Sommaire

Sommaire **1**

Préambule **3**

Introduction **5**

1 Présentation générale **7**

1.1 L'Association gestionnaire 7

1.2 Le service SAMSAH48/SSIADPH 10

1.3 Le public accompagné 16

2 Le cadre conceptuel et les outils **21**

2.1 L'approche positive 21

2.2 La bientraitance 24

2.3 Gestion des risques et prévention de la maltraitance 27

2.4 Evaluation interne et amélioration continue de la qualité 31

3 L'accompagnement **37**

3.1 Prestations 37

3.5 Partenariat et réseau 66

4 Les Fonctions support **71**

4.1 Management et gestion des ressources humaines 71

4.2 Organisation du travail et des services 73

4.3 Moyens matériels 74

4.4 Relations institutionnelles avec l'environnement 74

Conclusion **77**

Glossaire **79**

Préambule

Un projet d'établissement est avant tout la concrétisation de la volonté d'une équipe d'offrir un service adapté et de qualité aux personnes qu'elle accueille et accompagne. Il n'est que la traduction, des valeurs et des réflexions sur la meilleure manière de répondre aux attentes des hommes et des femmes qui nous font confiance.

Je me félicite de ce travail qui vient d'abord traduire l'expérience que le SAMSAH met en œuvre depuis près de 6 ans. Ce nouveau projet est le fruit de cette maturation, enrichi par les multiples rencontres, échanges avec les usagers du service et les partenaires, mais également au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Le SAMSAH et le SSIADPH ne sont pas que des services, ils sont également des lieux porteurs de sens, bien évidemment pour les professionnels, mais aussi plus largement pour les acteurs du médico-social, voire pour l'environnement social. Notre société fondée sur des valeurs de l'autonomie et de la compétition doit reconnaître l'apport essentiel des personnes en situation de handicap.

Je reprendrais les paroles de Jûrgen MOLTAN qui écrivait : « il n'y a aucune différence entre les gens en bonne santé et les personnes handicapées, car chaque existence humaine à ses limites, ses vulnérabilités et ses faiblesses. Nous sommes nés dépendants et nous mourrons démunis. C'est seulement l'idéal de bonne santé, celui d'une société de forts, qui condamne une portion de l'humanité à être handicapés ».

Au-delà des services offerts, des rôles des uns et des autres, des moyens humains et matériels, notre volonté d'agir repose d'abord sur le fait que nous accompagnons des hommes et des femmes qui veulent - malgré leurs limites - vivre debout et être reconnus dans toute leur dimension humaine.

Voilà peut-être la plus belle mission que nous puissions voir porter par le dispositif Réseau Lozère Autonomie.

Jean-Louis CARCENAC,
Président des « Résidences Lozériennes d'Olt ».

Introduction

Ecrire un projet est toujours un acte délicat… cela demande une mise à plat de son fonctionnement, mais également de pouvoir se projeter dans un avenir, dont les contours sont parfois difficiles à déterminer.

En 2007, le SAMSAH naissait sur les terres de Lozère, lieu emblématique de l'accueil de personnes handicapées au travers de l'existence de nombreux établissements médico-sociaux. La création d'un dispositif d'appui et d'accompagnement pour des personnes vivant à domicile a donc représenté un beau défi pour notre association.

Avec l'appui de notre partenaire, l'APF, nous avons donc bâti un projet de service permettant de répondre aux besoins des futurs usagers. Il était donc nécessaire 5 ans après de repenser le projet, de le réactualiser à la lumière de l'expérience des équipes emmagasinée sur le terrain. Un premier travail d'écriture – avec l'appui de l'ETES, a donc été réalisé sur l'année 2010-2011 mobilisant l'ensemble des équipes. Ce premier jet a nécessité d'être repris pour rester en cohérence avec les autres projets des établissements gérés par l'association, tant au niveau de la forme, que de certains contenus. Avec l'appui d'un intervenant extérieur – A3D Consulting – un petit groupe a entrepris de revisiter le premier travail et de finaliser un projet, en prenant en compte les exigences de la recommandation ANESM relative au projet d'établissement.

Ce travail est donc le fruit d'une longue maturation, et qui a mobilisé les professionnels à plusieurs reprises.

- Il vise dans un premier temps à clarifier l'offre du SAMSAH et du SSIADPH réunis sous le même vocable de « Réseau Lozère Autonomie » : à quoi servons-nous ? Quelle est notre offre ?
- Dans un deuxième temps, ce travail permet de préciser nos modalités d'intervention, ainsi que des principes qui guident nos actions, nos préconisations. A ce titre, ce projet sert de point d'appui, de référence aux professionnels actuels et futurs pour organiser leur accompagnement.
- Enfin, le projet pose également des pistes de travail pour faire évoluer l'offre, améliorer notre fonctionnement, mieux répondre aux besoins des usagers des services.

En espérant que ce projet vous aide à mieux nous connaître et donc à favoriser le déploiement de notre offre auprès des personnes qui en ont besoin.

1 Présentation générale

1.1 L'Association gestionnaire

Présentation de l'Association gestionnaire

L'Association: Les « Résidences Lozériennes d'Olt » est une association à but non lucratif de type loi 1901, N° 01211 fondée le 4 Juin 1972. Déclarée en Préfecture le 9 juin 1972 : Publication au J.O. du 21 juin 1972. Elle a pour but :

« *D'accueillir et d'accompagner toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur handicap et, même si les chances d'une insertion sociale authentique paraissent limitées, de mettre en place des structures de vie et de travail correspondant à leurs possibilités.* »

Elle est membre adhérent de l'UNAPH (Union Nationale des Associations de Parents Handicapés) et de la FEHAP (Fédération des établissements privés à buts non lucratifs). Elle est membre du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale des établissements pour handicapés de Lozère.

