outil de management le plus aisé, est de donner à chacun un minimum de responsabilité comme le rôle de référent, de chef de projet. Je pars de ce principe de base qui est la responsabilité avec la règle des 4i. Autrement dit mon collaborateur possède l'information que je n'ai pas, un potentiel d'initiatives, une capacité d'innovation, et est en mesure de s'impliquer ;
- une véritable motivation. Or, je sais que de nos jours, la motivation que je traduis comme un processus dynamique, n'a pas la même signification de la fenêtre de l'employeur qui la met en lien avec la performance, que celle de l'employé qui cherche surtout la satisfaction. Il me paraît intéressant ici de définir la performance qui est le fait de (se) réaliser, (s') accomplir. La satisfaction quant à elle, est un plaisir qui découle de l'accomplissement de ce que l'on désire. En somme, la satisfaction résulte de l'expérience tandis que la motivation se manifeste bien en amont. Dès lors, un professionnel peut être performant sans être pour autant motivé, et à l'inverse un autre peut être très motivé par le projet et non performant. Il convient

³¹ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement*, Seuil (p.11).

donc de prendre surtout en considération la personne, son fonctionnement (sa façon d'appréhender les éléments, sa méthode de conscientisation) mais également le fonctionnement de la structure afin de se rendre compte de la manière la plus juste, de la motivation d'un individu.

Ces trois éléments réunis me permettront d'atteindre l'action organisée définie par Michel Crozier comme étant une action collective obligatoirement structurée pour rendre possible la coopération des acteurs pour la réalisation d'objectifs communs. Cette action organisée est un construit social.

Conclusion de la seconde partie

Nous relevons la dimension du lien social avec l'obligation de considérer les complexités individuelles et collectives, la nécessité de dépasser les peurs, les tensions et le silence en laissant place à la parole de tous, en éduquant à la vie citoyenne et en promouvant l'information et le droit pour tous.

Il convient de penser au développement de la prévention en vue d'un positionnement bien traitant en formant les professionnels à un comportement adapté, en fondant la responsabilité de chacun tout en s'appuyant sur un projet d'établissement, des projets de service et des projets individuels.

L'amélioration de la communication interne et externe demeure un souci institutionnel permanent, nécessaire, pour mieux appréhender les changements imposés par les acteurs extérieurs et l'organisation intérieure.

Le chapitre suivant sera consacré à mon plan d'action visant trois axes d'amélioration de la qualité de la prise en charge du public accueilli.

« La préoccupation du dirigeant est de rechercher l'unité de l'ensemble pour anticiper les difficultés inhérentes à tout changement. Il s'agit en particulier de gérer la tension entre les pôles de la diversité et de la spécificité ».

J. Haeringer et F.Traversaz, Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale

3 ADAPTER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DU FAM BIZIDEKI

Un projet a vocation à ne pas rester figé mais à être en mouvement en fonction de l'évolution du public, de normes réglementaires, de l'environnement.

Mon principal objectif en tant que directrice du FAM c'est d'avoir la capacité d'assumer un présent perturbé, afin que l'intérêt de tous (résident, professionnel, famille, association) soit préservé. De ma place de dirigeante, il s'agit de donner du sens au travail réalisé par les équipes de la structure. Autrement dit, ce qui relève en partie du Projet d'Etablissement (PE), c'est s'ancrer dans la pensée réflexive institutionnelle. C'est aussi donner un sens, une direction, mieux encore c'est aller de l'avant c'est-à-dire savoir vers quoi je souhaite que les acteurs de la structure tendent. Mon rôle c'est d'avoir les pieds dans le présent et les yeux dans le futur. Enfin, à mon sens manager, c'est harmoniser, et motiver.

Je propose dans cette troisième partie d'adapter le projet d'établissement du FAM Bizideki en agissant sur trois axes. Le premier consiste à accompagner le résident de manière plus individualisée, le deuxième à lier le management par la compétence et le management des compétences, et le troisième à mesurer l'impact du projet avec les outils de la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Ce plan d'actions s'appuie sur la représentation de la performance de Jean-Luc Joing³² à savoir les quatre **Pr** : « **Prévoir, Pratiquer, Prouver, Progresser** ». Une telle programmation ne peut s'accomplir sans une organisation structurée dans le temps, des professionnels disponibles pour la réaliser et la rendre active. Pour ce faire, il a été créé au printemps 2010 une instance appelée « communauté qualité » sous mon impulsion au sein du FAM Bizideki. Au préalable, la Direction Générale de l'Adapei des PA a souhaité réactiver la qualité au sein des 38

³² JOING J.-L., 2011, *Former les responsables « Qualité-Ethique-Performance » du secteur médico-social*, Paris : L'Harmattan (p.40)

Etablissements et Services Médico-Sociaux appartenant à l'association, ou sous mandat de gestion. Pour cela, une commission qualité a vu le jour animée par la Directrice du Département Veille et Développement. Elle réunit quelques directeurs d'établissement ou service de l'Adapei des PA et l'ensemble des animateurs qualité de ses structures. Chaque établissement ou service a un ou des animateurs de qualité, selon la taille de l'établissement. L'objectif visé est que l'ensemble des acteurs de l'Adapei des PA évolue dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, en utilisant des bases réglementaires, techniques, administratives (et autres), communes.

Au FAM « Bizideki », l'instance est composée de la directrice, de la chef de service, de l'Animatrice Qualité (AQ) et des deux chefs de projets-qualité, ayant pour mission d'écrire (et réécrire) les PE et l'arborescence qualité à trois niveaux à savoir le protocole, la procédure, l'instruction. Elle a pour rôle dans cette action de veiller à l'adéquation entre les plans d'actions de chaque PI et le PE. Elle se réunit en général deux mercredis après-midi par mois avec un ordre du jour annuel bien établi. Toutefois, le contenu des réunions ou le calendrier peuvent être modifiés en fonction de l'actualité institutionnelle, associative (Adapei 64), ou réglementaire. A titre d'exemple, au cours de la période de la réécriture du nouveau PE, les membres de la communauté qualité se sont réunis une à deux fois par semaine. L'Animatrice Qualité du FAM Bizideki est également monitrice éducatrice au service de l'externat de l'établissement. Elle est nommée par la directrice après appel à candidatures, puis après un entretien réalisé avec la chef de service et la directrice. Elle consacre un tiers de son temps hebdomadaire à la qualité. Elle a pour missions de :

- préparer en collaboration avec la directrice et la chef de service l'ordre du jour des réunions de la communauté qualité ;
- animer ses réunions (ou autres);
- soumettre aux autres membres de l'instance des procédures, des protocoles et des instructions liés à la qualité ;
- réaliser la veille juridique ;
- procéder à la bonne communication à l'ensemble des acteurs du FAM Bizideki de toutes les informations liées à la qualité en s'appuyant sur des supports adaptés à tous ;
- être force de proposition en terme de méthodologies de travail ;
- participer aux formations liées à la qualité ;
- participer aux réunions organisées par la directrice du Département Veille et Développement.

Les chefs de projet sont nommés par la directrice et la chef de service après appels à candidature. Leurs missions sont les suivantes :

- participer à toutes les réunions liées à la qualité au sein de la structure ;
- lire en amont les procédures, les protocoles, les instructions en vue de leur correction et leur approbation avant validation par la directrice.
- animer des groupes de travail liés au PE, et autres.

Il est également prévu dans l'organisation institutionnelle, que les mardis après-midi soient consacrés à des temps de travail d'équipe (réunions d'équipes, groupes projets), et cela, de 12h30 à 17h30. Ainsi, durant ce temps, les activités proposées aux résidents par les encadrants, se déroulent au sein de la structure en petit groupe. Toutefois, des intervenants extérieurs tels que la médiatrice animale, la coiffeuse, la kinésithérapeute viennent renforcer les effectifs d'encadrement et offrent aux usagers des prises en charge individualisées.

C'est en partie grâce à ce système organisationnel, qu'il est possible de réaliser le plan d'actions qui va suivre et de maintenir une prise en charge correcte à chacun des résidents.

3.1 Le choix d'un accompagnement plus individualisé

Tout d'abord, j'ai procédé avec mon équipe pluridisciplinaire à l'évaluation interne de l'établissement de septembre 2012 à mars 2013 à l'issue de laquelle s'est dégagé un rétroplanning des plans d'amélioration. Durant cette même période, l'ARS a réalisé un contrôle inopiné au FAM, le SROSM a été mis en place. Quelques résultats de ce plan sont déjà apparus.

3.1.1 Passer de la prise en charge collective à l'individualisation

La recommandation ANESM de Novembre 2009³³ vient préciser : « *Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement conduit à se situer dans une approche complexe des interactions qui lient individu, groupe (s) et société, en envisageant les tensions entre l'individuel et le collectif non pas dans une dimension bipolaire d'opposition mais bien dans leur articulation* ». Spontanément l'individu apporte ses complexités. Notre rôle en tant qu'acteur professionnel sera de chercher à œuvrer dans la clarté. Il est nécessaire de créer les conditions du lien en n'oubliant pas que nos mots (communication digitale) et nos gestes (communication analogique) ont besoin de nous, pour prendre du sens. Cette posture prend d'autant toute sa place lorsque la réalité de

³³ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Novembre 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (p.11).

l'accompagnement de certaines personnes atteintes de déficiences multiples dans notre établissement met en lumière les difficultés pour ces usagers à pouvoir comprendre une consigne et donc de décider par la suite.

Jean-Pierre Boutinet³⁴ indique très clairement dans son ouvrage que :

« Parler ici de projet individualisé encore dénommé projet personnalisé et non de projet individuel, c'est prendre acte de l'incapacité observée de la personne d'élaborer pour elle-même un projet, c'est donc reconnaître sa posture de hors projet et pour les professionnels prendre le risque de penser pour autrui empêché, un projet de substitution, projet risqué dans la mesure où peuvent se manifester tous les abus de pouvoir possibles. Un professionnel référent en étroite collaboration avec un collectif d'accompagnement assumera alors la responsabilité de penser le devenir problématique de la personne handicapée, en délimitant son projet individualisé, en le validant, voire en le repositionnant de temps à autre, en évaluant ses résultats et en veillant à sa poursuite ou à sa réorientation ».

L'équipe pluridisciplinaire du FAM Bizideki apportera une attention particulière à la prise en compte des caractéristiques et potentialités individuelles de chacun des résidents.

Leur accès dans l'établissement implique une prise en compte des besoins et caractéristiques de chacun d'eux ; offrir donc au plus tard dans les deux mois qui suivent l'admission de l'usager un pré-projet individuel demeure primordial. Nous restons attentifs à leurs difficultés qui peuvent se révéler sous des multiples formes ou manifestations de leur souffrance. Celles-ci peuvent entraîner au cours des activités ou prises en charges dans le quotidien, des situations de blocage, de désordre, de montée des tensions, des troubles de comportement sévères, des déviances ou de la violence. Nous prenons en compte également leurs différences marquées par leur histoire culturelle, leur origine sociale, leurs problématiques, leur religion ... Les réponses éducatives et thérapeutiques tendront à allier l'adaptation à la personne et celle de la vie collective.

Notre première action aura un double objectif:

- 1- Utiliser le collectif comme levier dans le développement des compétences individuelles de chaque résident ;

³⁴ BOUTINET J.-P., 2012, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF (p.96).

- 2- Respecter l'espace privé des résidents (il ne faut surtout pas oublier que nous rentrons chez eux) en veillant à toujours leur porter un regard attentif et bienveillant.

Pour suivre le bon déroulement de l'action, je constituerai un groupe projet avec l'ensemble des acteurs à savoir les résidents, les professionnels, les familles/bénévoles/mandataires judiciaires, les partenaires.

La responsable de projet sera la chef de service éducatif et s'appuiera sur les moyens existants ou à inventer c'est-à-dire :

- les projets (activités, pavillons, individualisés) ;
- la mise en place de sonnettes, de manière à informer et à présenter au collectif des visites éventuelles.
- la transmission adaptée aux résidents des décisions prises au CVS, des dates et sujets de réunions parents/professionnels, des comptes rendus des réunions de groupe d'expression, des comptes rendus des commissions-menu, des comptes rendus des réunions du comité des fêtes. Il s'agira pour les professionnels de veiller à ce que cette communication soit appropriée à la capacité de compréhension de chaque usager. Ils pourront s'aider des pictogrammes, des dessins, d'images, d'écrits mis à disposition ou à créer ;
- les formations, les colloques sur ce thème à réaliser.

L'échéancier pour cette action est fixé à 2019, avec une évaluation annuelle durant ces cinq ans avec obligation de réajustement des objectifs si besoin. Des observations écrites seront consignées dans le classeur « Évaluation externe », et sur le réseau informatique dans le « dossier Qualité ».

Les indicateurs d'évaluation des résultats déjà obtenus, sont les suivants :

- des projets ont été mis en place ;
- le nombre de comptes rendus des différentes réunions, des CVS, réalisé systématiquement ;
- le contenu de ces comptes rendus cités ci-dessus
- la mise en place des sonnettes,
- les retours des résidents en réunion d'expression ;
- des formations et colloques sur le thème de l'individualisation de la prise en charge ont été effectués et des retours sur formation ont été élaborés.

3.1.2 Evaluer les besoins d'accompagnement en fonction de l'évolution de la personne accueillie

Il s'agit de ré-interroger le contenu des plans d'action des projets individualisés des résidents en prenant en compte l'évolution de leur pathologie et /ou leur vieillissement.

Cette action vient bousculer les habitudes notamment celles des équipes éducatives qui depuis de nombreuses années élaboraient des plans d'actions à dimension strictement éducative. Aujourd'hui, elles doivent changer leurs habitudes et apprendre à travailler avec notamment les infirmières. De même, les infirmières doivent s'intéresser davantage au projet individuel des résidents à travers de la contribution active.

Il convient aussi de penser multi-compétences, ainsi cela conduit vers une meilleure connaissance de l'environnement professionnel des collègues des autres services. Dès lors, cela contribue à des propositions d'accompagnement de la personne accueillie plus ouvertes (nouveau, diversité).

Pour atteindre cet objectif, en tant que pilote j'ai relevé sept actions :

- Action 1. Faire l'analyse de l'ensemble des évaluations des plans d'actions des PI des cinq dernières années (2010 à 2014) faite par les trois ES Coordonnateurs
- Action 2. Organiser une réunion d'information des résultats d'analyse et échanges avec l'ensemble des acteurs concernés
- Action 3. Transmettre les calendriers des préparations des plans d'action, des dates de synthèses et d'évaluation des plans d'actions des PI de 2015 au personnel paramédical
- Action 4. Prévoir que chaque ES coordonnateur d'hébergement organise désormais un temps d'échanges et de prise d'informations auprès chaque acteur du service paramédical avant la réunion de préparation PI
- Action 5. Intégrer dans le plan d'action des PI obligatoirement des objectifs opérationnels liés au soin pour les résidents qui le nécessitent
- Action 6. Organiser à chaque fois que ce sera nécessaire à toutes les étapes (préparation PI, synthèse PI, évaluation PI), la présence systématique au moins d'une des IDE, la lecture de façon automatique de la synthèse réalisée par la psychomotricienne (cette dernière n'étant présente que le vendredi dans l'institution et les réunions se déroulant soit le lundi, soit le mardi)
- Action 7. Réactualiser la procédure PI en y intégrant ces nouvelles étapes et la participation de l'ensemble de l'équipe paramédicale.

Les principaux acteurs que nous rencontrerons dans cet objectif de travail seront : la directrice, la chef de service, les infirmières, la psychologue, la psychomotricienne, les trois Educateurs Spécialisés Coordonnateurs d'hébergement et autres personnels d'encadrement, la Communauté qualité. Deux modalités de réalisation seront retenues : la première consistera à créer des temps d'échanges avec les différents acteurs et la deuxième permettra l'élaboration des plans d'action des PI adaptés à l'usager et à son évolution. Les moyens utilisés pour y répondre seront à la fois : l'entretien individuel adapté avec chacun des résidents, réalisé par l'Educateur Spécialisé- Coordonnateur d'hébergement, les réunions de préparation de plan d'action des PI des résidents, les synthèses PI des résidents ; les réunions d'évaluation des plans d'action des PI des résidents.

Le rythme retenu est le suivant :

- 2 à 3 réunions de préparation de plan d'actions des PI par mois
- 2 à 4 synthèses PI par mois
- 2 à 3 réunions d'évaluation de plans d'actions par mois

Enfin, nous ne pouvons omettre les critères d'efficience avec d'une part, les indicateurs de résultats au nombre de trois à savoir :

- le nombre de comptes rendus des réunions de préparation de plan d'action des PI des résidents,
- le nombre de comptes rendus des synthèses PI des résidents,
- le nombre de comptes rendus de réunions d'évaluation des plans d'action des PI des résidents.

Et d'autre part, nous vérifierons les effets attendus au niveau qualitatif :

- concevoir des plans d'actions de PI adaptés à l'évolution des pathologies et au vieillissement des usagers
- personnaliser l'accompagnement dans les gestes du quotidien (recommandation ANESM-Qualité de vie en MAS-FAM, volet 2)
- favoriser le confort physique et psychologique des personnes (recommandation ANESM-Qualité de vie en MAS-FAM, volet 2)

Les indicateurs quantitatifs sont les suivants :

- le nombre de PI adaptés à l'évolution des pathologies et au vieillissement des usagers, validés lors des synthèses
- le nombre de plans d'actions de PI adaptés à l'évolution des pathologies et au vieillissement des usagers, évalués dans l'année.

3.1.3 Une feuille de route de management de projet inscrite sur l'agenda associatif

Joseph Haeringer et Fabrice Traversaz ³⁵ écrivent « *l'ensemble de ces mutations interroge les conditions de l'engagement démocratique des associations sur le registre des nouvelles questions sociales en même temps qu'elles déstabilisent puis déplacent les représentations comme les formes d'actions héritées. Corrélativement, elles engagent l'action dirigeante dans une dynamique d'adaptation de ses associations aux enjeux contemporains d'une nouvelle proximité à tisser avec la demande sociale* ».