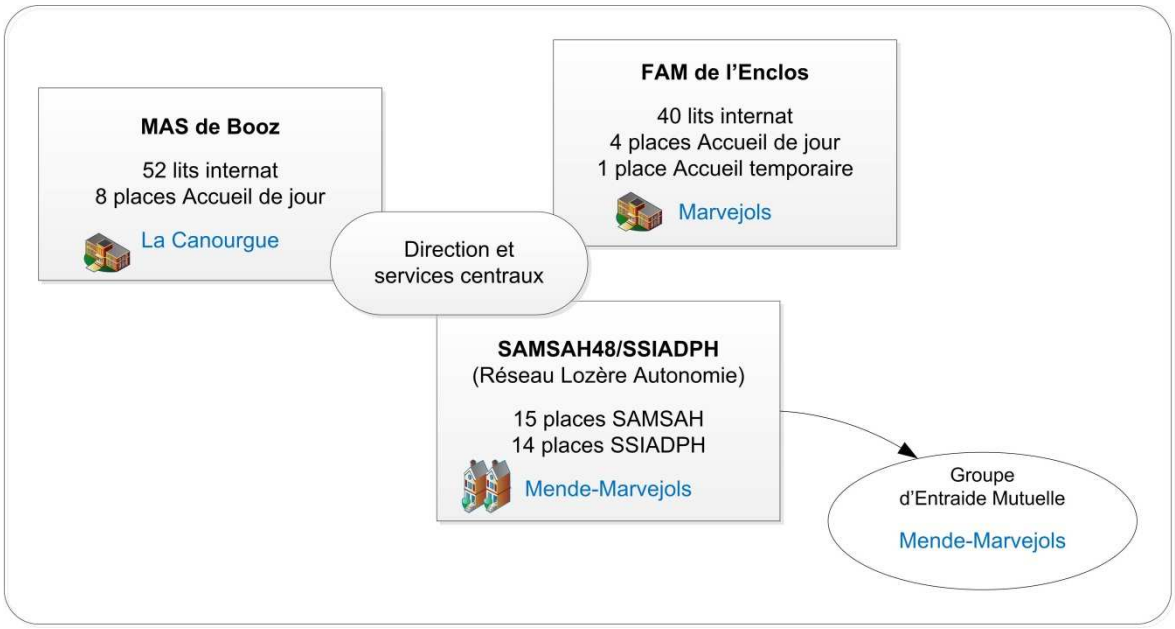


FIGURE 1 : LES STRUCTURES GEREES PAR L'ASSOCIATION

- **La composition de l'Association**
  - Président : Monsieur CARCENAC Jean-Louis
  - Vice-président : Monsieur ROQUEPLO Paul
  - Trésorier : Monsieur DALLE Jean-Louis
  - Secrétaire : Monsieur BLANC Henri

Le conseil d'administration de l'association se réunit deux fois par an, et le bureau au moins 4 fois par an. Les administrateurs sont régulièrement informés de la vie des établissements par une lettre d'information rédigée par le directeur de l'association (deux à trois fois par an).

- **La politique associative**

Elle se traduit au travers d'un projet associatif élaboré en 2001. Il promeut des valeurs qui s'enracinent dans des références chrétiennes et humanistes.

Ces valeurs s'organisent autour de trois grands principes qui doivent irriguer la culture de chaque établissement et service :

- un sens de la responsabilité,
- une volonté de promouvoir le travail en équipe,
- un esprit d'innovation permanente.

Le projet décrit deux axes forts en matière d'orientation de son offre de service, qui ont vu des traductions concrètes ces dernières années.

- Favoriser l'ouverture des établissements en axant ses pratiques sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées.
- Favoriser l'ouverture de l'offre à d'autres publics. Avec le développement des services du « Réseau Lozère Autonomie », le parrainage du GEM, l'ouverture de place d'accueil de jour, l'Association a développé d'autres réponses de proximité importante pour les personnes en situation de handicap vivant en Lozère.

Elle se traduit encore dans un plan d'action stratégique. Ce document guide l'action de la direction sur une période de 5 ans. Le plan d'action stratégique 2009-2013 a servi de base pour l'élaboration du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) en janvier 2010.

- **Repères historiques**

L'association est née dans un lieu chargé d'histoire (le domaine de Booz). Les principales dates sont les suivantes :

- 4 Juin 72 : Création de l'Association gestionnaire « Les Résidences Lozériennes d'Olt »
- 1er Août 72 : Création du Centre de soins et d'éducation spécialisée du Domaine de Booz
- 21 Mars 73 : Agrément Unité Expérimentale « Centre d'Accueil et de Soins pour débiles et arriérés profonds avec ou sans Handicap moteur associé (75 lits handicapés adultes âgés de plus de 16 ans) »
- 1981 : reprise du centre de l'Enclos qui a été, en 1963, un IMP géré par la Congrégation des filles de la Charité, puis en 1966, un Institut de rééducation de 60 lits pour filles de 6 à 16 ans (jusqu'à 20 ans par dérogation).
- 1986 : Changement d'habilitation : Maison de Santé pour Maladies Mentales et suppression de l'agrément de l'Institut de Rééducation de l'Enclos de 60 lits avec une extension de 75 à 110 lits du Centre Médical Pierre BLANC par reconversion.
- 1er Janvier 1998 : passage du Prix de Journée Préfectoral à un financement sous dotation globale.

- 1er janvier 2002 : agrément Maison d'Accueil Spécialisée pour le Domaine de Booz et Foyer d'Accueil Médicalisé pour le Domaine de l'Enclos
- 2007 : Création du « Réseau Lozère Autonomie » avec un agrément SAMSAH pour 15 places et un agrément SSIADPH pour 10 places.
- 2008 : Mise en place dans le cadre d'un partenariat avec l'association « Le Clos du Nid » du Groupe d'entraide Mutuelle de Lozère.
- 2009 : Extension des places de SSIADPH de 10 à 14 places – Mise en place de l'accueil de jour sur le Domaine de Booz.
- 2012 : Adhésion au groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale de Lozère.