C'est en m'appuyant sur les orientations du projet associatif³⁶, et compte tenu des difficultés actuelles du Conseil d'administration d'Autisme 64-ATGDPA, que j'ai constitué ma feuille de route de management. Les objectifs fixés à l'orientation 6 intitulée « *Préserver la capacité de l'association à innover* » indiquent la nécessité de préserver et consolider une gouvernance associative efficace, et de maintenir une attitude prospective. Je tente à travers différentes rencontres avec le Président de l'association Autisme 64-ATGDPA d'attirer son attention sur cette dimension politique. Je saisis l'opportunité des rapports de l'ARS, des évaluations interne et externe pour l'alerter. Mais ce travail sera vain car le Président et son bureau ne sont mobilisés que par l'unique but, le changement de mandataire de gestion.

L'orientation 9 « *Proposer, diversifier et adapter les offres de services en s'appuyant sur l'expertise des acteurs Établissements FAM-MAS* » constituera mon principal support technique à travers les quatre objectifs suivants :

- Prendre en compte l'évolution et les attentes des publics accueillis.
- Développer et diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement
- Améliorer et diversifier les compétences du plateau technique
- Développer et enrichir les coopérations inter institutionnelles et inter culturelles

L'Évaluation du PE 09-14 (**annexe 7**) vient poser le point de départ de ma réalisation. C'est le réel bilan de mes cinq dernières années de travail de modélisation effectué avec mon

³⁵HAERINGER J., TRAVERSAZ F. (dir.), 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Dunod (p.16)

³⁶Adapei des PA, Projet associatif 2014-2019, *Une association apprenante ! Pour rendre possible les possibles*

équipe pluridisciplinaire, entraînant une vraie satisfaction, mais avec une réalité qui pointe le nez avec des axes de progrès significatifs.

Jean-Pierre Boutinet ³⁷ apporte un éclairage pertinent dans ma démarche managériale que je souhaite souligner ici :

« L'une des particularités du concept de projet est que se jouent en son sein deux ordres continuellement enchevêtrés, l'ordre du discours chargé d'explicitier, de décrire, de prescrire, l'ordre de l'action qui engage les intentions sans une planification et une mise en pratique pour réaliser c'est-à-dire bousculer la réalité. Ce sont ces deux ordres qu'il nous faut simultanément prendre en compte, chacun dans sa singularité afin de déterminer les conditions qui nous permettent de passer itérativement de l'un à l'autre » (p. 303).

Le Plan d'amélioration de l'Évaluation externe de juillet 2014 (**annexe 8**) me permettra de construire ma feuille de route de 2015 à 2019. En effet, neuf items ont été relevés par les évaluateurs externes nécessitant un travail de réduction des écarts :

- la dynamique qualité ;
- la gestion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- le projet d'Établissement ;
- les objectifs de l'accompagnement ;
- le pilotage de l'Établissement et des activités ;
- le cadre de vie ;
- l'accompagnement ;
- l'accompagnement de nuit ;
- la sécurité, la prévention et la gestion des risques.

3.2 Lier le management par la compétence et le management des compétences

La notion de compétence fait l'objet de bon nombre de parutions dans le monde du travail y compris dans notre secteur notamment lorsque sont évoqués les référentiels métiers, les fiches de postes, les fiches de fonction, les fiches-métiers. Mais, rares sont les fois où il est question de management par la compétence. Cette notion n'est pas à confondre avec la gestion des compétences. La gestion des compétences a pour but

³⁷BOUTINET J.-P., 2012, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF

de diminuer l'écart entre les compétences recherchées par les postes de travail et les compétences acquises ou en cours d'acquisition par leurs titulaires.

Lorsqu'il s'agit de management par les compétences, nous devons écarter les compétences recherchées par les postes de travail, mais se focaliser principalement sur les compétences acquises ou en cours d'acquisition par les individus. Ainsi, nous sommes face à deux processus qui sont totalement opposés.

Guy Le Boterf ³⁸ nous donne une définition imagée en écrivant :

« La compétence requise est à la partition musicale ce que la compétence réelle est à son interprétation. Une partition comporte des règles, des rythmes, des mesures (...). Elle est de l'ordre du prescrit. L'interprétation respecte les règles mais ne se réduit pas à leur application mécanique. Le talent du musicien ou de l'orchestre intervient. La compétence requise c'est la partition ; ce sont les règles ou les critères qu'il faut respecter. La compétence réelle, c'est l'interprétation ou l'improvisation ».

J'adhère à une certaine forme de culture de la mise en mouvement du parcours du professionnel. Pour y parvenir, il m'a semblé indispensable de créer un processus de construction de pôles de stabilité au nombre de trois :

- La structure
- Le métier
- Le territoire d'intervention

L'équipe de direction du FAM Bizideki (la chef de service et moi-même) s'est arrêtée principalement ces quatre dernières années sur le parcours et l'accompagnement de l'équipe de nuit composée de quatre surveillants de nuit certifiés et d'une aide-soignante de nuit diplômée. Les entretiens professionnels annuels ont révélé chez trois d'entre eux, à travers l'exposé qu'ils faisaient de leur intervention de nuit auprès des usagers, qu'ils les accompagnaient bien au-delà de leurs missions. Cela démontrait qu'ils avaient au fil du temps acquis de nouvelles compétences recherchées de temps en temps dans les offres d'emploi de l'établissement. Les possibilités de recrutement en interne au sein de la structure étaient envisageables, pour ces professionnels. L'une était dans une réelle volonté de changer de métier, à savoir devenir aide médico-psychologique et travailler de jour. Elle avait entamé une démarche de VAE-AMP où elle avait échoué à deux reprises. Je l'ignorais car elle ne souhaitait en parler à personne. Je compris à travers l'entretien qu'elle n'avait pas bénéficié d'accompagnement et je le lui ai donc suggéré. Elle a donc

³⁸ LE BOTERF G., 2014, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6^{ème} éd., Eyrolles(p.205)

accepté et est inscrit aujourd'hui dans une VAE-AMP avec un accompagnement du Dispositif de Soutien de Branche. Cette salariée possède également l'attestation de réussite de maîtresse de maison. Elle avait jusqu'ici un temps partiel de surveillante de nuit. Il y a trois ans, j'ai transformé un poste d'aide cuisinière à temps partiel en poste de maîtresse de maison à temps partiel. En m'aidant des services juridiques de la FEGAPEI, j'ai pu offrir à cette professionnelle un changement de territoire d'intervention de manière partielle. Cette nouvelle proposition de poste a été validée par l'inspecteur du travail. Elle dispose de multiples compétences qui favorisent à la fois ses possibilités de formation, un plein emploi, la conciliation entre son travail et sa vie privée.

Deux autres surveillantes de nuit sont particulièrement intéressées par la question du vieillissement des personnes accueillies au FAM Bizideki et de leur prise en charge notamment la nuit. Depuis deux ans, non seulement elles sont parties en formation en choisissant ce thème (elles n'avaient jamais demandé de formation) mais elles participent activement aux travaux institutionnels sur cette question. Cet intérêt facilite le travail pluri-services et nous permet plus aisément d'aborder notre questionnement dans son entièreté.

3.2.1 L'organisation à l'épreuve du changement

Je favorise une démarche réflexive, communicationnelle, informative axée sur l'évolution du public. En effet, en m'appuyant sur les orientations 10 et 11 du schéma départemental autonomie 2013-2017), je relève deux objectifs :

- le premier qui est d'offrir aux personnes en situation de handicap vieillissantes et ou subissant une évolution de leur pathologie, un service, un accompagnement de qualité ;
- le second qui est d'échanger sur sa pratique pour encore mieux prendre soin seront les effets attendus.

Pour y parvenir, huit actions seront programmées et j'en serai le pilote :

- Action 1 : Mettre en place au sein de la structure un groupe de travail « évolution des pathologies et vieillissement de la population ». Etablir une note d'appel à candidature pour la composition du groupe de travail, ouvert à tous les services y compris les services généraux (environ 10 personnes). Faire une note d'information précisant le nom des personnes retenues et les dates de réunion du groupe de travail. Favoriser l'expression de tous autour de cette action garantissant un espace dédié aux opinions individuelles et collectives.

- Action 2 : Contacter et rencontrer des partenaires (EHPAD, FAM, MAS) afin de leur faire part de notre projet
- Action 3 : Proposer aux professionnels volontaires une immersion d'une demi-journée ou une journée dans un EHPAD, ou dans un FAM spécialisé dans l'accompagnement de personnes vieillissantes atteintes d'autisme, ou dans un FAM accueillant uniquement des personnes vieillissantes, ou dans deux MAS.
- Action 4 : Introduire dans le nouveau PE 2015-2020 ces deux nouveaux éléments à savoir : évolution des pathologies – vieillissement de la population et le changement dans l'accompagnement
- Action 5 : Adapter le plan de formation en fonction de ces évolutions (voir plan de formation 2015)
- Action 6 : Mettre en place des temps d'analyse des pratiques
- Action 7 : Organiser la rencontre annuelle parents/professionnels sur ce thème
- Action 8 : Embaucher parmi les nouveaux salariés des Aides-Soignants

Les principaux acteurs que j'impliquerai dans cet objectif de travail seront : la directrice, la chef de service, la Communauté qualité, la secrétaire, les autres personnels, les partenaires.

Trois modalités de réalisation seront retenues à savoir la création des espaces de partage de savoir-faire mais également servant de lieux où le personnel peut lever des doutes, des inquiétudes, la création des temps d'échanges avec les différents partenaires et la promotion de la pluridisciplinarité. Pour y parvenir, nous utiliserons les moyens tels que les réunions groupe de travail « évolution des pathologies et vieillissement de la population », la Communauté qualité, la note d'appel à candidature, la note d'information, la réunion analyse des pratiques, la réunion annuelle parents/professionnels, la demi-journée ou journée d'immersion dans les autres établissements et les recrutements.

Il s'agira également de suivre le calendrier suivant :

- une réunion tous les deux mois du groupe de travail « évolution des pathologies et vieillissement de la population » de janvier 2015 à décembre 2016 (nous réaliserons un bilan fin 2016 afin de voir la pertinence ou non d'une continuité)
- une réunion d'analyse des pratiques par mois d'une durée d'une heure et demi par groupe (prévoir quatre groupes de 9 personnes car 36,2 ETP et la participation de l'ensemble du personnel est souhaitable)
- la préparation et la validation du plan de formation 2015 entre septembre et décembre 2014
- des demi-journées ou journées d'immersion étalées sur l'année 2015

- l'inscription du thème dans le nouveau PE (réécriture dernier semestre 2014)
- la réunion annuelle parents/professionnels au cours du premier trimestre 2015

Je souhaite mesurer l'efficacité de cette action. Nous nous servirons des indicateurs de résultat suivants :

- le nombre de comptes rendus des échanges avec les partenaires
- le nombre de comptes rendus des réunions du groupe de travail « évolution des pathologies et vieillissement de la population »
- l'introduction de l'évolution des pathologies – du vieillissement de la population et du changement dans l'accompagnement dans le PE 2015-2020
- le plan de formation 2015
- la mise en place de l'analyse des pratiques
- l'offre d'emploi comportant le poste d'Aide-soignant

Nous nous appuierons sur les indicateurs quantitatifs suivants :

- le nombre de réponses à l'appel à candidature pour participer au groupe de travail
- le nombre de demandes de formation sur ce thème (évolution des pathologies et vieillissement)
- le nombre de demandes pour participer à la démarche d'immersion dans les établissements cités précédemment
- la présence régulière de tous les acteurs à toutes les étapes de travail
- la nature et qualité des échanges : résistances silencieuses (passivité), résistances actives et adhésions
- le nombre de participants (familles/ mandataires judiciaires) à la réunion annuelle parents/professionnels
- le nombre de nouveaux salariés ayant le diplôme d'Aide-Soignant.

3.2.2 L'introduction du projet de soin dans le projet d'établissement

L'objectif ici est de garantir un accompagnement de qualité et sécurisé en intégrant le Projet de Soins (PS) dans le Projet d'établissement. Cette perspective d'amélioration se réalisera à partir de six actions et j'y veillerai en tant que pilote:

- Action 1. Organiser une réunion institutionnelle où il s'agira d'expliquer les raisons d'une démarche en binôme (les 2 directeurs des 2 FAM) de la pré-écriture du PS en janvier 2013 à l'ensemble des acteurs concernés, de présenter le PS préétabli aux participants avec un power point comme support et de relire les

recommandations n°7 et n°8 de l'ARS suite à leur contrôle inopiné de mars 2013
(rapport reçu en juillet 2013) indiquant la nécessité d'introduire le PS dans le PE et la mise en place du dossier de soin informatisé de l'usager au sein de la structure

- Action 2. Organiser un groupe de travail sur le PS : au préalable il faudra faire une note d'appel à candidature pour la composition d'un groupe de travail, de trois représentants de l'équipe d'accompagnement (1 par pavillon) avec la précision que la présence des autres acteurs est indispensable ; faire une note d'information précisant le nom des personnes retenues et les dates de réunion du groupe de travail ; favoriser l'expression de tous autour de cette action garantissant un espace dédié aux opinions individuelles et collectives ; travailler sur le passage de dénomination du « service éducatif » vers celui de « service d'accompagnement » dans le but de l'intégrer dans le PS et le nouveau PE et enfin définir et valider les grands objectifs du PS
- Action 3. Ecrire le PS (réalisé par les membres de la communauté qualité)
- Action 4. Transmettre le PS au groupe de travail pour lecture et commentaires puis échanger avec les membres du groupe du travail et valider le PS
- Action 5. Présenter les grands objectifs détaillés du PS avec comme support un power point) à l'ensemble du personnel et inciter le professionnels d'accompagnement à prendre connaissance de l'entièreté du PS lors de leur temps de préparation
- Action 6. Insérer le PS dans le nouveau PE 2015-2020 après avis du CVS puis validation du Conseil d'Administration

Les acteurs varient ici selon l'action :

- Acteurs des action 1 et 5: Directrice et tout le personnel du FAM
- Acteurs des action 2 et 4 : Directrice, Chef de service, le médecin psychiatre référent, les IDE, la psychologue (et chef de projet-qualité), la psychomotricienne, le personnel d'accompagnement, l'animatrice qualité et l'Educatrice Spécialisée (et chef de projet-qualité)
- Acteurs des action 3 et 6 : Communauté qualité

Nous retiendrons les deux modalités suivantes : la création d'un échange interactif et la veille à la bonne connaissance des grands objectifs du PS par l'ensemble du personnel.

Seront mis à disposition de l'équipe les moyens suivants : des réunions institutionnelles, la création d'un groupe de travail du PS, la Communauté qualité, la note d'appel à candidature, la note d'information.

Je respecterai la procédure de validation habituelle à savoir la présentation du PS au

CVS pour avis, puis sa présentation au Conseil d'Administration pour validation. Après cette procédure, je l'intégrerai au PE.

Nous suivrons le calendrier suivant :

- première réunion institutionnelle le 15 septembre 2014
- réunions du groupe de travail du PS (les 30 septembre, le 7- 9 et 14 octobre 2014)
- réunion de la communauté qualité (2 demi-journées par semaine entre le 15 octobre et le 7 novembre 2014)
- dernière réunion du groupe de travail du PS le 18 novembre 2014
- seconde réunion institutionnelle le 24 novembre 2014

La lecture et avis du CVS de la totalité du PE s'effectuera courant premier trimestre 2015. La transmission de la totalité du PE au Conseil d'administration après passage au CVS se réalisera, courant premier trimestre 2015.

L'évaluation des actions sera examinée en nous appuyant sur les indicateurs de résultat (les comptes rendus de la réunion institutionnelle, les comptes rendus des réunions du groupe de travail, les comptes rendus des réunions de la communauté qualité, le compte rendu du CVS (premier trimestre 2015), le PV du Conseil d'Administration (premier trimestre 2015), sur les effets attendus (répondre aux recommandations n°7 et n°8 de l'ARS suite au contrôle inopiné, s'inscrire dans une démarche de bientraitance (objectif opérationnel n°7 du SROSM 2012-2016), prendre davantage la dimension du soin qu'impose un Foyer d'Accueil Médicalisé) et les indicateurs d'effets (la présence régulière de tous les acteurs à toutes les étapes de travail, la nature et la qualité des échanges : résistances silencieuses (passivité), résistances actives et adhésions, l'appréciation du climat social durant ces deux mois et demi (questions lors des réunions des DP, taux d'absentéisme))

D'autres actions et outils ont été réalisés tels que l'audit du Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN). Cette auto-évaluation (**annexe 9**) sur la maîtrise des risques infectieux FAM et MAS a été effectuée le 08 janvier 2014 avec une participation pluri-professionnelle (les IDE, un éducateur spécialisé-coordonnateur, une aide-soignante, une aide médico-psychologique, l'animatrice qualité, une surveillante de nuit, un agent de services intérieurs, la chef de service et moi-même). Cette action a contribué à l'amélioration continue de la qualité dans le domaine des procédures liées au soin.

Après cet audit la procédure de distribution des médicaments (**annexe 10**) déjà élaborée a été revisitée et la procédure de circuit des déchets (**annexe 11**) a été réalisée. La procédure de circuit du linge propre et sale est cours d'élaboration.

3.2.3 Les instances existantes au FAM Bizideki qui créent du lien

Le Conseil de vie sociale offre un espace de dialogue entre représentants élus des résidents, les représentants élus des familles, le représentant du Conseil d'administration, les représentants du personnel, le maire de Larceveau et moi-même. Cependant, trois représentants des usagers sont membres également de la commission menus. C'est une instance composée de ces derniers, trois membres du personnel, notre partenaire SODEXO (le cuisinier et le responsable de secteur) et moi-même. Elle se réunit une fois par trimestre. Cette commission a pour objet principal de débattre sur la qualité des menus et d'y faire des propositions d'amélioration. Par ailleurs, trois autres représentants d'usagers participent au comité des fêtes avec des professionnels missionnés pour programmer et animer les manifestations festives à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Enfin, une fois par mois, les usagers et l'équipe d'encadrement de chaque lieu de vie se réunissent durant 30 mn à 1h pour échanger sur les actions fixées annuellement dans le projet de pavillon (lieu de vie) et les difficultés rencontrées dans la collectivité. Enfin, au moins une fois par an, un questionnaire de satisfaction leur est présenté avec des sujets soient généraux, soient sur des thèmes précis afin d'obtenir leur avis.

Les représentants des familles, participent activement au CVS tout comme les usagers. Un questionnaire de satisfaction (**annexes 12**) leur est envoyé avec des sujets soient généraux, soient sur des thèmes précis afin de recueillir leur avis. Enfin, une fois par an, au cours du premier trimestre, l'ensemble des familles est reçue lors d'une rencontre intitulée « réunion parents-professionnels » d'une durée de 2h, dans laquelle des échanges ont lieu sous des thèmes et un ordre du jour préalablement établis, transmis un mois avant, aux familles

Le personnel de l'établissement est représenté par deux titulaires et deux suppléants élus pour quatre ans. Conformément au Code du Travail en vigueur, les réunions ont lieu une fois par mois durant 2h. Ils sont consultés chaque année au cours du mois de novembre pour avis au plan de formation. Depuis 5 ans, l'équipe de direction va bien plus loin que la nouvelle réglementation, en offrant à chaque salarié de l'établissement un entretien d'évolution professionnelle entre le 1^{er} juillet et le 31 août chaque année. Cela permet au collaborateur et au supérieur hiérarchique de faire le point sur l'année écoulée et de

préparer aussi le plan de formation de l'année avenir. A l'unanimité, selon les retours des représentants du personnel, cet espace-temps est très apprécié par l'ensemble des collaborateurs.

3.3 Mesurer l'impact du projet avec les outils de la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge

L'équipe pluridisciplinaire contribue de façon active à la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge qui se construit sur la base du référentiel qualité de l'Adapei « Engagement de Service » intitulé « ACCOMPAGNER POUR INSERER ».

Ce document se présente comme un guide de bonnes pratiques et un outil d'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services de l'association sur la base de dispositions organisationnelles précises étendues sur 8 domaines sous forme d'engagements :

1. nous facilitons l'intégration des personnes par des mesures d'accueil et d'admission adaptées ;
2. nous respectons les personnes accueillies dans leurs droits, leur dignité et leur intimité ;
3. nous accompagnons chaque personne dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de son projet individuel ;
4. pour assurer le confort des personnes, nous appliquons des mesures de soin, d'hygiène et de sécurité ;
5. pour un meilleur accompagnement des personnes, le personnel de l'établissement est régulièrement formé ;
6. afin de mieux répondre aux attentes des personnes accompagnées et/ou de leur famille, nous les invitons à donner leur avis sur l'établissement ;
7. notre gestion administrative permet la réalisation du projet d'établissement.
8. nous appliquons un projet d'établissement qui définit des objectifs et des moyens adaptés aux personnes accueillies.

Le chapitre 7 du PE intitulé « Diagnostic et orientations d'évolution » développe les axes de travail choisis par l'ensemble des professionnels du FAM Bizideki durant le quinquennat. Chaque début d'année civile, j'organise une réunion institutionnelle dans laquelle je rappelle tout d'abord les grandes orientations, et celles choisies l'année précédente. J'expose ensuite le bilan en précisant les résultats positifs mais également les manquements institutionnels et les marges de progrès. Par la suite, je fixe pour la nouvelle année les objectifs à atteindre, la méthodologie employée et le rétro-planning. Chaque année dans la première quinzaine de septembre, une seconde réunion institutionnelle a lieu, afin de

présenter un état des lieux des actions déjà menées durant les huit premiers mois et le travail restant à produire.

3.3.1 L'analyse des enquêtes de satisfaction des personnes accueillies et de leurs familles et/ou mandataires judiciaires

Les questionnaires ont été présentés en **annexes 12**. Le questionnaire pour les personnes accueillies a été élaboré par les membres du COPIL en prenant soin de favoriser la compréhension des résidents : les trois questions rédigées dans un langage simple ont été illustrées avec des photos ou pictogrammes. Pour les usagers n'ayant pas accès à ces modes de communication symbolique, des objets réels, au plus proche du concret, ont été présentés (ex : tensiomètre pour illustrer les soins prodigués aux usagers).

L'ensemble du personnel a été sollicité afin de recueillir les avis des 27 résidents. Le tri des questionnaires remplis, exploitables ou non, a été réalisé par le COPIL. Il est à noter que malgré l'effort d'adaptation des supports, la compréhension de la totalité des questions n'est pas accessible à l'ensemble des usagers. De plus, la formulation des questions a parfois été modifiée par des professionnels, ce qui vient biaiser les résultats obtenus. Le choix du COPIL a été de ne pas retenir les questionnaires concernés. Lors d'une prochaine enquête de satisfaction auprès des usagers, le COPIL veillera à ce que la lecture du questionnaire soit bien respectée par les professionnels.

La collaboration parents/professionnels est indispensable contribuant au partage d'expériences, des connaissances, des stratégies mises en œuvre, des outils utilisés dans la perspective d'une généralisation des acquis dans les différents espaces de vie de l'usager. Une enquête de satisfaction à l'attention de l'entourage des personnes accueillies au FAM BIZIDEKI a été créée par la communauté qualité et leur a été communiquée par voie postale. Le but était d'avoir leur avis concernant deux points précis à savoir le maintien du lien avec la personne accueillie et la collaboration parents/professionnels.

L'analyse du contenu de cette enquête a été effectuée par le comité de pilotage et a fait ressortir les résultats suivants :

- 11 questionnaires sur 23 ont été retournés (23 car 4 résidents sont représentés par le même mandataire judiciaire et 2 autres par le même parent).
- 100% estiment la qualité du lien avec la personne accueillie satisfaisante.
- 100% jugent la collaboration avec les professionnels satisfaisante.

3.3.2 Les axes de progrès d'amélioration de la qualité de la prise en charge au FAM Bizideki suite à l'évaluation externe des 8 et 9 juillet 2014

Je propose un plan d'action sur 2015-2019 à partir de trois fiches actions.

3.3.2.1 Promouvoir l'accompagnement au statut d'adulte

L'objectif est d'améliorer la relation d'accompagnement avec l'adoption d'une posture professionnelle, et l'enrayement du discours-actes infantilisants des professionnels vis-à-vis des usagers. La question du changement de la posture professionnelle est primordiale dans cette action. Il s'agit de faire face aux résistances au changement car nombreux sont les professionnels installés depuis des années, dans cette manière de procéder. Ce qui est rassurant c'est que ce sont plusieurs professionnels qui ont souhaité que l'équipe pluridisciplinaire travaille sur ce thème.

Les principaux acteurs que j'impliquerai dans cet objectif de travail seront : les résidents, les professionnels, les familles/bénévoles/mandataires judiciaires, les partenaires.

La responsable de projet sera la chef de service éducatif et elle utilisera comme moyens :

- des groupes de travail ;
- des formations, conférences ;
- des rencontres formelles (parents-résidents-professionnels) ;
- des échanges professionnels avec d'autres établissements.

L'échéancier pour cette action est fixé à 2019, avec une évaluation annuelle durant ces cinq ans avec obligation de réajustement de l'objectif si besoin. Des observations écrites seront consignées dans le classeur « Évaluation externe », et sur le réseau informatique dans le « dossier Qualité ».

Les indicateurs d'évaluation sont les suivants :

- le groupe de travail mis en place ;
- l'ensemble des acteurs cités associé à la réflexion ;
- des formations ou conférences activées et des retours sur formation formalisés ;
- les thèmes suivants abordés : actes (tenues, activités...), propos (caprice, école, mignon, sage...) et expressions infantilisants (surnoms, diminutifs, tutoiement systématique...) / posture professionnelle ;
- le nombre de comptes rendus des rencontres formelles.

3.3.2.2 : Accompagner les personnes accueillies dans leur vie affective

L'objectif est de favoriser la vie affective des usagers. Cela se traduit par le respect de leur intimité, par les informations qu'il s'agit de leur apporter sur ce thème, par la personnalisation de l'accompagnement, par le maintien d'une posture professionnelle bienveillante c'est-à-dire accueillir l'information, écouter l'usager, chercher une réponse pluridisciplinaire. Chercher à accompagner l'usager, en s'efforçant à ne porter aucun jugement de valeur. Il s'agit d'aborder ce travail avec dignité, respect.

Les principaux acteurs que j'engagerai dans ce travail seront : les résidents, les professionnels, les familles/bénévoles/mandataires judiciaires, les partenaires.

Je serai la responsable de projet et j'utiliserai comme moyens :

- la réflexion pluridisciplinaire ;
- les entretiens individuels avec les résidents ;
- les groupes de travail ;
- les formations, conférences ;
- les rencontres formelles (parents-résidents-professionnels) ;
- les échanges professionnels avec d'autres établissements.

L'échéancier pour cette action est fixé à 2019, avec une évaluation annuelle durant ces cinq ans avec obligation de réajustement de l'objectif si besoin. Des observations écrites seront consignées dans le classeur « Évaluation externe », et sur le réseau informatique dans le « dossier Qualité ».

Les indicateurs d'évaluation sont les suivants :

- la prise en compte de toutes les demandes des résidents ;
- la personnalisation des réponses aux situations rencontrées ;
- l'effectivité du travail pluridisciplinaire ;
- la mise en place groupe de travail ;
- l'ensemble des acteurs cités est associé à la réflexion ;
- l'activation des formations ou conférences et formalisation des retours sur formation ;
- les thèmes suivants ont été abordés : intimité, information, posture professionnelle ;
- le nombre de comptes rendus des entretiens, rencontres formelles.

3.3.2.3 Favoriser la communication entre les services de l'établissement

Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux usagers c'est entrer dans une démarche constructive. Pour y parvenir, il est nécessaire de regarder les collègues des autres services dans leur spécificité (compétences singulières ou transversales). C'est changer le regard sur l'autre et aussi communiquer autrement, de manière apaisée.

Les objectifs visés sont double :

1. Améliorer les relations intra et inter services ;
2. Réduire les clivages entre services.

L'ensemble des services de la structure constituera l'acteur principal de cet axe d'amélioration.

Deux responsables de projet seront nommés, l'animatrice Qualité et une des deux chefs de projet-qualité. Elles utiliseront les moyens suivants :

- associer tous les acteurs autour de projets communs : le projet d'établissement, les projets individualisés, les projets pavillons, le programme annuel du comité des fêtes, les projets divers ;
- veiller à ce que les bonnes informations soient transmises aux collaborateurs concernés.

L'échéancier pour cette action est fixé à 2019, avec une évaluation annuelle durant ces cinq ans avec obligation de réajustement de l'objectif si besoin. Des observations écrites seront consignées dans le classeur « Évaluation externe », et sur le réseau informatique dans le « dossier Qualité ».

Les indicateurs d'évaluation sont les suivants :

- le nombre de participants à ces projets ;
- la diversité des participants ;
- la participation volontaire (ex : réponses aux appels à candidatures) ;
- les retours des collaborateurs lors des réunions sur la qualité de la transmission des informations.

3.3.3 L'évaluation des conditions de travail des professionnels

C'est en m'appuyant sur différents outils existants au FAM Bizideki, que je procéderai à cette étape de travail.

L'analyse des pratiques a été mise en place depuis 2013 animée par un intervenant extérieur. Cet espace de paroles a été bien approprié par les professionnels. Le très faible taux d'absentéisme lors de ces temps d'échanges démontre l'intérêt porté.

J'ai pu constater une augmentation significative (+ de 20%) des demandes de formations individuelles avec des thèmes très ouverts (vieillesse, activités diversifiées...). Nous soumettons le plan de formation 2015 (**annexe 13**). Ce qui est manifeste également ce sont les souhaits de départs en formation des collaborateurs des services généraux notamment celles travaillant à mi-temps. Il faut préciser que ces professionnelles ont toutes, un autre employeur hors champ médico-social et viennent me voir afin d'intervenir auprès de leur second employeur pour valoriser leur démarche. A ce jour, toutes les demandes de ces dernières ont été validées par les deux employeurs.

Des demandes nouvelles sont de plus en plus réalisées tels que les stages de découverte dans d'autres établissements notamment ceux de l'Adapei des PA, des visites et échanges dans les EHPAD, les Foyers de Vie environnants.

Un questionnaire sur les risques psychosociaux a été transmis en 2011 à l'ensemble du personnel. L'anonymat a été posé. Plus de 90% de collaborateurs y ont répondu. Le principal résultat positif était que la majorité des professionnels appréciait de se rendre sur leur lieu de travail. Toutefois, la tension était présente lorsqu'il était question des relations avec certaines familles, souvent ayant la fonction également d'administrateurs. A ce titre, un travail sur l'amélioration de la qualité de la communication avec les familles a été réalisé, de manière à diminuer ces situations conflictuelles. J'ai ainsi mis en place des créneaux horaires hebdomadaires pour les appels téléphoniques sur les lieux de la vie pour les familles, des interlocuteurs privilégiés qui accueillent les familles les lundis matin, samedis matin et vendredi en fin d'après-midi : une infirmière pour toutes les questions d'ordre médical et un éducateur spécialisé-coordonnateur pour la partie accompagnement du quotidien. Les familles ont été informées de cette nouvelle organisation à travers un courrier et lors d'une réunion parents/professionnels. Aujourd'hui, les relations se sont plutôt

apaisées malgré un noyau fort de parents résistants. En 2015, je proposerai aux professionnels un nouveau questionnaire sur les risques psychosociaux.

Conclusion de la troisième partie

L'une de mes missions en qualité de directrice, est d'encourager une dynamique d'adaptation aux différentes évolutions s'imposant au FAM. Je veille à ce que les professionnels inventent des projets ambitieux, des accompagnements innovants de manière à ouvrir un champ d'offres de service adaptées et évolutives à la personne en situation de handicap.

Pour mener à bien ce processus du changement, je développe des réponses spécifiques à travers le travail en réseau, l'accroissement des compétences des professionnels, leur valorisation, et le déploiement de multiples formes de communication avec comme élément central, l'usager. Souligner l'importance de la reconnaissance sociale et professionnelle permet de s'inscrire dans le respect de l'autre avec ce qui l'a à transmettre par ses actions et par ses discours.

Pour initier une réelle dynamique dans la réécriture du Projet d'Établissement, il est indispensable, d'activer un positionnement responsable de mes équipes pluri-professionnelles en leur communiquant ma politique stratégique, mon choix méthodologique et mon calendrier d'actions. Ainsi, en tant que chef d'établissement, je transmets à mon équipe mon souhait de bâtir un nouveau projet cohérent, fédérateur, innovant, inscrit dans un processus de réflexion collective, placé sous le signe permanent de l'argumentation, de la confiance et de la transparence. Une telle réalisation a nécessité en premier lieu l'attente du rapport définitif des évaluateurs externes obtenu en août 2014. Néanmoins, mes collaborateurs ne sont pas restés inactifs et ont suivi les pré-étapes que nous pouvons retrouver en **annexe 14**.

Conclusion

Ma démarche tout au long de ce travail de mémoire, a été de faire apparaître la volonté institutionnelle de mettre en mouvement les compétences individuelles, collectives et les différentes cultures professionnelles afin d'assurer aux usagers du FAM Bizideki des prestations de service de qualité, répondant à l'évolution de leurs besoins et de leurs attentes. Pour attester une certaine efficience, il devient impératif de briser les clivages entre services en développant une culture du « travailler ensemble », notamment autour de projets communs.

Soutenir les professionnels dans leur démarche de bientraitance paraît indispensable et cela doit se traduire par une invitation à la prise de parole de tous les professionnels (groupes de travail sur différents thèmes), une distanciation encouragée et accompagnée (formations, stages de découverte dans des structures de l'ADAPEI 64 faiblement utilisés) et un projet d'établissement construit, évalué et réactualisé avec la participation active de l'ensemble des professionnels et garant partagé de la bientraitance.

Les grandes lignes du nouveau projet d'établissement 2015-2019 a été présentée en décembre dernier à l'ensemble du personnel lors d'une réunion institutionnelle. L'introduction de cette rencontre fut marquée par le visionnage du film « Qui a piqué mon fromage » de Spencer Johnson³⁹. Je conclurai ce mémoire par un extrait de l'ouvrage de ce même auteur :

« **Le Changement est inévitable.** Le Fromage change sans cesse de place. **Prépares-toi au Changement.** Attends-toi à ce que le Fromage disparaisse. **Anticipe le Changement.** Renifle régulièrement le Fromage pour savoir quand il devient trop vieux. **Adapte-toi rapidement.** Plus vite tu oublieras le Vieux Fromage, plus tôt tu en trouveras du Nouveau. **Change.** Bouge avec le Fromage. Profite du **Changement !** Prends goût à l'aventure et découvre la saveur du Nouveau Fromage. Sois toujours prêt à repartir pour profiter pleinement de la vie. Le Fromage change toujours de place ».

³⁹ JOHNSON S., 2000, *Qui a piqué mon fromage*, Michel Lafon (p.80).

Bibliographie

OUVRAGES LUS :

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement- Dans les entreprises et les organisations*, Seuil, 310 p.

CHAMBRIER G., PATURET J.-B., 2014, *Faut-il brûler les institutions ?*, Rennes : Presses de l'EHESP, 138 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 2014, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Points, 500 p.

DESHAIES J.-L., 2014, *Stratégie et management- Briser l'omerta*, Rennes : Presses de l'EHESP, 270 p.

DROIT R.-P., 2009, *L'éthique expliquée à tout le monde*, Seuil, 111 p.

HAERINGER J., TRAVERSAZ F. (dir.), 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 244 p.

JOHNSON S., 2000, *Qui a piqué mon fromage*, Michel Lafon, 104 p.

JOING J.-L. (dir.), 2011, *Former les responsables « Qualité-Ethique-Performance » du secteur médico-social*, Paris : L'Harmattan, 131 p.

LACROIX M., 2010, *Paroles toxiques, paroles bienfaitantes. Pour une éthique du langage*, Paris : Robert Laffont, 122 p.

LAVILLE J.L., 2010, *Sociologie des services*, Toulouse : Erès, 206 p.

LE BOTERF G., 2014, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6^{ème} éd., Eyrolles, 300 p.

SCHON D.A., 1994, *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir Professionnel*. Montréal: Les Editions Logiques, 418 p.

ZARIFIAN P., 1999, *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Editions Liaisons, 229 p.

ZARIFIAN P., 2001, *Le modèle de la compétence- Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, Editions Liaisons, 130 p.

OUVRAGES CONSULTÉS :

BARRES R., HENRICH A.-M., RIVAUD D., et al., 2013, *Le nouveau dictionnaire de la Santé publique et de l'Action sociale*, Malakoff : Editions Foucher, 496 p.

BOUTINET J.-P., 2012, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF, 441 p.

HARDY J.-P., 2010, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^{ème} éd., Paris : Dunod, 447 p.

JAEGER M. (dir.), 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1174 p.

LEGERON P., 2003, *Le stress au travail*, Odile Jacob, 200 p.

ARTICLES, RAPPORTS ET REVUES :

BATIFOULIER F., 2000, L'association d'action sociale – Un modèle en crise ? *In Les Cahiers de l'Actif*, n° 292-293.