La vision stratégique portée par l'Association

Depuis sa création l'Association des Résidences Lozériennes d'Olt affirme :

- la volonté d'être au service des familles en offrant une alternative à l'hospitalisation psychiatrique, mais aussi pour accueillir les enfants, placés ou non en institution, devenus adultes ;
- une vision globale et adaptée aux nouvelles techniques de l'évolution des structures et des modes de prise en charge et d'accompagnement des personnes lourdement handicapées ;
- un travail partenarial et complémentaire avec les structures institutionnelles locales, régionales, voire nationales du secteur sanitaire et médico-social, mais aussi une démarche d'adaptation des moyens aux besoins nouveaux repérés.

De nombreuses mutations surviennent dans l'environnement de l'association : raréfaction des ressources financières, regroupement de structures, augmentation des exigences normatives, tension en matière de recrutement sur certains emplois spécialisés, pression à la restructuration sur l'équipement lozérien en matière d'accueil des personnes handicapées.

Afin d'assurer sa pérennité, l'Association pose un certains nombres de principes pour organiser son développement :

- la nécessité de garantir un haut niveau de qualité dans le service rendu ;
- la volonté de participer à des partenariats fructueux entre les différents acteurs du champ du handicap, mais également du secteur Personnes âgées afin de répondre efficacement aux défis à venir ;
- le souhait de pouvoir recentrer au maximum son offre de service sur et pour le territoire lozérien et ses habitants, et/ou les départements limitrophes.

1.2 Le service SAMSAH48/SSIADPH

Le cadre réglementaire

Il s'agit de poser le contexte dans lequel le SAMSAH48/SSIADPH est amené à fonctionner, d'aborder le cadre réglementaire dans le domaine de l'accompagnement médico-social en milieu ouvert et de rendre lisible nos interventions auprès de l'usager.

Ces lois ont énormément impacté sur les pratiques des professionnels et imposent des remises en question sur l'ensemble des fonctionnements établis depuis 1975. Elles permettent de garantir l'intégrité physique et morale de la personne handicapée et de toujours se réinterroger sur sa qualité de vie.

- **La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et les décrets y afférents.

  Cette loi met en avant les droits des personnes et affirme un certain nombre de notions devenues obligatoires.

  « …La personne doit être actrice de son propre projet, elle doit être informée et respectée dans ses choix… »

  Elle a instaurée la mise en place de 7 outils qui permettent de garantir l'exercice effectif des droits de la personne : le contrat de séjour, le livret d'accueil, le recours à une personne qualifiée, la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement ou de service, le conseil de la vie sociale.

  Elle place les acteurs de l'action sociale et médico-sociale sur un même niveau afin d'œuvrer dans l'intérêt des personnes handicapées. L'objectif majeur étant toujours de garantir un accompagnement le plus juste possible.

- **Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003** relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médicosociaux.

  Ce décret d'application de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale concerne un grand nombre d'associations du secteur sanitaire et social.

  Ses dispositions ont des conséquences sur l'organisation des associations et portent notamment sur l'établissement d'un budget dans un cadre modifié, avec une présentation par groupes fonctionnels plus conforme à l'activité du secteur et des pouvoirs renforcés pour l'autorité de tarification. La création de modalités de contrôles et d'évaluations, ainsi que diverses dispositions concernant la gestion financière, la procédure d'information sur les conventions, les frais de siège et leur financement.

- **Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

  Ce décret permet de mieux cerner la population concernée, le lieu d'exercice, les intervenants et les obligations d'un SSIAD pour personne handicapée. Il définit plus particulièrement des notions de prévention, d'amélioration de l'autonomie des personnes dans les gestes de la vie quotidienne et de valorisation de l'image psychique et physique de soi.

Ces services sont des structures de référence qui permettent l'ouverture vers l'extérieur et donnent l'occasion de nouer des partenariats avec des professionnels de santé de proximité et avec des services de soutien à domicile avec lesquels ils passent des conventions. Ils s'inscrivent dans l'articulation domicile-établissement et marquent un dynamisme de décloisonnement du sanitaire et du social.

La notion de coordination y est tout particulièrement définie. Elle impose l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins.

- **La loi n°2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

  Cette loi donne une définition du handicap et instaure la création des Maisons départementales du Handicap. Elle vient réinterroger et poser les droits des personnes handicapées en matière d'accueil, de droit à la compensation, de ressources, de scolarité, d'emploi, d'accessibilité et de citoyenneté.

  « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

- **Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005** relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

  Ce décret modifie et complète le Code de l'Action Sociale et des Familles afin de cadrer l'organisation et le fonctionnement des SAMSAH et des SAVS en application des lois de 2002 et 2005.

  Il vient décrire les missions et le cadre d'intervention des professionnels à domicile. Il met en complémentarité les objectifs du travail médico-social et paramédical en milieu ouvert, et ce de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel.

  La prise en charge en matière d'accompagnement et de soins par les SAMSAH doit mener à bien la coordination des acteurs médico-sociaux nécessaires à la mise en œuvre du projet de vie élaboré par l'usager et l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement.

Les agréments et la capacité d'accueil

Le service dispose d'un agrément SAMSAH délivré conjointement par le président du Conseil Général et le Préfet pour une capacité d'accueil de 15 places (Arrêté de création n°07-110 002 du 20 avril 2007).

Actuellement, le service accompagne une trentaine de personnes. Car si l'ensemble des compétences professionnelles de l'équipe sont mobilisées lors de la phase d'évaluation précédant la création du projet d'accompagnement, il est rare que l'accompagnement nécessite la mobilisation de l'ensemble des compétences de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi cela nous permet de nous engager dans d'autres suivis sans mettre à mal la qualité des prestations et la réponse aux besoins évalués.

Concernant le SSIADPH, l'agrément est délivré par le Préfet pour une capacité d'accueil de 14 places (Arrêté de création n° 07-080 008 du 21 mars 2007).

Actuellement, le Service accompagne 17 personnes. En complément de son équipe de professionnels, le Service s'appuie sur des conventionnements avec des professionnels soignants libéraux de proximité afin de répondre à la globalité des prises en charge en soins.

Les missions

Le SAMSAH48/SSIADPH a été créé pour répondre à des besoins constatés, d'un accompagnement dans la vie quotidienne et d'un maintien du lien social, mais aussi d'un accompagnement permettant de garantir la continuité des soins, à domicile ou dans tous les lieux (milieu ordinaire ou protégé) où s'exercent les activités des personnes handicapées.

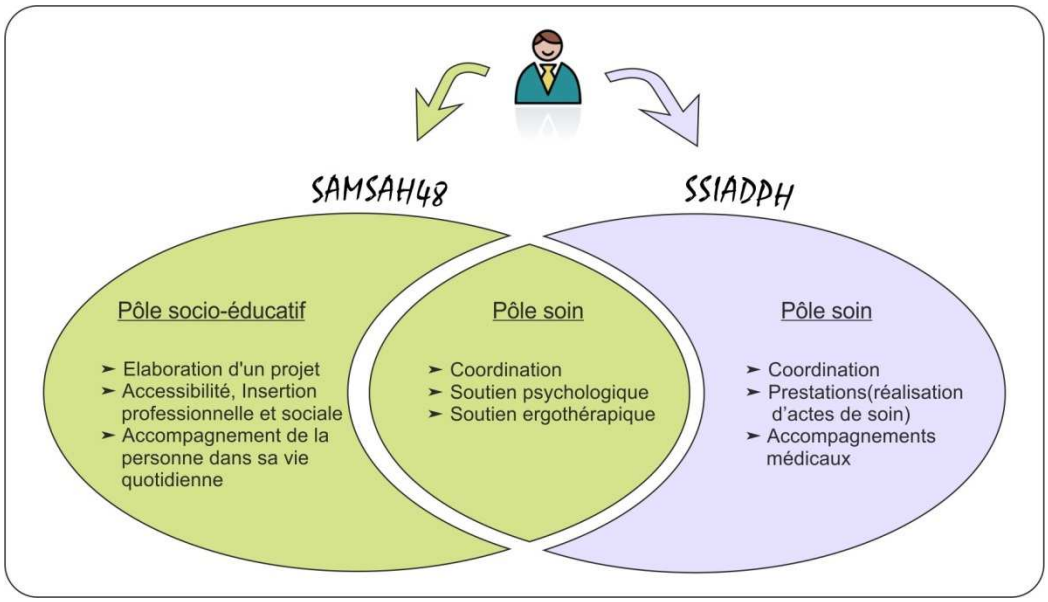


FIGURE 2 : UN SERVICE, DEUX AUTORISATIONS

« Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » Décret n°2005-223 du 11 mars 2005.

« Le SSIADPH s'inscrit dans une démarche globale de soutien à la personne handicapée. Il doit permettre de prévenir et de retarder la dépendance, d'améliorer l'autonomie des personnes aux gestes de la vie quotidienne et de valoriser l'image psychique et physique de soi. Le service est une structure de référence pour les médecins, les infirmiers, les personnes et leurs familles. Il permet une meilleure coordination médecins/ infirmiers libéraux/ hôpitaux/ personnes et familles. Il peut assurer si nécessaire des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. » Décret n°2004-613 du 25 juin 2004.

Il s'agit pour le SAMSAH48/SSIADPH :

- sur la base de l'évaluation : de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap, de concourir à résoudre de manière conjointe et

complémentaire les difficultés d'ordre social et médico-social et corrélativement les difficultés d'insertion, de permettre une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;

- pour répondre à la diversité des situations et des approches : d'organiser localement des réponses de proximité de qualité pour des personnes qui ont besoin d'aide, de promouvoir une approche globale et inscrite dans le développement local, de décloisonner l'action en faveur des personnes handicapées et d'articuler et de coordonner les différentes aides.

La durée d'accompagnement et le renouvellement

La notification d'orientation SAMSAH délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) précise la durée d'orientation. Cette durée est évaluée et proposée par la MDPH. Elle correspond à une valeur de temps estimée nécessaire pour la mise en œuvre et la réalisation du projet de vie de la personne.

A ce titre, l'usager peut demander un renouvellement en motivant que la durée d'accompagnement n'a pas été suffisante pour mener à bien les objectifs ciblés ou que d'autres objectifs se sont détachés durant le suivi et qu'ils s'imposent.

Inversement, la durée d'un accompagnement peut être diminuée par rapport à la durée estimée par la MDPH. L'arrêt d'un suivi s'entend à partir du moment où les objectifs du projet individuel sont atteints et que la personne estime avoir un milieu de vie sécurisant sans le SAMSAH/SSIADPH. L'usager est toujours prévenu que la durée d'accompagnement notifiée par la MDPH reste une estimation, mais n'est pas un dû. C'est le travail de collaboration entre l'usager et le service qui la déterminera.

Dans tous les cas, les fins d'accompagnements sont spécifiées et motivées à la MDPH par courrier.

La localisation et les moyens techniques

Les locaux du SAMSAH48/SSIADPH sont implantés dans le centre-ville de Mende (Préfecture de la Lozère) située au cœur du département.