FIAT E., 2012, Que chacun bâtit son éthique de la décision, *In Direction (s)*, n° 95.

HAMMAN E., NGUYEN M., ROHMANN-LABAT I., SATRAGNO-FABRIZIO I., 2009, Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe, *In Les Cahiers de l'Actif*, n° 402-403.

MAKDESSI Y., 2012, Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil spécialisé, similitudes et particularités, *In DRESS – document de travail – série Etudes et Recherche*, n° 123.

OROFIAMMA R., 2005, Quand se présenter, c'est se raconter..., *In Education Permanente*, n°162 (pp.131-142)

SCOUARNEC A., 2009, La prospective des métiers au service des transitions professionnelles : d'une logique du subir à une logique du choisir, *In Education Permanente*, n°181 (pp. 35-45)

LOIS, DECRETS ET CIRCULAIRES :

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes Handicapées

Article L.116-2 de la loi du 2 janvier 2002

Circulaire DGAS/2A n°2008-316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées

Décret 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

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

Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-398 du 6 novembre 2007 modifiant la circulaire DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

Loi 2009-879 Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 22 juillet 2009

TEXTES D'ORIENTATION ET RECOMMANDATIONS :

ANAP, 2010, *Piloter la performance dans le secteur médico-social- Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Juillet 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Novembre 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Décembre 2013, *Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 2)- Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs*

Convention de gestion Adapei-ATGDPA, 24 juillet 2007

HAS, Note de cadrage, Janvier 2015, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte*

Rapport de l'ARS – Aquitaine suite au contrôle inopiné du FAM en mars 2013, *Recommandations n°7 et n°8*, rendu en juillet 2013

Schéma départemental Autonomie 2013-2017, *Orientations n°10 et n°11*, Conseil Général des Pyrénées Atlantiques

SROSM, Projet Régional de Santé Aquitaine 2012-2016, Action 1.1/1.1- Priorité n°2- ARS

Statuts et règlements d'Autisme 64- ATDGPA modifiés par l'assemblée générale ordinaire du 30 juin 2014

REGLEMENTATION EUROPEENNE ET INTERNATIONALE

Charte européenne des droits des personnes autistes, adoptée sous forme de Déclaration écrite par le Parlement Européen le 9 mai 1996

Rapport sur *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, Conseil de l'Europe 2002

DOCUMENTS ELECTRONIQUES (SITE INTERNET)

DREYER P., 2010, Garroté aux gestes des autres, interdépendance et négociation *In Actes du colloque sur le care du 03 juin 2010*, [En ligne], pp.47-56, Disponible sur www.agirpourlecare.com, (consulté le 28 décembre 2014)

GOUJON A., 2013, Lorsque la compétence culturelle est outil de soin, *IFSI CHU Dijon*, Mémoire de DEI, [En ligne], 31 p., Disponible sur <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-alexandre-goujon>, (consulté le 14 janvier 2015)

GUYOT P., 2012, Le choix des mots dans les structures médico-sociales, CREA I Alsace, Notes et documents – n°191, [En ligne], pp. 1-6, Disponible sur www.creaialsace.org, (consulté le 3 janvier 2015)

PEOC'H N., 2010, Revue de la littérature autour de la notion de bientraitance, CHU de Toulouse – Université de Toulouse, [En ligne], 18 p., Disponible sur www.chu-nantes.fr, (consulté le 19 janvier 2015)

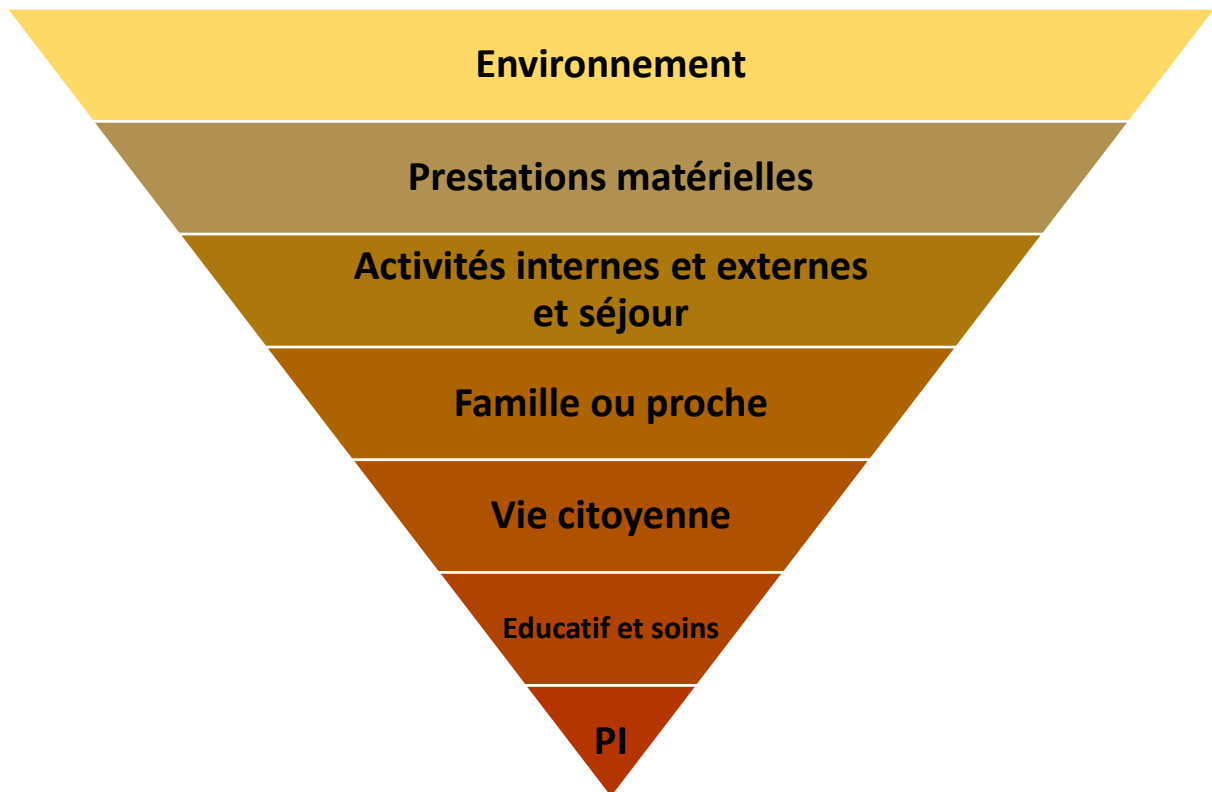
L'autisme, grande cause nationale 2012, Avril 2012, Tribunes parlementaires européennes – numéro spécial, [En ligne], 21 p., Disponible sur www.autismeurope.org, (consulté le 6 janvier 2015)

JAME S., 2007, La maltraitance institutionnelle, [En ligne], pp. 1-25, Disponible sur <http://www.derp.ad.com/fileadmin/ressources/download/jame.pdf>, (consulté le 18 juillet 2015)

Liste des annexes

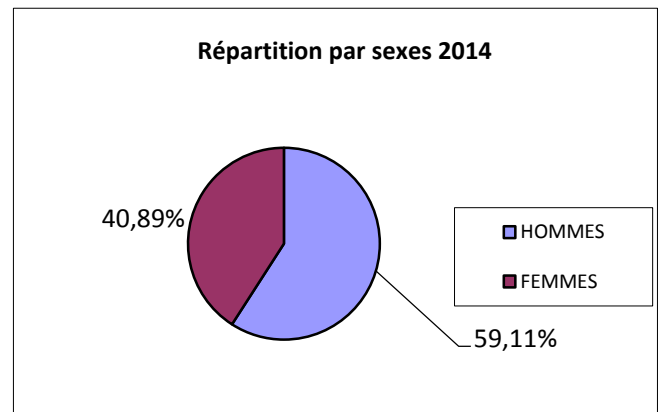
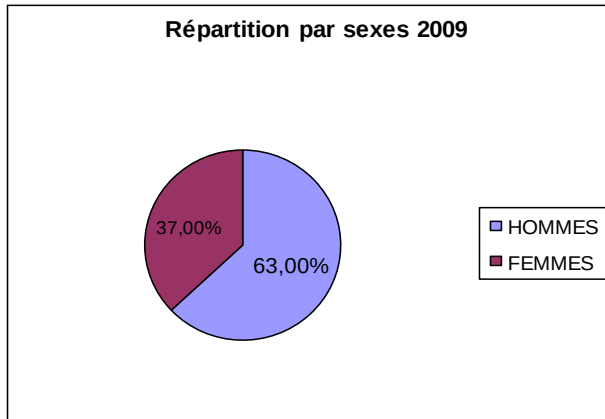
Annexe 1	Offre de prestations
Annexes 2	Caractéristiques des bénéficiaires
Annexe 3	Etat des lieux des pathologies diagnostiquées
Annexe 4	Répartition par âge
Annexe 5	Procédure d'élaboration, mise en œuvre et évaluation des Projets Individuels
Annexe 6	Procédure du Conseil de Vie Sociale
Annexe 7	Évaluation du PE 2009-2014
Annexe 8	Plan d'amélioration de l'Évaluation externe des 8 et 9 juillet 2014
Annexe 9	Auto-évaluation sur la maîtrise des risques infectieux FAM et MAS du 08 janvier 2014
Annexe 10	Procédure de distribution des médicaments
Annexe 11	Procédure de la gestion des déchets
Annexes 12	Questionnaires des résidents et de l'entourage
Annexe 13	Plan de Formation (PAF) 2015
Annexe 14	Pré-étapes, étapes pour l'écriture du PE 2015-2019 et son évaluation

Annexe 1 : Offre de prestations

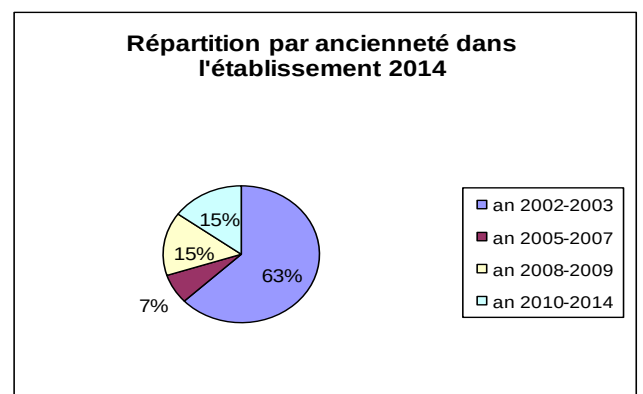
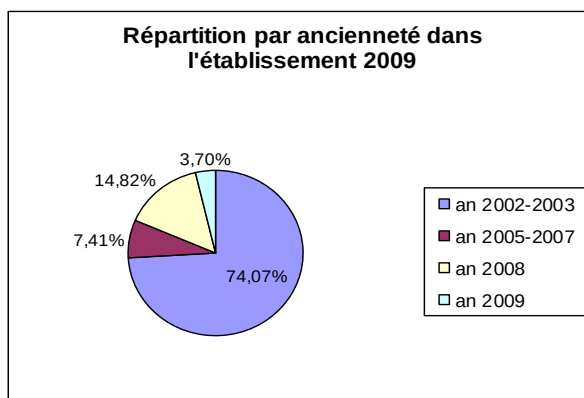


Annexe 2- Caractéristiques des bénéficiaires

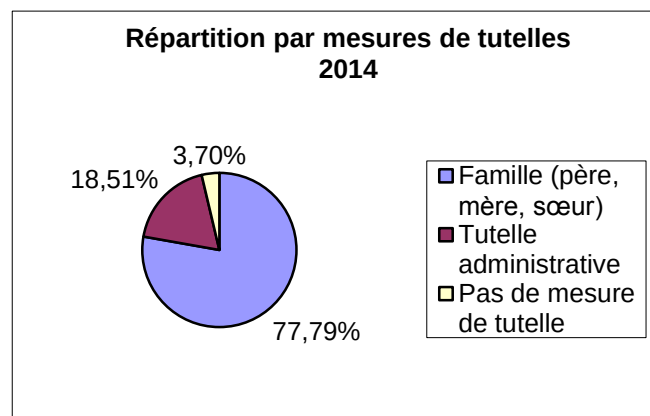
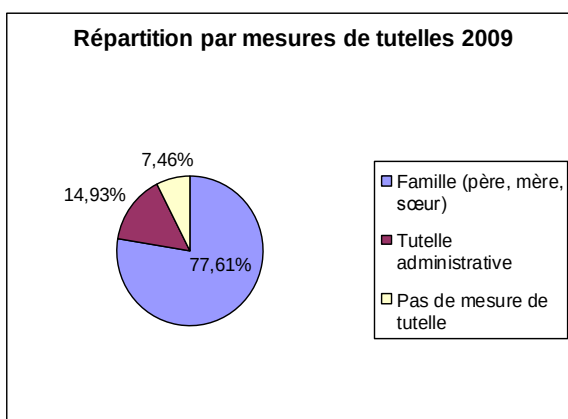
Annexe 2A- Répartition par sexe



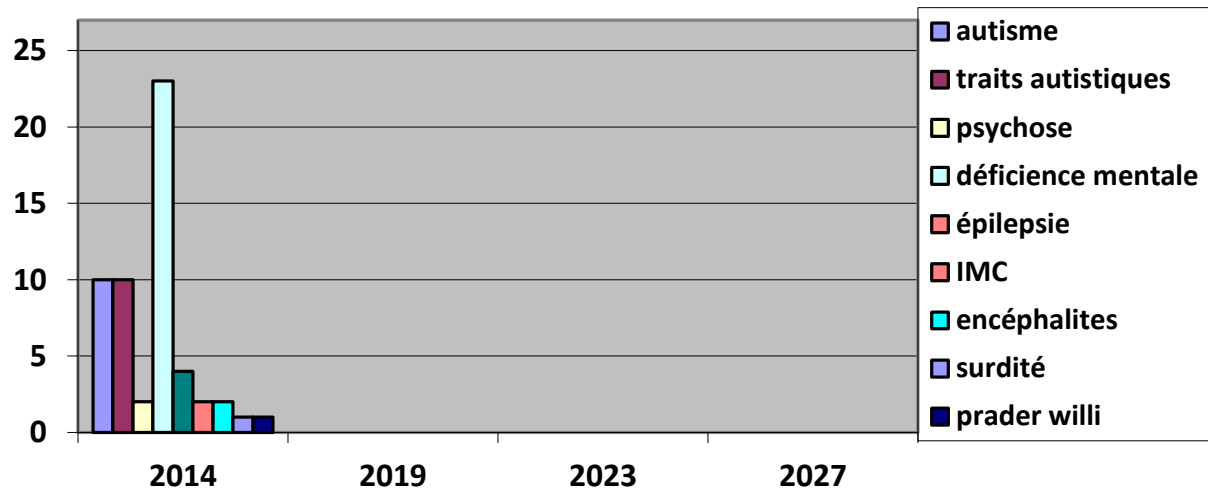
Annexe 2B- Répartition par ancienneté dans l'établissement



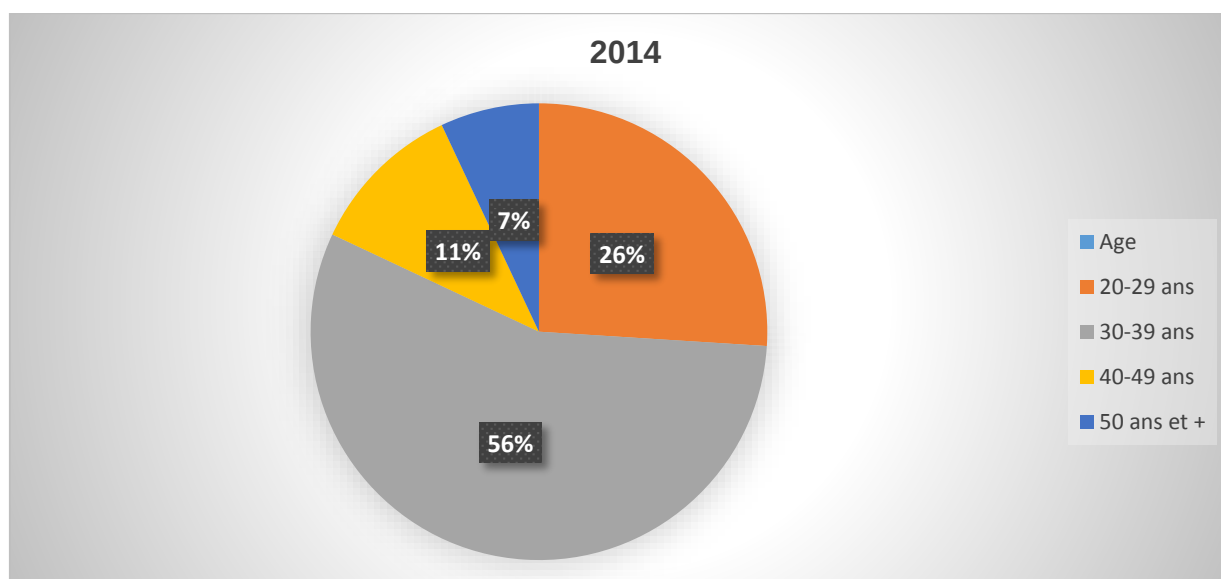
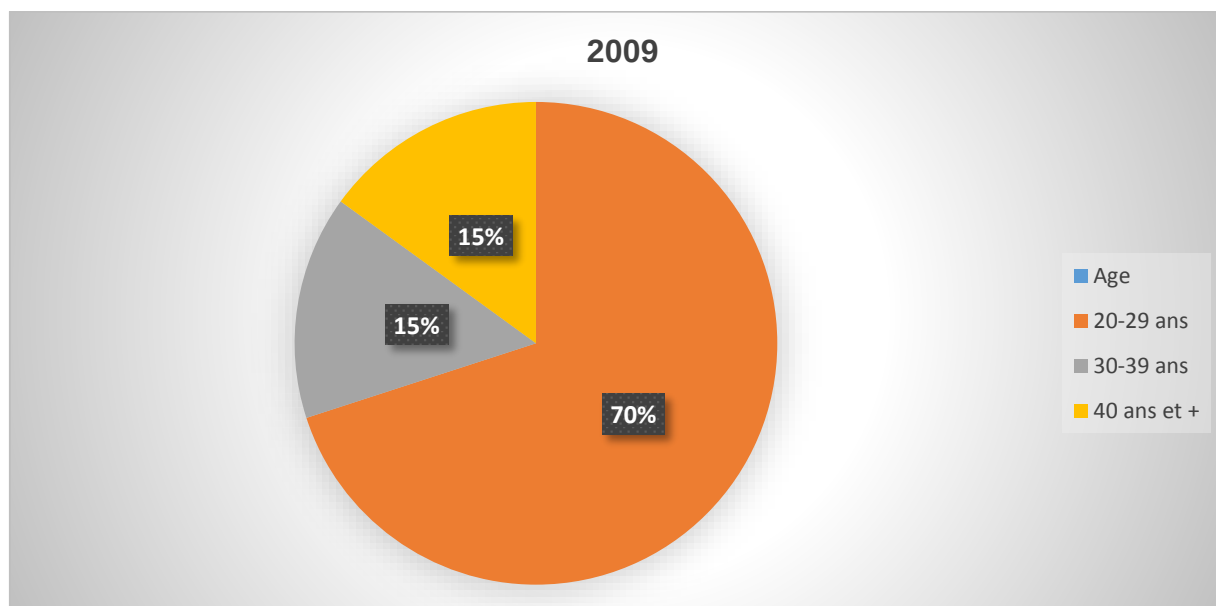
Annexe 2C- Répartition par mesures de tutelles



Annexe 3- Etat des lieux



Annexe 4- Répartition par âge



SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	Annexe 5
		Page 1 sur 8

PROCEDURE ELABORATION, MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION DES PROJETS INDIVIDUELS



Quartier Cibits 64120 Larveveau

SOMMAIRE

Présentation	2/10.3/10.4/10
Logigramme	5/10
Commentaires	6/10.7/10.8/10.9/10
Indices de révision	10/10

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
	Présentation	Page 2 sur 8

1 - Buts de la procédure :

La présente procédure a pour objet de définir la façon de préparer et de rendre compte des **Projets Individuels** des résidents du F.A.M Bizideki.