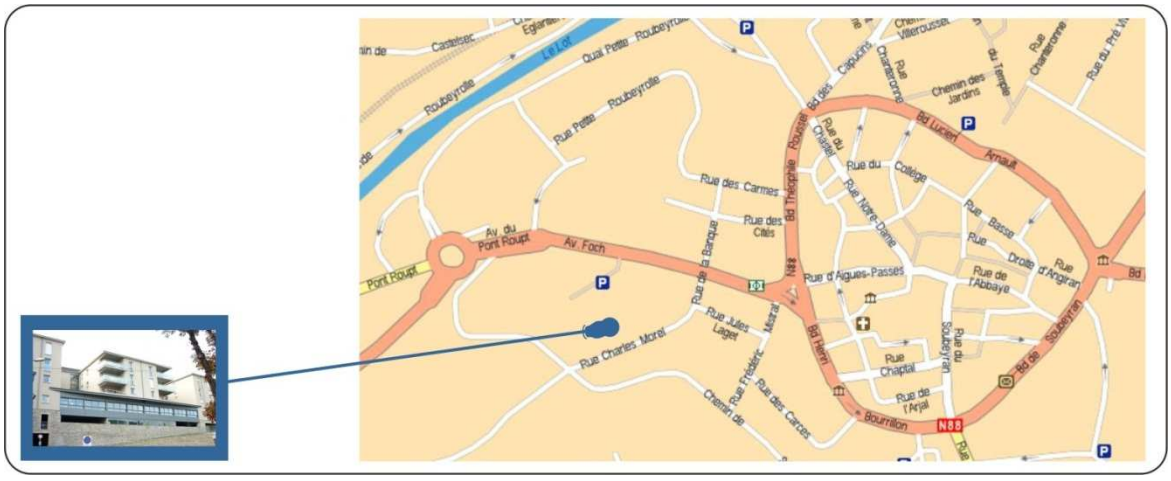


FIGURE 3 : LOCALISATION GEOGRAPHIQUE

Le choix de cette localisation géographique permet de répondre à des suivis sur l'ensemble du département et facilite d'une part l'action en milieu ouvert (visite à domicile) pour les professionnels des deux services, et d'autre part, permet l'accueil sur site et l'accès à l'ensemble des services de la collectivité.

FIGURE 4 : LES LOCAUX DU SERVICE IMPLANTES AU CENTRE-VILLE DE MENDE

Une antenne des services se trouve à Marvejols afin de favoriser la proximité avec les usagers.

Les bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 17h00.

Néanmoins, les horaires sont adaptables en fonction des besoins de la personne en termes d'accompagnement et de suivi. De plus, une astreinte téléphonique est opérationnelle afin de pouvoir garantir la continuité des prises en charges et dont, notamment dans des situations d'urgences, la complexité nécessite la coordination du service.

Les intervenants disposent de 6 véhicules de service, dont deux adaptés.

Un système informatique spécifique - Médiateam- permet de gérer les données relatives aux dossiers administratifs et sociaux des usagers. Ce système permet des interactions entre les professionnels, mais aussi respecte pleinement les notions de confidentialités des personnes accueillies.

L’équipe, animée par la chef de service, est composée d’une quinzaine de professionnels dans une diversité de compétences (médical, paramédical, soin et socio-éducatif).

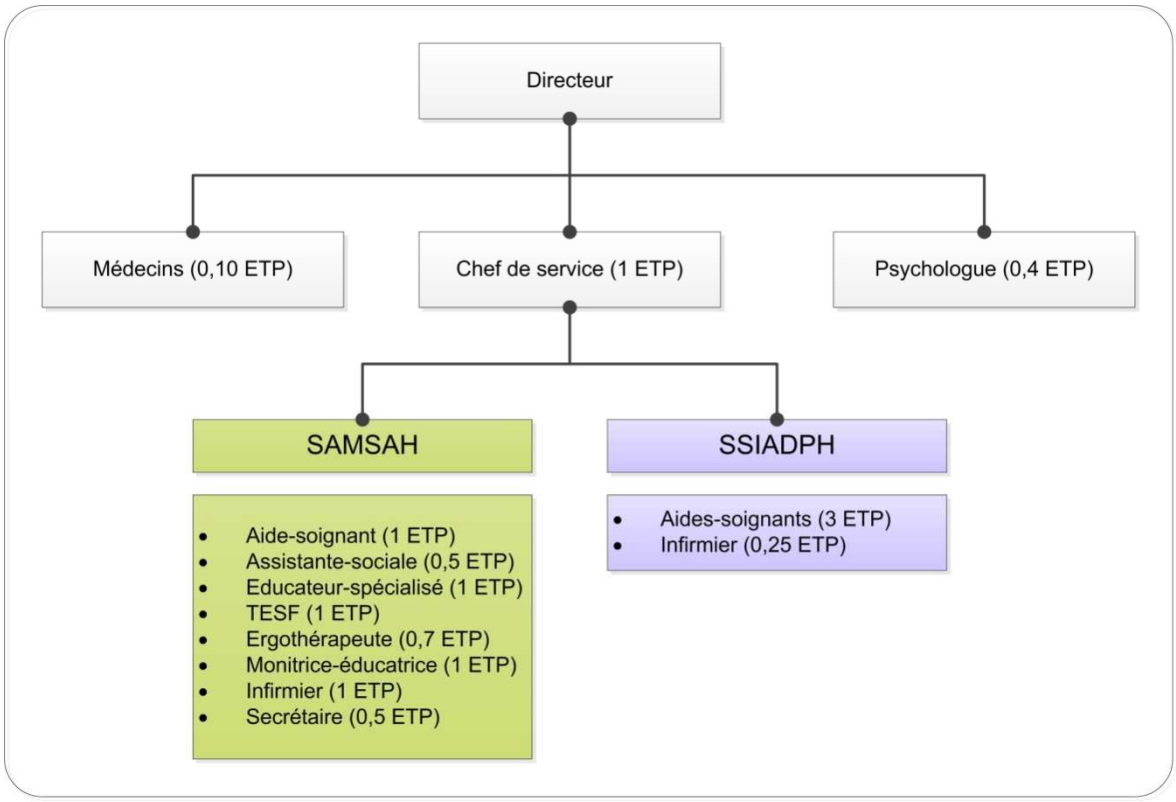


FIGURE 5 : L'ORGANIGRAMME

Le service en résumé : *« Carte de visite »*

SAMSAH 48

Orientation	La personne doit bénéficier d’une orientation SAMSAH délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
Mission	"Le SAMSAH 48 a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, d'assurer des missions contribuant à la réalisation du projet de vie de la personne adulte handicapée par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leurs accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité" (Décret n°2005-223 du 11 mars 2005).
Financement	Le financement est alloué par le Conseil général et par l'Agence Régionale de Santé.
Population	Le service s'adresse aux personnes adultes handicapées (de plus de 20 ans et dont le handicap a été reconnu avant 60 ans) de la Lozère quel que soit la nature du handicap (moteur, mental, psychique, sensoriel).

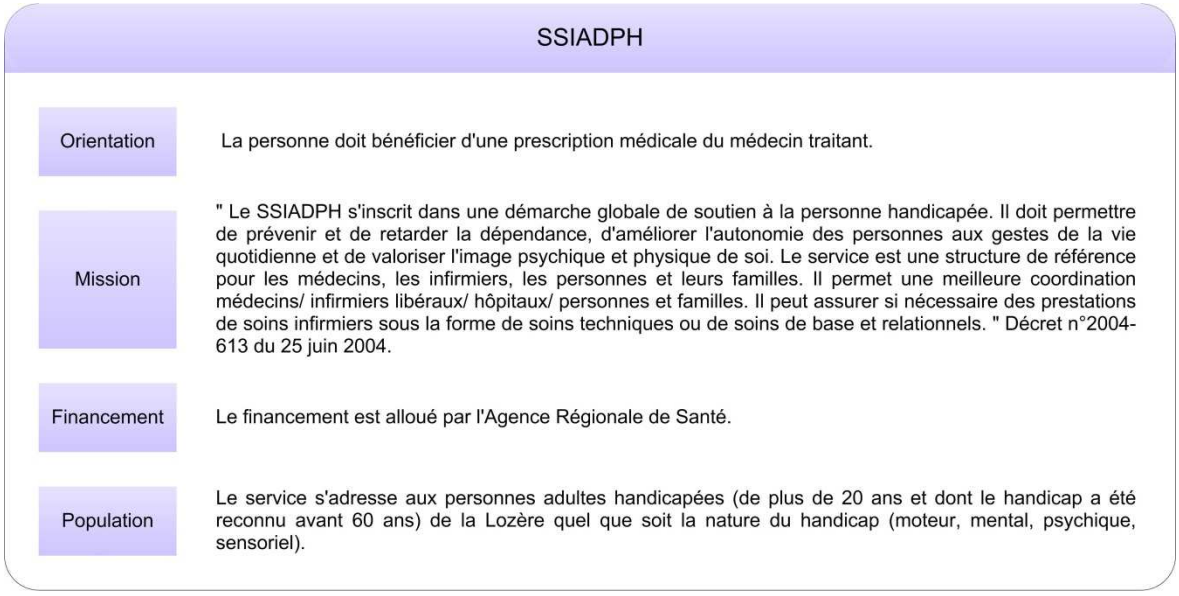


FIGURE 6 : LES "CARTES DE VISITES" DES STRUCTURES AUTORISEES

1.3 Le public accompagné

Un public hétérogène

Le SAMSAH48/SSIADPH est un service dit « généraliste » à ce titre il accompagne des personnes adultes handicapées (de plus de 20 ans et dont le handicap a été reconnu avant 60 ans) vivant à domicile, quel que soit la nature du handicap (moteur, mental, psychique, sensoriel, poli-handicap...).

Les agréments du service permettent d'accompagner 15 personnes sur le SAMSAH et 14 personnes sur le SSIADPH.

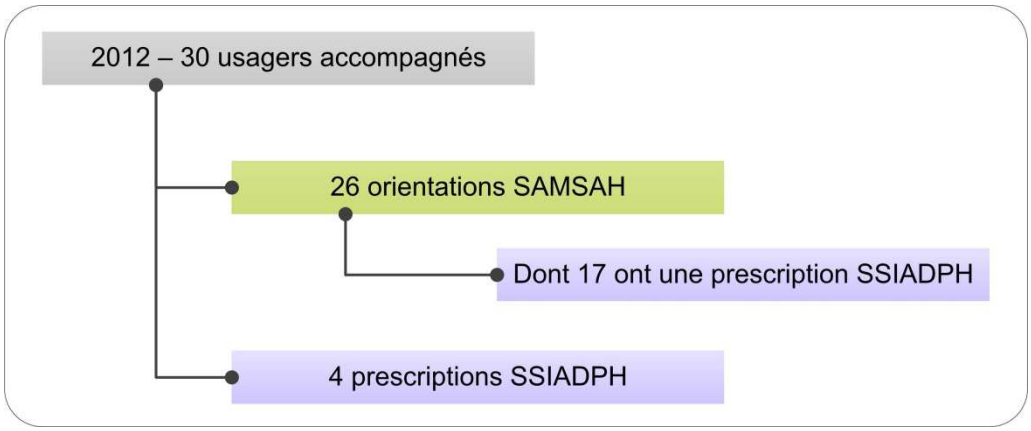


FIGURE 7 : ORIENTATIONS DES USAGERS ACCOMPAGNES EN 2012

Actuellement nous accompagnons des personnes présentant différents types de handicap (liés par exemple à des maladies orphelines, des déficiences intellectuelles, des pathologies neurologiques, des pathologies psychiques, des traumatisés crâniens…) qui ont des besoins d'accompagnement social (d'ordre administratif, d'aides et d'informations autour de leurs droits de leurs ressources..) éducatif (insertion dans la communauté, lien

social…), et de soins (suivis ergothérapiques, soutiens psychologiques, de prestations de soins…..).