2 - Date d'application :

Août 2012

3 - Champ et domaine d'application :

La présente procédure s'applique à **Tous les Intervenants Concernés** dans l'accompagnement de la personne.

4 - Textes, règles juridiques et dispositions préétablies opposables :

En amont est liée à cette procédure :

↳ la loi 2002-02 du 2 janvier 2002

5 - Vocabulaire utilisé :

Le projet individualisé est avant tout une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un équilibre entre les différents acteurs. Le projet individuel a son propre rythme, différent selon les personnes accompagnées et pour certains projets, le réajustement des objectifs pourra être plus intensif que le rythme annuel de révision.

6 - Destinataires :

- * Le directeur
- * Le chef de service
- * la psychologue
- * Le médecin psychiatre
- * Les personnels éducatifs
- * La secrétaire.
- * Autres membres du personnel si nécessaire

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
	Présentation	Page 3 sur 8

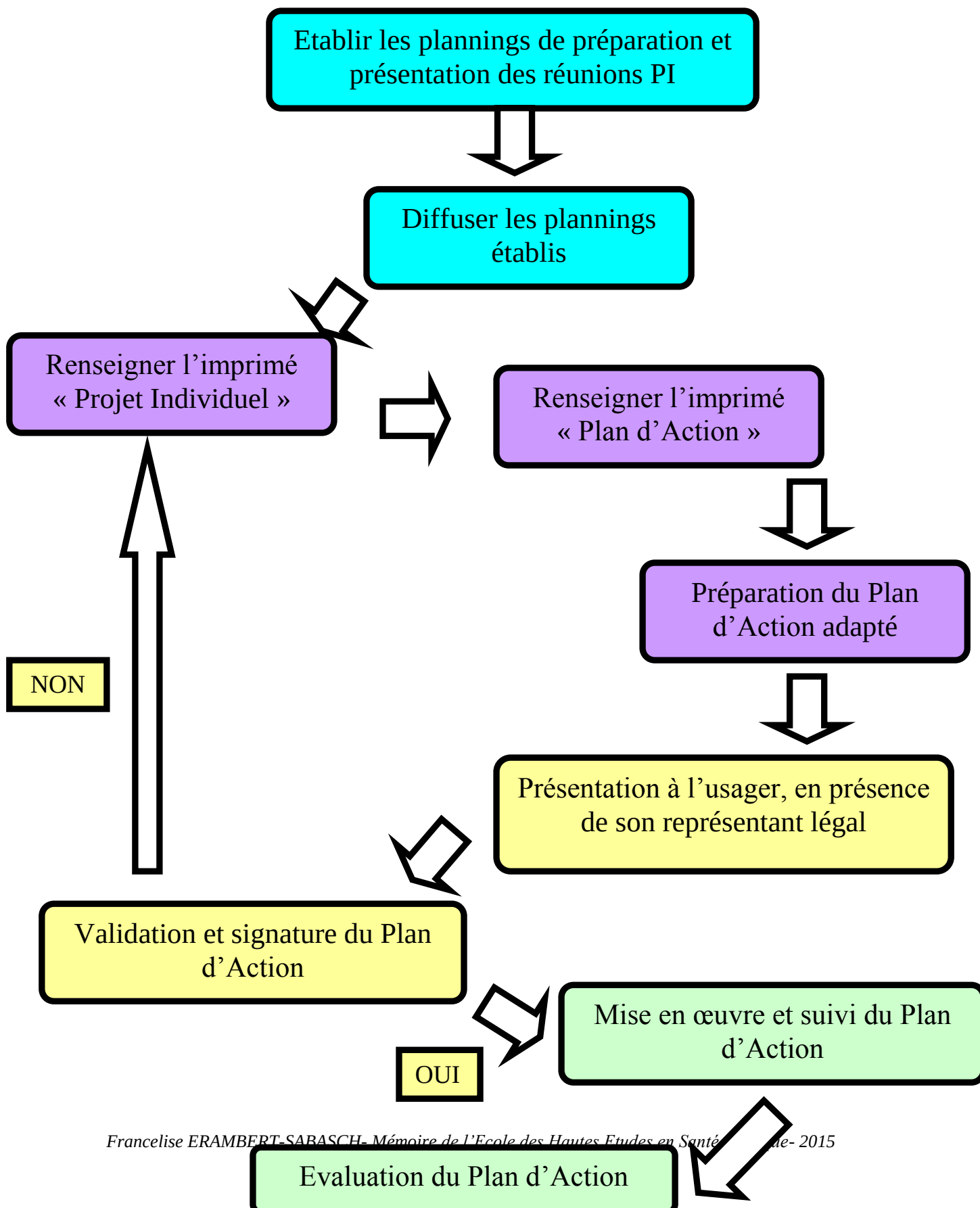
7 - Diffusion support papier :

La diffusion des procédures mises à jour et le retrait des documents périmés sont effectués par l'animatrice qualité.

8 - Approbation - Date - Visa :

	Noms	Fonctions	Date	Visa
Le rédacteur	Haurie-Hontas L. Barbaste M.	Animatrice qualité Chef de service	Août 2012	
	Landaburu M. Mirambeau I.	Chefs de projet qualité	Août 2012	
Les vérificateurs	Barbaste M.	Chef de service	Août 2012	
L'approbateur	Erambert-Sabasch F.	Directrice	Août 2012	

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
	Logigramme	Page 4 sur 8



SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
		Page 5 sur 8

Etablir les plannings de préparation et présentation des réunions PI

La directrice planifie chaque année le calendrier des différentes réunions de synthèse. Les cadres co-animatrices des réunions d'équipe éducatives planifient les :

- réunions de présentation du projet individuel
- réunions de finalisation du plan d'action

Diffuser les plannings établis

La secrétaire diffuse les calendriers de réunions de synthèse. Le chef de service diffuse les calendriers de réunion de préparation et de finalisation du projet.

Renseigner l'imprimé « Projet Individuel »

L'imprimé réf : SQ/PI/IMP/04.00 comprend les rubriques suivantes :

- Anamnèse de la personne : histoire de vie et parcours institutionnel.
- Observation sur l'atteinte des objectifs du PI précédent : synthèse des évaluations du plan d'action.
- Evènements de la vie, faits significatifs... : intervenus dans l'année et qui ont impactés la personne.
- Attentes et désirs exprimés par le résident : les modalités de recueil des informations sont à définir et à adapter en fonction de l'utilisateur.
- Attentes et désirs exprimés par les parents : recueil des informations soit par entretien soit par correspondance.
- Besoins et désirs repérés par les professionnels : recueil des observations et des bilans de l'ensemble des professionnels.
- Domaines de compétences et points de vigilance : recueil des observations de l'ensemble des professionnels et des familles/tuteurs.
- Antécédents médicaux
- Objectifs envisageables pour la personne : à définir en réunion de préparation du projet individuel.

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
		Page 6 sur 8

L'équipe pluridisciplinaire communique les informations nécessaires au coordonnateur du pavillon. Ce dernier est chargé de synthétiser l'ensemble des données sur le dit imprimé afin de le soumettre lors de la réunion de présentation du projet individuel.

Renseigner l'imprimé
« Plan d'Action »

A l'issue de la réunion de présentation du projet individuel, l'équipe pluridisciplinaire définit un ou plusieurs objectifs généraux.

Chacun d'eux est décliné en objectifs opérationnels, stratégies et moyens dans l'imprimé réf : SQ/PI/IMP/02.00.

Préparation du Plan
d'Action adapté

Evaluation du Plan d'Action

Après validation du plan d'action (lors de la réunion de finalisation du PA), l'équipe pluridisciplinaire définit les modalités favorisant la compréhension de l'utilisateur en ce qui concerne le contenu des réunions de synthèse.

Présentation à l'utilisateur, en présence
de son représentant légal

La réunion de synthèse est l'occasion pour l'équipe pluridisciplinaire de présenter à l'utilisateur, via un support adapté, le bilan de l'année écoulée et les orientations de son projet pour l'année à venir.

La famille et/ou le représentant légal de l'utilisateur est/sont invité(e)s à cette réunion.

Dans le respect de la place de chacun, les modalités de présentation sont adaptées et évolutives (lieu, supports, personnes présentes...).

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
		Page 7 sur 8

Validation et signature du Plan d'Action

En fin de réunion de synthèse, si l'ensemble des partenaires présents est en accord avec les orientations proposées, le plan d'action est cosigné.

Dans le cas contraire, nous revenons à l'étape « renseigner l'imprimé projet individuel » et révisons le contenu du plan d'action dans l'objectif d'une validation mutuelle. Si besoin, une nouvelle réunion est programmée.

Mise en œuvre et suivi du Plan d'Action

L'ensemble des professionnels est attentif à la mise en œuvre et au suivi du plan d'action.

Evaluation du Plan d'Action

Un calendrier d'évaluation est prévu lors du plan d'action pour chaque objectif opérationnel.

L'évaluation est réalisée lors d'une réunion d'équipe via l'imprimé réf : SQ/PI/IMP/03.00.

Un compte rendu de cette évaluation est transmis au résident de façon adaptée et au représentant légal par voie postale.

Le professionnel transmet le compte rendu à la secrétaire qui enregistre et poste le courrier.

SQ/PI/PRO/01.02	Procédure élaboration, mise en œuvre et évaluation des projets individuels	
		Page 8 sur 8

Dates des révisions	Motifs des révisions	indices
11/11	création de la procédure	01
12/07/12	révision	02

Annexe 6	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Page de garde	Page 1

PROCEDURE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE



SOMMAIRE

Présentation	2/6
Logigramme	3/6
Commentaires	4/6.5/6
Révisions	7

	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Présentation	Page 2

1 - Objet de la procédure :

Cette procédure permet de décrire qui fait quoi et comment en matière d'organisation et de suivi des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

2 - Date d'application :

Novembre 2012

3 – Champ et Domaine d'application :

Cette procédure s'applique dans les établissements de l'ADAPEI 64 ainsi qu'au FAM Bizideki.

4 – Dispositions ou réglementations spécifiques :

- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 modifié par le décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 (JO des 27 mars 2004 et 4 novembre 2005)
- Code de l'action sociale et des familles Art. L. 311-6, Art. D.311-3 à D.311-32-1
- Référentiel de certification d'engagement de service de l'ADAPEI "Accompagner pour insérer " (Réf.170.01)

5 - Abréviations et vocabulaires utilisés :

ANQ : Animatrice Qualité
CDS : Chef de Service
DIR : Directrice
PRE : Présidente
SEC : Secrétaire

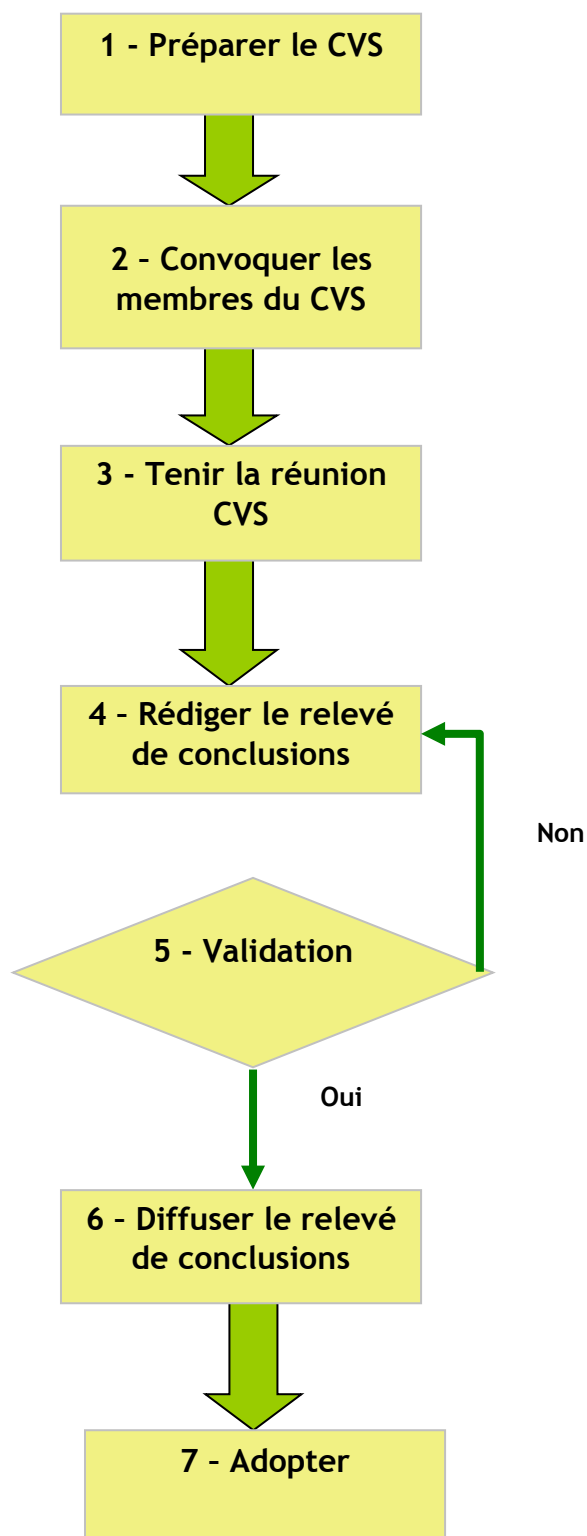
6 - Destinataires :

Président et membres des CVS
Le responsable de la commission de suivi des CVS
Directeur d'établissement

7 - Approbation – Date - Visa :

	Nom	Fonction	Date	Visa
Rédaction	Haurie-Hontas Laetitia	ANQ	Nov. 2012	
Vérification	Mme Untas Mme Barbaste	SEC CDS	Nov. 2012	
Approbation	Mme Merce Mme Erambert-Sabasch	PRE DIR	Nov. 2012	

	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Logigramme	Page 3



	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Commentaires	Page 4

1- Préparer le CVS

Le conseil de la vie sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation du (ou de la) président(e) qui fixe l'ordre du jour des séances.

Le (la) président(e) du CVS fixe la date du CVS en accord avec le(la) directeur(trice) de l'établissement. Dans la mesure du possible, un calendrier est fixé pour l'année.

Le (la) président(e) prépare et rédige l'ordre du jour du CVS en concertation avec le (la) directeur(trice) de l'établissement. Les documents sont transmis au secrétariat.

2 - Convoquer les membres du CVS

Au moins 15 jours avant la tenue du conseil, la secrétaire de l'établissement adresse la convocation avec l'ordre du jour :

- aux membres du CVS

3 - Tenir la réunion du CVS

Le (la) président(e) du CVS est chargé(e) de l'organisation et du bon déroulement du conseil. Il veille en particulier à ce que chacun des représentants puisse s'exprimer.

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies et des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Commentaires	Page 5

4 - Rédiger le relevé de conclusions

Dans les 15 jours qui suivent le conseil, le secrétaire de séance établit le relevé de conclusions du conseil et le soumet pour avis au (*à la*) directeur (*trice*) de l'établissement.

Dans le document sont notés :

- les avis et suggestions retenues par les participants
- les plans d'actions correspondants éventuels
- le suivi des actions décidées lors de la réunion précédente

Le document est signé par le président du CVS.

A J + 21 au plus tard, ce relevé de conclusions est adressé par la secrétaire de l'établissement aux membres du CVS pour validation.

5 - Valider

Si dans les 9 jours qui suivent l'envoi, le président du CVS ne reçoit pas de remarques de la part des membres du CVS, le relevé est validé pour diffusion.

Dans le cas contraire, le secrétaire de séance est chargé de rédiger un nouveau document (*retour étape 4*)

6 - Diffuser le relevé de conclusions

Dans les 7 jours qui suivent la date de validation, la secrétaire de l'établissement adresse le relevé de conclusions définitif avec un bordereau d'envoi :

- à tous les membres du CVS.
- aux familles sauf opposition de l'utilisateur.

	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.01
	Commentaires	Page 6

7 - Adopter le relevé de conclusions

Le relevé de conclusions est transmis en même temps que l'ordre du jour du CVS suivant en vue de son adoption par le conseil.

Le relevé de conclusions est conservé dans l'établissement dans un classeur prévu à cet effet. Il est affiché dans l'établissement.