Les prises en charge sont très diverses et variables selon les critères environnementaux (familiaux, géographique…), il s'agit alors pour le SAMSAH48/SSIADPH de concilier les besoins de spécificités, fonctions des différents handicaps, le besoin de proximité essentiel à la qualité de vie des personnes et la personnalisation des projets ; de savoir mobiliser les compétences utiles de chacun pour répondre aux besoins de la personne.

Caractéristiques générales et besoins du public accompagné

Parmi les personnes accompagnées, 56% sont des hommes (57% en 2010) et la majorité des personnes ont entre 30 et 60 ans.

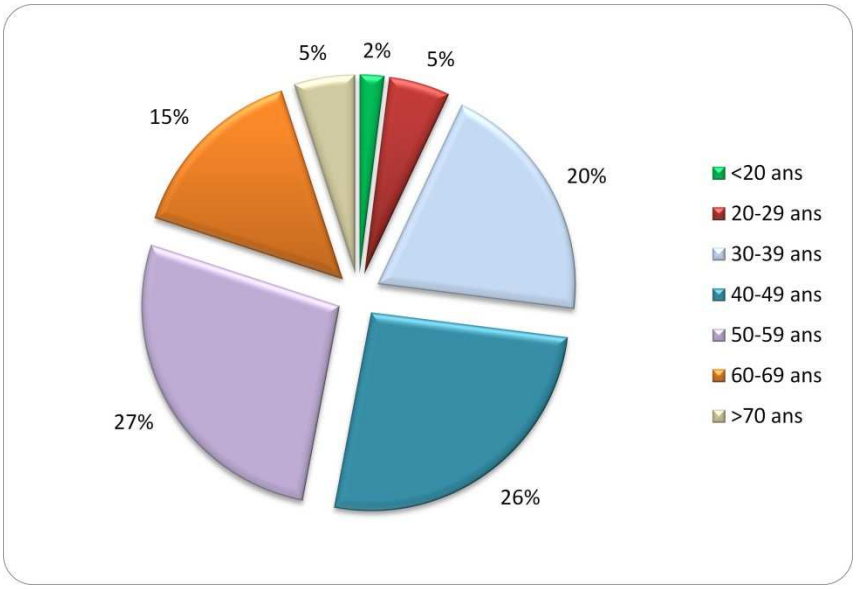


FIGURE 8 : VENTILATION DU PUBLIC PAR "TRANCHES D'AGE" EN 2012

La répartition par type de handicap montre la diversité du public suivi avec plus particulièrement une prédominance pour le handicap psychique. Il est à noter que, quel que soit le handicap ou les besoins, chaque personne accompagnée est en situation de vulnérabilité et en attente :

- d'une relation d'aide, de soutien et d'écoute,
- d'un gain d'autonomie qui se développera à la fois autour d'une dynamique relationnelle et d'autre part autour d'une dynamique de reconnaissance des capacités de la personne.

Les besoins des usagers sont très variables, mais ceux qui reviennent le plus sont l'accès à la vie sociale (accompagnement autour des actes de la vie quotidienne, accompagnement dans la recherche d'activités de loisirs ou professionnels, lien social et rupture de l'isolement…) et l'accompagnement dans les prises en charges médicales (passage journalier pour certains des soignants autour des actes essentiels, soins de confort, accompagnement et prise de rendez-vous médicaux, écoute et soutien).

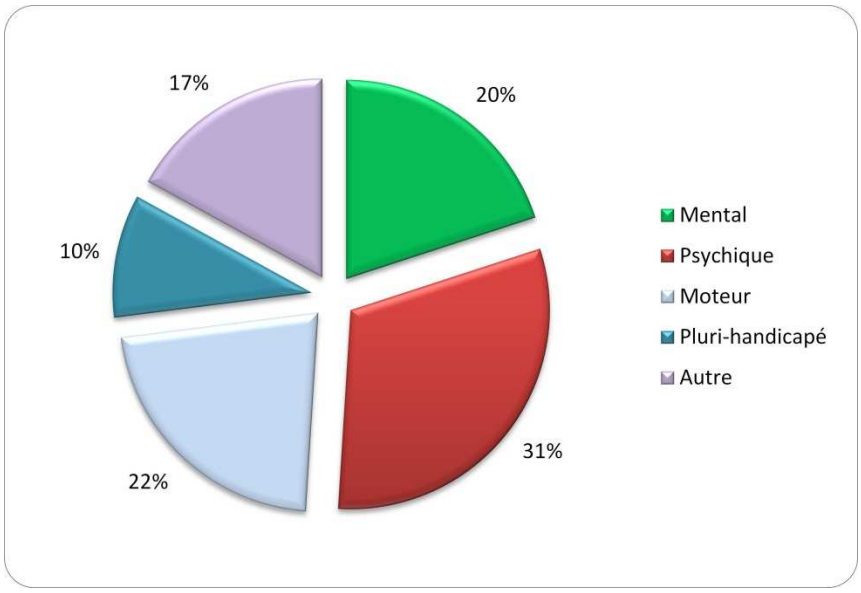


FIGURE 9 : VENTILATION DU PUBLIC PAR "NATURE DE HANDICAP" EN 2012

Le SAMSAH48/SSIADPH est un service qui a compétence pour intervenir sur l'ensemble du département de la Lozère. De ce fait, l'éclatement géographique est important.

A ce jour, la majeure partie des suivis restent largement focalisé sur le bassin centre et Nord de la Lozère sur un secteur rural de moyenne montagne.