	Procédure CVS	SQ/DDU/PRO/02.00
	Révision	Page 7

Dates	MOTIFS DES REVISIONS	INDICES
2006	création de la procédure	00
06/04/2010	Modification page 5 paragraphe 6 : diffuser le relevé de conclusion	01
17/11/2012	Modification page 5 paragraphe 6 (2 ^{ème} alinéa)	02

Annexe 7- EVALUATION DU PE 2009-2014

Orientations d'évolution 2009/2014	Résultats	Perspectives/ Commentaires
1 Développer la représentation des résidents	La représentativité de l'ensemble des résidents dans le respect des exigences de la loi 2002-2 est garantie: Au CVS, commission menu, groupe d'expression, comité des fêtes, projet individuel, travail en partenariat avec les familles sur cette question, élections des représentants des usagers tous les 3 ans...	A poursuivre
2 Favoriser l'accès au statut d'adulte	Mise en place d'une rencontre parents/ professionnels sur le thème du statut d'adulte. Création d'un règlement de fonctionnement adapté. Vie affective et sexuelle: formation des professionnels.	Améliorer la relation d'accompagnement (propos infantilisants, question du vouvoiement...). Favoriser la vie affective
3 Adapter les prestations aux besoins évolutifs des résidents	Groupes de travail, réseaux, formations, achat de matériels, accueil de 4 nouveaux résidents; travail en partenariat avec les établissements adresseurs, (stage et admission), action de communication sur des sessions de formations; changements de pavillon(6), transversalité, mise en place des fiches individuelles pour garantir la continuité de la PEC, accompagnement des CDD.	Poursuivre le travail de réflexion sur le vieillissement (formations, groupe de travail douleur, équipements...)
4 Répondre aux exigences des évaluations interne et externe	Mise en place de la communauté qualité, ANQ, Elaboration de plusieurs procédures Evaluation annuelle des PI effective, Evaluation interne et externe réalisées, Evaluation annuelle du PE non effective	S'assurer que les procédures sont connues et respectées. Réaliser une évaluation chaque année des orientations du PE

5 Souvrir	Site internet/ Fêtes à thèmes (4), fête annuelle/ Accueil FAM- réseau / Sorties sport adapté/activités à visée socialisatrices, Bénévoles, Partenariats	Multiplier les échanges inter- établissements
-----------	---	--

Francelise ERAMBERT-SABASCH- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- 2015

Annexe 8

PLAN D'AMELIORATION EVALUATION EXTERNE JUILLET 2014

ITEMS	FAIBLESSES	PRECONISATIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXT.	ACTIONS CORRECTIVES	REF.	ECHEANCES
1.1 Démarche d'évaluation interne					
La dynamique qualité	Il n'existe pas de document de suivi des actions d'amélioration regroupant toutes les actions conduites par la structure ce qui ne permet pas de valoriser tout le travail réalisé par l'établissement.	Mettre en place un tableau de suivi annuel des actions d'amélioration mises en place par l'établissement regroupant les actions issues du rapport et celles identifiées depuis d'autres sources.	Préconisations proposées	Maialen PINTO (AQ)	nov-14
La gestion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Les recommandations publiées par les autres société savantes (ANAP, HAS) ne sont pas identifiées.	Lister les recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables à l'établissement issues des autres société savantes.	Préconisations proposées	Mirentxu Barbaste (CDS) Maialen Pinto (AQ)	Dec 14
1.3 Les conditions d'élaboration de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge des usagers:					
Le projet d'établissement	Le PE ne prévoit pas les modalités d'évaluation de sa mise en œuvre. Il ne détaille pas les ressources financières ou les compétences nécessaire à sa mise en œuvre. Enfin, il ne présente que la méthode TEACH comme référence théorique ce qui ne rend pas compte de la richesse de l'accompagnement mis en place par les professionnels.	Détailler les modalités d'évaluation du PE lors de son actualisation. Lister les compétences nécessaires à l'accompagnement et les évolutions à prévoir. Présenter les ressources financières de l'établissement dans le prochain PE. Détailler les références théoriques (autre que TEACCH) utilisées dans le cadre de l'accompagnement.	Préconisations proposées du PE Révision	Francelise Erambert-Sabasch (DIR)	oct-14
Les objectifs de l'accompagnement	Le PE ne présente pas les objectifs d'accompagnement généraux de l'établissement. L'articulation entre la mise en œuvre des objectifs d'accompagnement et les partenaires à solliciter pour cela n'est pas formellement définie.	Détailler les objectifs d'accompagnement de l'établissement dans le PE Présenter les partenaires à solliciter pour chaque objectif, le cas échéant dans le PE	Préconisations proposées Révision du PE	Francelise Erambert-Sabasch (DIR)	oct-14
Le pilotage de l'établissement et des activités	Il n'existe pas d'indicateurs de suivi des activités dans leur globalité, ni de mesure des effets induits par l'accompagnement auprès de la population.	Mettre en place des indicateurs de suivi des activités Créer des indicateurs de mesure des effets induits par l'accompagnement	Préconisations proposées	Mirentxu Barbaste (CDS)	2016-2017
1.4 L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique					
Le cadre de vie	Les couloirs et lieux de vie intérieurs présentent des dommages. Il n'existe pas de sacs hydrosolubles pour le recueil et le traitement du linge contaminé ce qui permettrait d'éviter que la lingère ne manipule ce linge.	Réaliser des travaux de réfection intérieure Acheter des sacs hydrosolubles pour le linge contaminé afin de supprimer la manipulation de celui-ci par les lingères	Préconisations proposées	Francelise Erambert-Sabasch (DIR) Référénts hygiène (IDE et AS)	PPI 2015-2017 sept 14
L'accompagnement	Si l'évaluation de la douleur est effective, l'établissement ne possède pas d'outil dédié à cela	Mettre en place une grille d'évaluation de la douleur	Préconisations proposées	Isabelle Mirambeau (chef de projet)	mars-15

PLAN D'AMELIORATION EVALUATION EXTERNE JUILLET 2014

ITEMS	FAIBLESSES	PRECONISATIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXT.	ACTIONS CORRECTIVES	REF.	ECHEANCES
L'accompagnement de nuit	Il n'existe pas d'état de présences formalisé de manière systématique chaque jour ce qui permettrait une information plus rapide aux pompiers en cas d'évacuation. Le système de vidéosurveillance n'a pas donné lieu à une déclaration en préfecture. Enfin, si l'information des familles avant mise en place d'une caméra individuelle est effective il n'y a aps de recueil formel de leur consentement.	Formaliser un plan des pavillons avec les noms des résidents permettant d'identifier rapidement les absents le soir lors de la réalisation des l'état des présences Obtenir une autorisation de la préfecture pour l'utilisation des caméras de surveillance la nuit. Mettre en place un recueil formel du consentement du mandataire judiciaire à la mise en place du protocole d'utilisation de la caméra	Un plan de chaque pavillon sera élaboré par la secrétaire. Les encadrants renseigneront ce document tous les soirs, feront l'état de présence des résidents et déposeront le document dans la boîte aux lettres. En cas d'incendie, ces documents devront être transmis aux pompiers. Autres préconisations mises en place.	Mirentxu Barbaste (CDS) Francelise Erambert-Sabasch (DIR)	Nov 14 sept 14
1.7 La garantie des droits et la politique de prévention et gestion des risques					
La sécurité, la prévention et la gestion des risques	Le DARDE n'est pas encore formalisé	Formaliser le DARDE	Préconisations proposées	Francelise Erambert-Sabasch	oct-14

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX FAM ET MAS Manuel d'auto-évaluation



RESULTATS

Etablissement: FAM BIZIDEKI

Date de l'évaluation: 08/01/2014

► SCORES TOTAUX PAR CHAPITRE

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Moyens de prévention	3	17	17,6
II - Environnement et circuits	44	79	55,7
III - Gestion du matériel	2	12	16,7
IV - Gestion des soins	16	29	55,2
V - Vaccinations	3	4	75,0
VI - Risques épidémiques	6	30	20,0
VII - Prévention des AES	7	10	70,0

Vous obtenez un total de 81 points sur 181 soit:

44,8%
d'objectifs atteints

Votre établissement a initié une politique de prévention des Infections Associées aux Soins mais elle est encore insuffisante. Vous devez regarder les scores par chapitre pour repérer les points à améliorer.

► CHAPITRE I - MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Moyens	0	10	0,0
2-Surveillance / Alerte	2	3	66,7
3-Antibiotiques	1	2	50,0
4-Tenue du personnel dans l'établissement	0	2	0,0
Total	3	17	17,6

Vous avez obtenu un résultat de 17,6%

Votre établissement a un retard important dans ce secteur. Vous devez initier un programme d'actions. Les thèmes apparaissant dans les tableaux seront repris un par un, en priorité ceux figurant dans les cases rouges, et déclinés en mesures correctrices afin d'améliorer la prévention auprès des résidents.

► CHAPITRE II - GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Locaux	15	16	93,8
2-Restoration	7	18	38,9
3-Linge	0	9	0,0
4-Déchets	5	8	62,5
5-Eau	17	28	60,7
Total	44	79	55,7

Vous avez obtenu un résultat de 55,7%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

► CHAPITRE III - GESTION DU MATERIEL DE SOINS

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	2	12	16,7

Vous avez obtenu un résultat de 16,7%

Votre établissement a un retard important dans ce secteur. Vous devez initier un programme d'actions. Les thèmes apparaissant dans les tableaux seront repris un par un, en priorité ceux figurant dans les cases rouges, et déclinés en mesures correctrices afin d'améliorer la prévention auprès des résidents.

► CHAPITRE IV - GESTION DES SOINS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Actes infirmiers et de nursing	2	9	22,2
2-Hygiène corporelle	4	4	100,0
3-Précautions standard	7	8	87,5
4-Précautions complémentaires	3	3	100,0
5-Antiseptiques	0	5	0,0
Total	16	29	55,2

Vous avez obtenu un résultat de 55,2%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

► CHAPITRE V - LES VACCINATIONS CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	3	4	75,0

Vous avez obtenu un résultat de 75,0%

Votre score traduit un engagement fort de l'établissement dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats de ce chapitre peut encore vous permettre d'améliorer certains éléments de prévention.

► CHAPITRE VI - GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Gale	0	8	0,0
2-Tuberculose pulmonaire	0	11	0,0
3-Gastro-entérite	2	5	40,0
4-Infection respiratoire aiguë basse	4	6	66,7
Total	6	30	20,0

Vous avez obtenu un résultat de 20,0%

Votre établissement a un retard important dans ce secteur. Vous devez initier un programme d'actions. Les thèmes apparaissant dans les tableaux seront repris un par un, en priorité ceux figurant dans les cases rouges, et déclinés en mesures correctrices afin d'améliorer la prévention auprès des résidents.

► CHAPITRE VII - PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Total	7	10	70,0

Vous avez obtenu un résultat de 70,0%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

NOTE DE L'ETABLISSEMENT

("Alt+Entrée" pour revenir à la ligne)

Annexe 9 Audit FAM Bizideki du 08. 01. 2014
 Franceline ERAMBERT-SABASCH- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- 2015

PROCEDURE DE DISTRIBUTION QUOTIDIENNE DES MEDICAMENTS



Quartier Cibits 64120 Larveveau

SOMMAIRE

Présentation	2/10.3/10.4/10
Logigramme	5/10
Commentaires	6/10.7/10.8/10.9/10
Indices de révision	10/10

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Présentation	Page 2 sur 10

1 - Buts de la procédure :

Clarifier les modalités d'achat, de stockage*, de préparation et d'aide à la prise des médicaments à destination des usagers du FAM Bizideki.

* La notion de Stock utilisée ici concerne les quelques boîtes d'avance destinées à la continuité du traitement pour un patient donné. En aucun cas, il ne s'agit de constituer une « pharmacie » d'établissement.

2 - Date d'application :

Octobre 2011

3 - Champ et domaine d'application :

Cette procédure s'applique à l'ensemble des cadres de direction, aux auxiliaires médicaux, ainsi qu'aux personnels d'encadrement amenés à distribuer des médicaments aux usagers dans le cadre de leurs fonctions.

A titre exceptionnel, le cadre de direction pourra autoriser le cadre technique d'astreinte à appliquer cette consigne. Pour cela, un document signé lui sera remis.

4 - Textes, règles juridiques et dispositions préétablies opposables :

Textes de référence :

- * Circulaire DGS/DAS N° 99/320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments
- * Décret 2002.194 du 11/02/02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- * Article L 161-1 du code de la santé publique
- * Note du Directeur Général ADAPEI du 07/09/99.
- * Rapport d'enquête Gestion et distribution médicaments - Médecin Inspecteur de Santé Publique du 07/02/97
- * Courrier du pharmacien inspecteur régional de la santé. DRASS Aquitaine du 21/04/04

5 - Sigles, abréviations et vocabulaire utilisé :

D = décide

R = responsable du suivi

E = exécute

I = est informé

6 - Dispositions spécifiques et préalables à la procédure :

Il appartient au médecin prescripteur de préciser sur l'ordonnance si l'intervention d'un infirmier est nécessaire pour la prise des médicaments. Si cette mention figure sur l'ordonnance, seul un Infirmier Diplômé d'Etat peut effectuer l'aide à la prise des médicaments. L'infirmier de l'établissement doit donc solliciter le médecin prescripteur afin qu'il apporte, si nécessaire, cette précision sur l'ordonnance.

Dans la mesure du possible et afin de faciliter la préparation des médicaments et limiter les risques d'erreur, l'infirmier doit solliciter le médecin prescripteur afin de remplacer les médicaments sous forme de gouttes par une présentation sous forme de cachets.

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Présentation	Page 3 sur 10

☞ La distribution des médicaments comporte quatre phases :

- 1/ la préparation
- 2/ l'aide à la prise
- 3/ la vérification de la prise
- 4/ les signatures (distributeur et vérificateur) de la fiche de distribution.

Seul un infirmier diplômé d'Etat peut préparer les médicaments (*pilulier, semainier*) en vue de la distribution.

☞ En cas d'absence des personnels infirmiers, des suppléances peuvent être organisées entre le FAM Bizideki et les établissements de l'ADAPEI 64, après concertation des directeurs, sous forme d'une procédure écrite. Il convient alors de vérifier la formation du personnel concerné.

☞ Lorsque les résidents partent en vacances, ou en famille, le médecin doit établir une ordonnance avec tableau de prescription. La famille ou le lieu d'accueil se charge de la distribution des médicaments.

La présente procédure doit être annexée :

- * au registre médical des prescriptions
- * à la fiche de vérification quotidienne de distribution
- * un exemplaire doit être **affiché dans le local de l'infirmier** ou à défaut, dans l'armoire utilisée pour le stockage des médicaments.

Les points suivants sont à respecter impérativement :

* **Vérification systématique par le service médical** des éventuelles **contre-indications** à la prise de certains médicaments lors de l'admission d'un usager (cf dossier médical) et vérifications périodiques.

* **Pas de médicaments distribués sans prescription. Exceptionnellement**, certains médicaments de confort peuvent être proposés par un intervenant dans les conditions précisées par l'instruction « **protocoles médicaux spécifiques** ».

* **Utilisation obligatoire d'un cahier journalier de liaison** « intervenants-infirmier ».

* **Noms et signatures** de la fiche de vérification quotidienne par le **distributeur et le vérificateur**. Indication de l'heure de chaque prise.

* **Classement des ordonnances** dans le dossier médical de l'usager.

* **Stockage des médicaments à l'infirmier** dans une armoire fermée à clé.

* Gestion du stock des médicaments avec système d'enregistrement et de contrôle des dates de péremption.

* **Préparation et contrôle des médicaments par les deux infirmières**. A titre exceptionnel, en cas d'absence de l'une des deux infirmières, le contrôle pourra être fait avec un membre de la direction ou un cadre technique.

* **Piluliers individuels nominatifs obligatoires**.

* **Rangement du matériel** après distribution dans l'armoire fermée à clé.

* Les différents intervenants sont tenus de respecter les obligations (***Secret professionnel ou discrétion professionnelle, transmission de documents ou de renseignements...***) dans l'exécution de leurs tâches professionnelles précisées notamment par l'article 8 du règlement intérieur du FAM Bizideki.

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Présentation	Page 4 sur 10

7 - Destinataires :

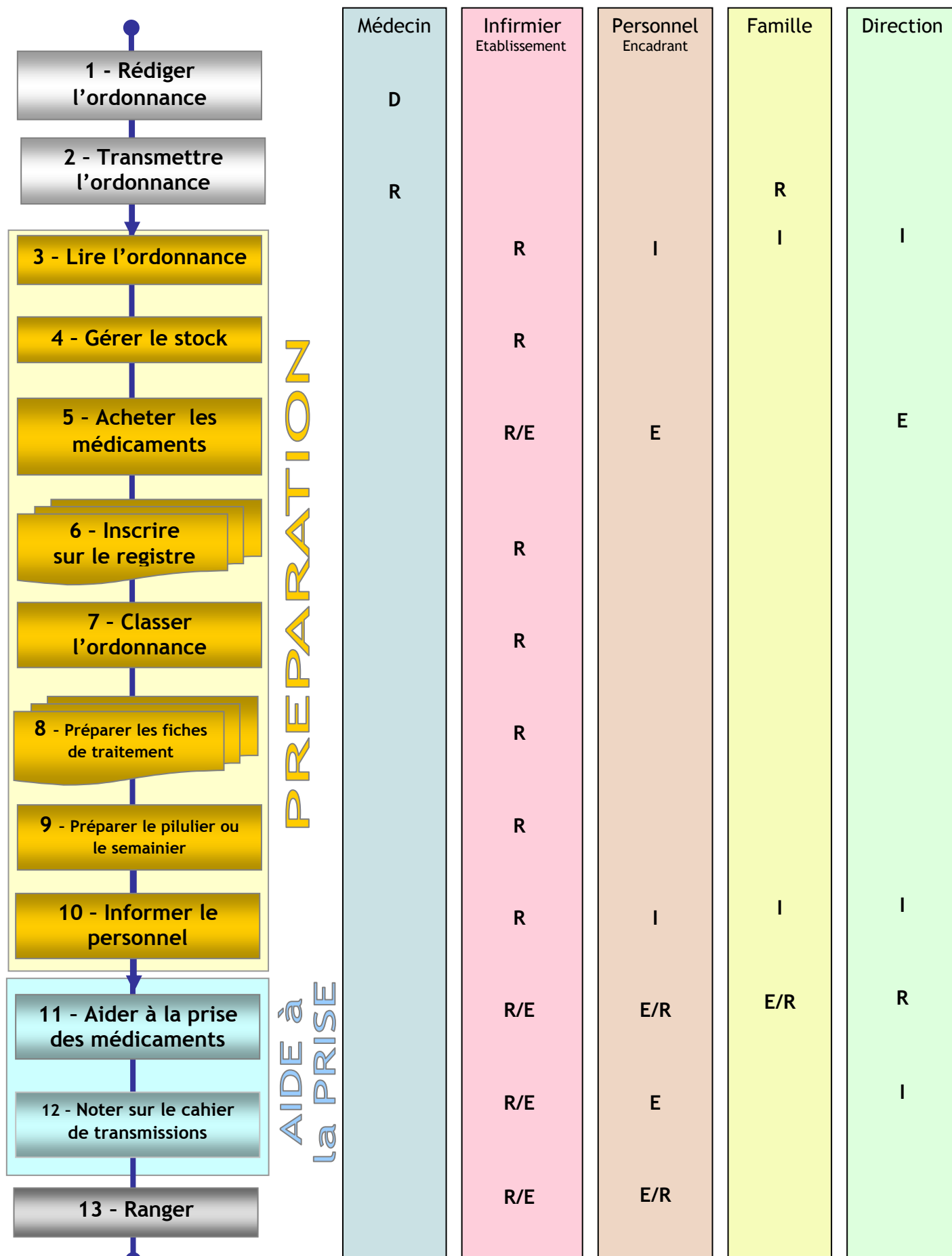
Cadres de Direction et Technique - Médecin psychiatre référent de l'établissement - Infirmières
- Animatrice Qualité- Ensemble du personnel d'encadrement de jour et de nuit.

8 - Diffusion support papier :

La diffusion des procédures mises à jour et le retrait des documents périmés sont effectués par l'animatrice qualité.

9 - Approbation - Date - Visa :

	Noms	Fonctions	Date	Visa
Le rédacteur	Haurie-Hontas L.	Animatrice qualité	octobre 2011	
Les vérificateurs	Barbaste M.	Chef de service	Octobre 2011	
	Landaburu M. Mirambeau I.	Chefs de projet qualité		
L'approbateur	Erambert-Sabasch F.	Directrice	Novembre 2011	



Francelise ERAMBERT-SABASCH- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- 2015

D = décide

R = responsable du suivi

E = exécute

I = est informé

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Commentaires	Page 6 sur 10

1 - Rédiger l'ordonnance

La distribution d'un médicament dans le cadre d'un traitement chronique ne peut se faire que s'il y a une prescription, rédigée par un médecin.

2 - Transmettre l'ordonnance

1-Lorsque l'établissement a la charge du traitement chronique et de son application, le médecin prescripteur transmet l'ordonnance à l'infirmière, au cadre d'astreinte ou à l'encadrant.

3 - Lire l'ordonnance

L'infirmière lit l'ordonnance. Elle vérifie s'il est indiqué que l'intervention d'un auxiliaire médical est nécessaire ou non :

- Si oui, seul un infirmier diplômé d'état peut effectuer la distribution des médicaments. Il peut, sous sa responsabilité, se faire seconder par du personnel « aide soignant » ou « aides médico-psychologiques » qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.
- Si non, les membres du personnel d'encadrement peuvent réaliser uniquement l'aide à la prise des médicaments (la préparation des médicaments relevant toujours de la compétence de l'infirmier). Dans ce cas, l'infirmier doit suivre précisément les indications de l'étape 10 relatives aux informations à délivrer aux personnels en charge de l'aide à la prise.

4 - Gérer le stock

L'infirmière stocke les médicaments à l'infirmerie dans une armoire fermée à clé et inaccessible aux usagers.

Les médicaments autres que pour les soins urgents doivent être classés (*tiroirs, casiers ...*) séparément, au nom de chaque usager.

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Commentaires	Page 7 sur 10

- la distinction entre médicaments achetés, médicaments rapportés par l'utilisateur.
- Une distinction dans la gestion du stock est à faire lorsqu'il s'agit d'un établissement fonctionnant avec des médicaments achetés à titre individuel ou compris dans le prix de journée.

La gestion des stocks doit être faite régulièrement pour la vérification des dates de péremption.

En fonction du stock, l'infirmière s'approvisionne en veillant à disposer d'une quantité suffisante de produits afin d'éviter toute rupture, sans toutefois accumuler un nombre trop important de produits.

5 - Acheter les médicaments

En fonction de la prescription et après vérification du stock disponible, **l'infirmière achète les médicaments** dans la pharmacie attitrée à l'établissement.

Dans le cas où l'établissement a la charge d'un traitement aigu et en l'absence de l'infirmier, l'achat de la prescription peut être réalisé par un encadrant. Dans ce cas, la préparation et l'aide à la prise des médicaments se fait après avis et approbation de la Direction ou cadre technique d'astreinte. Tous ces actes devront être contrôlés par un autre encadrant titulaire ou surveillant de nuit titulaire.

Si la famille prend en charge l'achat des médicaments, elle doit transmettre les produits ainsi que l'ordonnance à l'infirmière ou à un cadre de direction qui doit vérifier la validité de la prescription, la correspondance des produits avec l'ordonnance ainsi que les quantités fournies au regard du délai de traitement.

En cas d'absence de l'infirmière les produits seront confiés à un encadrant du pavillon qui, après approbation de la direction ou du cadre technique d'astreinte, procèdera à la préparation et à l'aide à la prise des médicaments. L'infirmière en prendra acte à son retour.

6 - Inscrire sur le registre médical

Un classeur tenu par l'infirmière, doit contenir des fiches individuelles précisant :

- la date de rédaction de la fiche
- les nom et prénom de l'utilisateur
- le nom du médecin ou des médecins prescripteurs, des spécialistes
- la nature du traitement, la prescription, la durée, la fréquence, les particularités
- les traitements de fond, de confort et supplémentaires.

Ce document est mis à jour aussi souvent que nécessaire, mais il convient de prévoir un système de vérification régulière. **Ceci est fait à chaque changement de traitement.**

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Commentaires	Page 8 sur 10

7 - Classer l'ordonnance

L'infirmière **classe l'ordonnance** dans le dossier médical de l'utilisateur.

8 - Préparer les fiches de traitement

L'infirmière complète **les fiches de traitement** avec les nom et prénom des usagers, la prescription journalière du traitement qui reprend le contenu du pilulier ainsi que les consignes particulières.

9 - Préparer le pilulier ou le semainier

L'infirmière prépare les piluliers ou semainiers à l'infirmerie. Elle doit **s'isoler au moment de la préparation**. Celle-ci se fait pour 7 jours maximum.

Des piluliers ou semainiers portent obligatoirement **les nom et prénom des usagers**.

Les piluliers sont regroupés sur un même support, par exemple un chariot, une armoire avec des cases individuelles et nominatives. Ces rangements sont mis hors d'atteinte des usagers en dehors des temps de distribution.

10 - Informer le personnel

Dans le cas où le personnel d'encadrement serait autorisé à aider à la prise des médicaments, **l'infirmière l'informe des consignes à respecter** et lui transmet les fiches de traitement.

En cas de personnel remplaçant :

- **Seul un remplaçant en poste sur un même pavillon depuis au moins trois mois** est habilité à aider à la prise de traitements.
- **Tout personnel encadrant n'étant pas dans ce cas de figure au sens strict, n'est pas autorisé** à procéder à l'aide à la prise de traitements. Dans ce cas, il devra faire appel au personnel titulaire ou remplaçant sur le même pavillon depuis au moins trois mois.
- Dans le cas où les deux personnels d'encadrement présents sur un pavillon, y sont en poste depuis moins de trois mois, **ils devront faire appel à un personnel d'encadrement titulaire d'un autre pavillon.**
- **Il est interdit aux stagiaires** de procéder à l'aide à la prise des médicaments.

SQ/SHS/PRO/01.00	Procédure distribution quotidienne des médicaments	
	Commentaires	Page9 sur 10

11 - Aider à la prise des médicaments

Si possible, l'aide à la prise des médicaments se déroule dans un lieu unique.

En cas de constat d'incident dans le remplissage du pilulier ou du semainier, l'intervenant informe le cadre de Direction qui aura la responsabilité de prendre les mesures appropriées.

Pour les prescriptions d'urgence, en cas d'absence de l'infirmier, c'est le cadre de direction qui prendra la responsabilité de la prise, après avoir pris conseil auprès d'un médecin.

12 - Noter sur le cahier

Il convient de noter tout incident particulier concernant la distribution des médicaments (*absence des doses, refus de la prise, ...*) sur ce cahier. L'infirmier et le cadre de Direction seront informés par la personne ayant constaté le fait.

Par ailleurs, selon la nature et l'origine de l'incident, il est recommandé de le noter sur la fiche « faits significatifs et incidents critiques ». (Réf : SQ/PI/IMP/001.00)

13 - Ranger

En fin de distribution, l'ensemble du matériel est remplacé par le personnel dans le lieu de stockage fermé à clé.

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	Annexe 11
		Page 1

PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS



Quartier Cibits 64120 Larceveau

SOMMAIRE

Présentation	pages
Logigramme	Page
Commentaires	Pages
Indices de révision	Page

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Présentation	Page 2

1 - Buts de la procédure :

Définir les modalités de tri des différents déchets produits par le FAM Bizideki en respectant la législation en vigueur pour préserver l'environnement, prévenir le risque infectieux et les accidents d'exposition au sang.

2 - Date d'application :

Avril 2013

3 - Champ et domaine d'application :

La présente procédure concerne la gestion de tous les déchets produits dans le FAM.

4 - Textes, règles juridiques et dispositions préétablies opposables :

- ✓ Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des DASRI
- ✓ Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n° 554 de 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
- ✓ Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI
- ✓ Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI
- ✓ Décret n° 99-374 du 12 mai 1999 relatif à la mise sur le marché des piles et des accumulateurs et à leur élimination.
- ✓ Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l'arrêté du 1er juin 2001 modifié relatif au transport des matières dangereuses par route (dit Arrêté ADR)
- ✓ Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI et des pièces anatomiques d'origine humaine
- ✓ Circulaire n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative aux conditionnements des DASRI
- ✓ Guide technique d'élimination des déchets d'activités de soins à risques. Ministère de la santé et des sports, Edition n° 3, 2009
- ✓ Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Présentation	Page 2

5- Définitions et sigles :

Les déchets de soins sont « les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine ou vétérinaire ». Ils peuvent être à risque infectieux, chimique et toxique, radioactif, mécanique. Il convient de réduire ces risques pour protéger :

- les résidents
- les professionnels du FAM
- l'environnement.

DASRI = Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (doivent être manipulés avec des gants)

DM = Déchets Ménagers

OPCT = Objets Piquants, Coupants, Tranchants

6- Destinataires :

L'ensemble du personnel du FAM Bizideki.

7 - Approbation - Date - Visa :

	Noms	Fonctions	Date	Visa
Le rédacteur	Haurie-Hontas L.	Animatrice qualité	Avril 2013	
Les vérificateurs	Malpel L.	Médecin Référent	Avril 2013	
	Abbadie-Pessans M. Iribarne A-M.	Infirmières		
L'approbateur	Erambert-Sabasch F.	Directrice	Avril 2013	

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Recommandations	Page 4

Il est recommandé de désigner une personne de l'établissement comme responsable de la mise en place de la politique de tri des déchets (ORIG - 2009).



1. Tri des déchets

Sont nommés déchets courants :

- déchets à risque infectieux,
- aiguilles et autres objets piquants, coupants, tranchants même sécurisés,
- déchets ménagers,
- verre blanc,
- déchets recyclables.

La fiche technique concernant le tri des déchets courants se situe en annexe.

Tous les contenants de DASRI doivent répondre aux normes actuelles (cf. fiche technique en annexe).

2. Autres tris

ELIMINATION DES PILES USAGEES DE TOUT L'ETABLISSEMENT



Les piles et les pacemakers contiennent du mercure toxique pour l'environnement :

- Les piles usagées sont collectées par chaque service du FAM (un conteneur identifié par service par exemple)
- Recueillies par l'établissement elles sont entreposées dans le local de de l'ouvrier d'entretien avant d'être déposées dans un collecteur spécifique.

ELIMINATION DES AMPOULES « BASSE CONSOMMATION » ET NEONS

Les ampoules « basse consommation » et néons : contiennent un peu de mercure et de nombreux composants. Ils doivent être obligatoirement recyclés. Ils sont triés, collectés à part et confiés à la commune ou collecteurs en déchetterie.

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Recommandations	Page

ELIMINATION DES RADIOGRAPHIES CLASSIQUES

Attention : elles ne doivent pas être éliminées dans les ordures ménagères.

Certaines radiographies contiennent encore des sels d'argent récupérables.

Les sels d'argent sont toxiques pour l'environnement. Lors de l'élimination des radios contenant de l'argent :

- Les radios sont apportées dans un centre d'imagerie médicale,
- Une entreprise agréée vient périodiquement récupérer les radiographies pour en retirer l'argent.



ELIMINATION DES PACEMAKERS ET AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES ACTIFS (TYPE DEFIBRILLATEUR...)

Les personnes décédées ne peuvent pas être mises en terre ou incinérées avec un pacemaker ni autres Dispositifs Médicaux Implantables Actifs (DMIA) (type défibrillateur...)

✓ Lors des décès, le médecin ou le thanatopracteur enlève le boîtier du pacemaker de la personne décédée et coupe à ras la sonde du stimulateur et du défibrillateur. Le défibrillateur est désactivé pour éviter un choc électrique inapproprié.

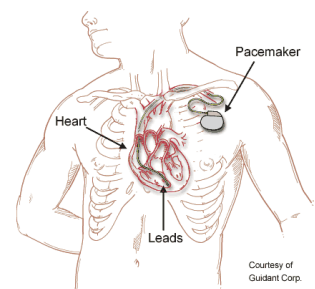
✓ Le boîtier du pacemaker est systématiquement, nettoyé et brossé, immergé dans un bain de détergent- désinfectant selon le protocole de nettoyage/désinfection du petit matériel du FAM.

✓ Il est emballé dans une boîte plastique hermétique avec la mention : «**Produit explanté pour destruction** ».

✓ Indiquer également sur l'emballage :

- la date d'explantation
- un numéro identifiant correspondant à un registre administratif précisant le nom de la personne décédée
- que le dispositif a bien été désinfecté
- le protocole de nettoyage/désinfection du petit matériel du FAM doit être joint dans la boîte

- ✓ 2 filières d'élimination :
- Il est remis au fabricant par envoi postal
 - Il est remis à un collecteur de déchets, au frais du FAM



SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Recommandations	Page

Un bordereau de suivi type CERFA permettra la traçabilité de la destruction dans les 2 cas.

Pour plus de renseignements, cf. Guide technique du ministère de la santé sur les déchets d'activité de soins à risques 2009 (Chapitre Les dispositifs médicaux implantables actifs) et la fiche DRASS Midi-Pyrénées 2004 en annexes.

3. Caractéristiques des locaux de stockage des DASRI

EXTRAIT DE L'ARRETE DU 7 SEPTEMBRE 1999, RELATIF AUX MODALITES D'ENTREPOSAGE DES DASRI (Modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011)

Art. 8. - Sur les sites de production et dans les installations de regroupement, les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés sont entreposés dans des locaux répondant aux caractéristiques suivantes :

1° Ils sont réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés. Une inscription mentionnant leur usage est apposée de manière apparente sur la porte.

Leur surface est adaptée à la quantité de déchets et produits à entreposer ;

2° Ils ne peuvent recevoir que des déchets préalablement emballés. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 29 mai 2009 modifié doivent être placés dans des grands récipients pour vrac, étanches et facilement lavables. La distinction entre les emballages contenant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et les emballages contenant d'autres types de déchets doit être évidente ;

3° Ils sont implantés, construits, aménagés et exploités dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol ;

4° Ils doivent être identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie ;

5° Ils sont correctement ventilés et éclairés et permettent une protection des déchets contre les intempéries et la chaleur ;

6° Ils sont munis de dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux ;

7° Le sol et les parois de ces locaux sont lavables

8° Ils sont dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique conformes aux normes en vigueur. Le robinet de puisage est pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA permettant d'empêcher les retours d'eau Cette disposition ne s'applique pas aux locaux d'entreposage situés à l'intérieur des unités de soins des établissements de santé.

9° Ils font l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

Art. 9. - Lorsque la configuration d'un établissement de santé ne permet pas de respecter les dispositions de l'article 8 du présent arrêté, les déchets d'activités de soins à risques infectieux peuvent être entreposés sur une aire extérieure située dans l'enceinte de l'établissement. Ces aires extérieures d'entreposage, réservées exclusivement aux déchets, respectent les dispositions des 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article 8. Elles répondent également aux dispositions suivantes :

1° Elles sont délimitées par un grillage continu et équipé d'une porte permettant une fermeture efficace

2° Elles sont équipées d'un toit.

Le regroupement et l'entreposage de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés sur des aires extérieures situées en dehors de l'enceinte d'un établissement de santé sont strictement interdits.

4. Durée d'entreposage des DASRI

RESUME DE L'ARRETE DU 14 OCTOBRE 2011 MODIFIANT LES ARRETES DU 7 SEPTEMBRE 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques

Délais d'entreposage des DASRI entre la production et l'incinération (ou le prétraitement par la désinfection).

- **72 heures** maxi si production supérieure à 100 kg par semaine
- **7 jours** maxi si production inférieure à 100 kg par semaine et supérieure à 15 kg par mois
- **1 mois** lorsque la quantité de DASRI est inférieure ou égale à 15 kg par mois (de la production effective à leur enlèvement) et supérieure à 5 kg /mois.

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Révision	Page

	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Annexes	Page

ANNEXES I

Fiche technique : Tri des déchets

Tous les contenants de DASRI doivent répondre aux normes actuelles :

- ✓ Sacs en plastique ou en papier doublés intérieurement de matière plastique = NF X 30-501
- ✓ Caisses en carton avec sac intérieur = NF X 30-507
- ✓ Fûts et jerricans en plastique = NF X 30-505
- ✓ Mini collecteurs et boîtes pour déchets perforants = NF X 30-500
- ✓ Fûts et jerricans pour déchets liquides = NF X 30-506



DECHETS A RISQUE INFECTIEUX	AIGUILLES ET AUTRES OBJETS PIQUANTS COUPANTS TRANCHANTS MÊME SECURISES	DECHETS MENAGERS	VERRE BLANC	DECHETS RECYCLABLES
Dans CARTONS AVEC POCHE JAUNE Ou POCHE JAUNE (Infirmérie, pavillons)	Dans CONTAINERS EN PLASTIQUE JAUNE (Infirmérie)	Dans POCHES PLASTIQUE NOIRES OU GRISES	Dans CARTONS	DANS CAISSE JAUNE
1- Tout ce qui est contaminé par du sang, du pus... 2- Tout déchet pouvant inquiéter la population de la ville s'ils sont évacués dans les déchets ménagers(DM) exemple seringue propre, sonde non utilisée + - Blouses à usage unique - Crachoirs - Pansements. - Set à pansements - Compresses. - Médicaments déconditionnés. - Seringues. - Tubulures de perfusion. - Système de sondage vésical - Matériel aérosol - Matériel à oxygénothérapie - Protection adulte incontinent si infections.	Quand ils sont pleins au ¾ actionner leur fermeture définitive avant de les évacuer avec les DASRI. Tout objet piquant, coupant, tranchant. - Toutes les Aiguilles - Seringues serties : Lovenox, vaccins... - Mandrins des cathéters - Ampoules vides - Rasoirs mécaniques - Auto piqueurs non protégés - Lames de bistouri - Lancettes protégées - Scalpels...	- Déchets alimentaires. - Papiers administratifs - Emballages : matériel stérile, de médicaments... - Fleurs. - Protections papier pour table d'examen. - PROTECTIONS adulte incontinent (sauf si précautions complémentaires). - Poches de colostomie - Flacons perfusion en plastique - Essuie main à usage unique - Flacons de produits d'entretien et d'antiseptiques vides.	- Carafes en verre - Verre blanc cassé. - Assiettes cassées. - Flacons de perfusion en verre. - Flacons vides, de médicament. (NB : Ne pas déposer d'ampoules cassées risque de blessures) NE METTRE QUE DU VERRE	- Cartons : doivent être pliés. - Papiers - Bombes aérosol - Cartouches encre - Boîtes de conserve Métallique - Bouteilles Plastique - Emballages (type brique) - Déchets verts - Huiles alimentaires EN L'ABSENCE DE FILIERE RECYCLABLE, CES DECHETS SONT ELIMINES DANS LES ORDURES MENAGERES

SQ/SHS/PRO/04.00	PROCEDURE DE GESTION DES DECHETS	
	Annexes	Page

ANNEXES 2

Processus d'élimination des pacemakers et défibrillateurs implantables

Dossier : déchets d'activités de soins

Année 2004, Fiche Numéro 3
Date de parution : octobre 2004

DRASS Midi-Pyrénées

Piles et accumulateurs

Réglementation

Piles et accumulateurs

- Arrêté du 26 juin 2001 relatif à la communication des informations concernant la mise sur le marché des piles et accumulateurs et à leur élimination
- Circulaire du 7 janvier 97 relative à l'organisation de la collecte, du recyclage et de l'élimination des piles et accumulateurs
- décret n°99-374 du 12 mai 1999 relatif à la mise sur le marché des piles et accumulateurs et à leur élimination

Retrait Piles implantées

- Décret 2000-318 du 17 avril 2000 :
- Décret n°98-635 du 20 juillet 1998 relatif à la crémation (article R. 2213-15 [ancien article R. 363-16 du code des communes]) ;
- Arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles du certificat de décès ;
- Circulaire du 31 juillet 1995 relative aux prescriptions applicables aux chambres funéraires

Piles et accumulateurs

Définition :

Une pile ou un accumulateur est une source d'énergie électrique obtenue par transformation directe d'énergie chimique lors de son utilisation.

Piles non rechargeables :

- Piles « bâtons » cylindriques ou plates



- Piles « boutons »

Accumulateurs rechargeables

- Plomb-acide (voitures)
- Nickel-cadmium, nickel métal-hydrure et lithium-ion (applications diverses)

- La directive 91/157/CEE du 18 mars 1991 relative aux piles et accumulateurs contenant des matières dangereuses a eu pour objet d'harmoniser les réglementations des Etats membres. Les piles mises sur le marché français doivent être collectées à partir du 1er janvier 2001.

Le décret du 12 mai 99 établit les règles d'une valorisation optimale :

Les fabricants ou distributeurs importateurs doivent reprendre gratuitement les piles et accumulateurs issus des ménages (art 6)

Les utilisateurs autres que les ménages doivent s'assurer de la collecte, de la valorisation et de l'élimination de leurs piles ou accumulateurs qu'ils soient ou non incorporés à des appareils (art 8)

Les piles et accumulateurs doivent être stockés dans des contenants étanches à l'abri des intempéries

Les piles et accumulateurs, ainsi que les appareils les contenant s'ils ne peuvent en être séparés (stimulateurs cardiaques) sont collectés spécifiquement puis éliminés ou valorisés dans des installations autorisées

Pacemakers



et défibrillateurs implantables

Retrait post-mortem

Réaliser une petite incision en regard du boîtier, extraire le boîtier et couper la sonde à ras. Pour les défibrillateurs, il y a nécessité de désactiver l'équipement au préalable sous peine de recevoir une décharge (30J, 750V).

Désinfection

Les dispositifs médicaux doivent être nettoyés de toute trace de contamination. Ils doivent être rendus inertes bactériologiquement avant d'être envoyés à la société qui effectuera le traitement de ce déchet. Cette désinfection peut s'ef-

fectuer par immersion dans une solution d'hypochlorite de sodium contenant 1% de chlore puis par un rinçage abondant à l'eau ou par utilisation des désinfectants usuels en respectant les préconisations des fabricants.

Elimination

Chaque établissement rédige un protocole interne pour l'élimination de ce type de déchets. Deux possibilités :

- Le retour des dispositifs médicaux se fait directement auprès du fabricant, par envoi postal, ou auprès des commerciaux lors de

leur passage dans les établissements. Le coût du traitement est alors pris en charge par la société qui a commercialisé le dispositif médical.

- Les pacemakers, toutes marques confondues, sont remis à un collecteur de déchet. Une convention est alors établie entre l'établissement et le collecteur ainsi qu'entre l'établissement et l'éliminateur final du déchet. Un formulaire CERFA doit être renseigné afin d'assurer la traçabilité de ce déchet. Le coût du traitement est à la charge de l'établissement ayant procédé à l'implantation.

DRASS Midi-Pyrénées

10 Chemin du Raisin
31050 Toulouse Cédex

Messagerie : beatrice.walraeve-
bresson@sante.gouv.fr

Retrouvez-nous sur
midipy.sante.gouv.fr

Les conditions de retour au fabricant ou de remise au collecteur de déchet

Les stimulateurs doivent être remis ou envoyés sans la sonde (bien coupée à ras) dans un emballage hermétique adapté avec la mention « produit explanté pour destruction » après décontamination. L'emballage peut être une poche scellée type matériel à stériliser ou une boîte plastique hermétique. Les défibrillateurs doivent être mis sur « arrêt » pour éviter des chocs inappropriés aux personnes susceptibles de les manipuler.

Certains collecteurs de déchets demandent de faire figurer sur l'emballage une signalisation comme quoi le produit a subi une décontamination et le protocole doit être joint au pacemaker.

Le nom de fabricant est gravé sur le pacemaker, cependant le distributeur français n'est pas toujours relié aisément au fabricant.

Pour faciliter la recherche de l'éliminateur le tableau ci-dessous donne la liste des

marques collectées par les différentes sociétés françaises.

Pour assurer une bonne traçabilité des dispositifs médicaux après l'explantation au sein de l'établissement, il doit être précisé sur l'emballage la date d'explantation et un numéro identifiant. Ce numéro identifiant relié à des données administratives, voire médicales est conservé sur fichier gardé confidentiel au sein de l'établissement de santé.

Fabricants et distributeurs de pacemakers en France

En vert : liste des marques collectées par la société

BIOTRONIK France 2 rue Nicolas Ledoux Silic 231 94528 Rungis Cédex Tél : 01-46-75-96-60 www.biotronik.de	GUIDANT (CPL, Intermedics) 9 rue d'Estienne d'Orves 92504 Rueil Malmaison Cédex Tél : 01-47-14-40-14 www.guidant.com	MEDTRONIC France SAS 122 avenue du Général Leclerc 92514 Boulogne Billancourt Cédex Tél : 01-55-38-17-00 www.medtronic.fr	St JUDE MEDICAL (Pacesetter, Teletronics, Siemens) 1 rond-point Victor Hugo 92130 Issy les Moulineaux Tél : 01-41-46-45-00 www.sjm.com
SORIN (Ela) CA La Boursidière, BP 131 92357 Le Plessis-Robinson Tél : 01-46-01-33-33 www.elamedical.com	TECHNOPACE France (Medico Spa) 77 Bd Jean-Baptiste Oudry 94000 Créteil Tél : 01-43-39-22-00	VITATRON France 40 rue Oradour sur Glane 75015 Paris Tél : 01-53-98-83-00	

Voir aussi la liste des
collecteurs régionaux

Les raisons de l'explantation

« Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière. »
Article 7 du décret n°98-635 du 20 juillet 1998.

Changement de piles :

La durée de vie du stimulateur dépend du type de réglage mais s'étend toujours sur plusieurs années, souvent six à dix ans. L'état de la pile peut être contrôlé par l'appareil de programmation. Lors du changement de stimulateur, les sondes restent généralement en place et seul le boîtier du stimulateur est remplacé.

Retrait post-mortem :

La présence d'une pile doit être notifiée sur le certificat médical de décès par le médecin ayant constaté le décès. L'autorisation de crémation ne peut être accordée que sur attestation de retrait si la personne était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile. Il est à noter que l'explosion d'un pacemaker lors de la crémation d'un patient porteur peut engendrer de graves dégâts

au four crématorium. Les mêmes exigences demeurent si le corps est inhumé.

Protection de l'environnement :

Qu'il s'agisse d'un retrait lors du vivant ou en post-mortem, il est important que le stimulateur suive une filière d'élimination spécifique pour être éliminé ou valorisé dans une installation spécifique.

Bibliographie

Titre	Date	Auteur
Guide pratique sur les déchets dangereux	Juin 2003	Ademe
http://www.prorecyclage.com/filieres		Prorecyclage



Annexes 12 : Questionnaires de satisfaction

Pour les usagers

1. SOCIAL

Est-ce que tu aimes les sorties ? / Est-ce que les sorties te plaisent ?

Présenter des photos illustratives :

restaurant

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

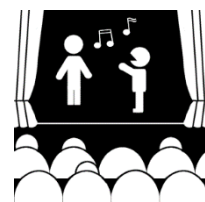


concert

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐



courses

oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐



sport

oui

☐

non

☐

ne sait pas

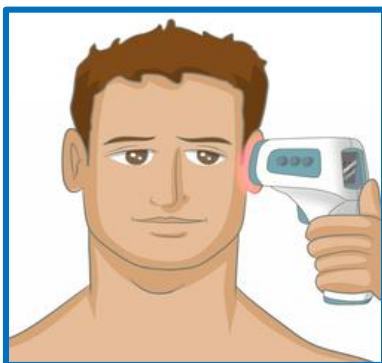
☐

Adaptation de la question pour des résidents qui ne la comprendraient pas à l'aide des photos : leur montrer les objets utilisés au quotidien pour leur signifier les sorties (ex : étrille pour la calèche...).

2. SOINS

**Quand tu as mal,
est-ce qu'à Bizideki on s'occupe bien de toi ?**

Présenter des photos illustratives :



oui

☐

non

☐

ne sait pas

☐

Adaptation de la question pour des résidents qui ne la comprendraient pas à l'aide des photos : montrer un tensiomètre et un thermomètre.

3. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Est-ce que tu te réveilles la nuit ?



oui ☐

non ☐

ne sait pas ☐

Si oui, qu'est-ce que tu fais ?



Pour l'entourage

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos avis en vue de la réécriture du projet d'établissement.

Quelle est votre situation avec la personne accueillie ?

Liens de parenté ☐

Organisme de tutelle ☐

Autres ☐

1- Que pensez-vous des modalités mises en place par le Foyer d'Accueil Médicalisé BIZIDEKI pour coopérer avec les familles ? (Réunion projet individuel, Réunion parents/professionnels, appels téléphoniques, questionnaires, mails, cahier de liaison etc..).

2- Etes-vous satisfaits de la manière dont les liens avec la personne accueillie sont favorisés ?

Merci pour votre collaboration.

La communauté qualité

Annexe 13	PAF 2015						
INTITULE DE L'ACTION	Emploi occupé par les salariés	action pluriannuelle	DETAIL DES FRAIS			Cout total paf	Cout total Fonds Pro
				PAF	F Pro		
L'éthique dans la relation d'aide et de soins	12 à 14 personnes du personnel paramédical et éducatif	19 au 22/05	frais pédagogiques déplacement repas et hébergement	5 250		5 250	
Les particularités sensorielles et leur impact dans la vie quotidienne des personnes avec AUTISME	4 personnes	16 au 17/02	frais pédagogiques repas et hébergement allocation formation déplacement	300 96		396	
Word Perfectionnement et excel prise en main	1 AMP 1 Secrétaire 1 AS	09 au 10/03	frais pédagogiques repas hébergement déplacement allocation formation	840 108		948	
L'eau comme médiateur éducatif	1 AMP diplômée également AS 1 AMP	15 au 19/06	frais pédagogiques repas hébergement déplacement allocation de formation	2260 180		2 440	
Vieillessement, dépendance, autonomie : la bientraitance, un défi au quotidien ?	1 AS de nuit 1 surveillante de nuit	14 au 16/04	frais pédagogiques repas hébergement déplacement	835 474 400		1 709	
Colloque cadres			frais pédagogiques repas hébergement déplacement allocation formation	496		496	
CAFERUIS Période pro	1 éducatrice spécialisée	2015 à 2017	frais pédagogiques/ repas déplacement hébergement		6240		6240
Ethique affectivité et empathie dans la relation d'accompagnement et de soin	2 infirmières 1 éducatrice spécialisée APR						
CAFDES	Directrice	2015					1506
				TOTAL PAF 2015		11 239	7746
Fait le 12 décembre 2014 après consultation des DP			TOTAL PARTIE FINANCIERE CALCULEE 2015			11 244,66	

Annexe 14 Pré-étapes, étapes pour l'écriture du PE 2015-2019 et son évaluation

Pré-Etape 1. La communauté qualité de la structure se réunit et fait le choix (lié à l'espace temps) que c'est cette même instance qui constituera le comité de pilotage du Projet d'Etablissement (2 mai 2014).

Pré-Etape 2. Première réunion institutionnelle avec comme ordre du jour : Evaluation externe et réécriture du Projet d'Etablissement + Appel à candidatures pour participation des collègues au comité de pilotage (26 mai 2014)

Pré-étape 3. Evaluation externe (8 et 9 juillet 2014)

Pré-étape 4. Evaluation du Projet d'Etablissement 2009-2014 (3 septembre 2014).

Puis, des étapes de travail ont pu s'étaler entre septembre et décembre 2014 de la manière suivante :

Etape 1. Calendrier des rencontres de la Communauté Qualité + répartition des chapitres + préparation des questionnaires aux usagers et aux familles / mandataires judiciaires (16 et 23 septembre 2014)

Etape 2. Ecriture des chapitres (sauf chapitres 5 et 7) par les membres du comité de pilotage et échanges entre eux (entre le 23 septembre et le 3 novembre 2014). Utilisation du réseau informatique.

Etape 3. Lecture et validation des candidatures : vu le faible nombre de candidats, choix du comité de pilotage de ne les faire intervenir que sur les échanges et écriture du chapitre 5 portant sur les principes d'intervention (3 novembre 2014).

Etape 4. Seconde réunion institutionnelle (4 novembre 2014) où il va être restitué l'avancée des travaux, la problématique du faible nombre de volontaires à la ré-écriture du projet et du modèle participatif « imposé » à tous pour la participation (entretien individuel pour la présentation du questionnaire entre chaque résident et un professionnel, quel que soit sa fonction), l'appropriation et la validation du nouveau projet d'établissement par tous les professionnels.

Etape 5. Poursuite des travaux d'écriture du projet d'établissement par le comité de pilotage + envoi des questionnaires aux familles et mandataires judiciaires (4 novembre 2014)

Etape 6. Entretiens individuels avec les résidents et les membres du personnel pour remplir les questionnaires-usagers (entre le 5 et le 11 novembre 2014)

Etape 7. Comité de pilotage élargi pour chapitre 5 (12 et 13 novembre 2014)

Etape 8. Exploitation des deux questionnaires (19 novembre 2014)

Etape 9. 1^{er} jet du PE, Lecture et transmission aux collègues (entre 25 novembre et 1^{er} décembre 2014)

Etape 10. Prise de connaissance des commentaires des collègues (2 décembre 2014)

Etape 11. Dernières corrections du projet d'établissement et validation par le comité de pilotage (2 décembre 2014).

Suivront au cours du premier trimestre 2015 les après-étapes suivantes :

Après-étape 1. Transmission du projet d'établissement au CVS pour avis

Après-étape 2. Transmission au CA pour validation

Après-étape 3. Transmission au siège social de l'Adapei des PA (mandataire de Gestion)

Après-étape 4. Mise en œuvre du projet au sein de l'établissement

Après-étape 5. Transmission aux autorités de tarification.

Des évaluations collectives du projet d'établissement devront se réaliser chaque année, de 2015 à 2018, puis une évaluation générale du document en 2019.

<ERAMBERT-SABASCH>	<Francelise>	<Novembre 2015>
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine		
RECONSIDÉRER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT POUR GÉRER AVEC EFFICIENCE UN FAM ACCUEILLANT UN NOUVEAU PUBLIC		
Résumé : Quelle est la capacité de la structure à introduire un champ de compétences diversifiées et complémentaires afin d'offrir un accompagnement de qualité aux personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED) et autres, accueillies dans cet établissement ? C'est l'enjeu de ma démarche d'actualisation du projet d'établissement du FAM Bizideki. Ce travail de réécriture du projet d'établissement permet la prise en compte de la nécessité de diversification et de complémentarité de l'offre de services pour répondre à l'évolution des besoins des personnes accueillies dans la structure. Le plan d'action exposé dans ce mémoire, vise trois objectifs qui sont complémentaires : - en direction des équipes éducatives et paramédicales, pour accompagner autrement le public accueilli - destiné à l'équipe de direction, pour lier le management par la compétence et le management des compétences - en direction de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, pour mesurer l'impact du projet avec les outils de la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge.		
Mots clés : ACCOMPAGNEMENT- BIENTRAITANCE- CHANGEMENT- COMPÉTENCES- EFFICIENCE		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		