La répartition géographique est la suivante :

- secteur Mende/Bleymard – 15 usagers,
- secteur Marvejols/Canourgue – 12 usagers,
- secteur Aumont/St Alban/St Chely – 3 usagers

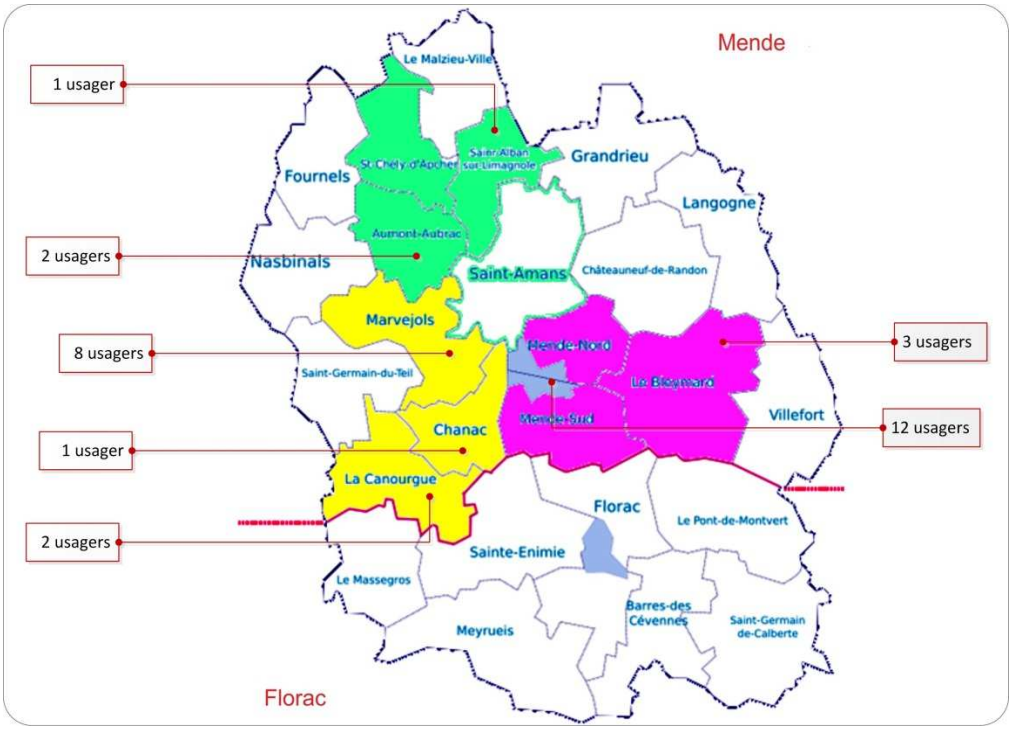


FIGURE 10 : VENTILATION DU PUBLIC PAR ZONE GEOGRAPHIQUE EN 2012

L’orientation d’un accompagnement et les limites à l’accueil

Le SAMSAH et le SSIADPH sont deux entités complémentaires qui associent leurs accompagnements pour mettre en œuvre un projet adapté à la situation globale de la personne. Fort de sa pluridisciplinarité, de ses expériences et de ses savoirs faires, ce service articule des prestations et des interventions permettant de répondre aux objectifs de la personne.

Les professionnels aident et accompagnent les usagers du service en difficultés dans le développement de leurs capacités de socialisation, d’autonomie, d’intégration et d’insertion. Pour ce faire, ils établissent une relation de confiance avec la personne et élaborent leurs interventions en fonction de son histoire et de ses potentialités psychologiques, physiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles.

Le but du SAMSAH48/SSIADPH est de développer un étayage autour de la personne accompagnée afin de passer un relais qui pourra s’établir de manière pérenne. Le travail en partenariat est donc indispensable avec l’ensemble des acteurs locaux agissant sur le département.

Les limites de notre service sont principalement :

- le« non-engagement » de la personne à son projet,
- pour les personnes présentant des troubles psychiatriques, l’absence de stabilisation (permettant d'envisager une vie autonome et/ou une insertion sociale et/ou professionnelle).

2 Le cadre conceptuel et les outils

2.1 L'approche positive

Une philosophie d'intervention

L'approche positive est une philosophie d'intervention qui est née dans le contexte d'une volonté à vouloir travailler autrement avec la personne handicapée, mieux saisir ses besoins et ainsi, privilégier des interventions de nature à améliorer véritablement sa qualité de vie.

Trois valeurs essentielles sont à l'origine de la démarche, soit :

- la croyance que la personne peut se développer tout au long de sa vie, qu'elle a les mêmes besoins fondamentaux que tout individu ;
- la considération de son point de vue, elle est un interlocuteur valable et a un pouvoir d'influence ;
- la reconnaissance qu'elle est un citoyen à part entière ayant les mêmes droits que tous. Elle doit pouvoir, par conséquent, jouer un rôle social valorisant et obtenir, s'il y a lieu, le soutien nécessaire pour vivre avec succès dans son lieu de vie, peu importe sa déficience.

Adhérer aux valeurs qui animent l'approche positive implique une organisation de services cohérente avec les valeurs énoncées. La personne accueillie est au centre de toute démarche de services, elle est consultée et impliquée dans les décisions la concernant. Dans cette optique, il est nécessaire que la personne bénéficie d'un vrai chez-soi où elle peut développer des liens significatifs et durables et avoir un sentiment d'appartenance à son milieu.

L'approche positive n'est par un modèle théorique, mais une approche résultant de la confrontation de valeurs humaines, d'une vision sur l'organisation des services aux personnes handicapées, de choix d'outils cliniques et de principes de gestion. L'élément central de cette approche concerne la qualité de vie, avec un pari clé : l'investissement sur la qualité de vie entraîne inévitablement la diminution des comportements excessifs.

Notre association depuis les années 2000 s'appuie sur cette approche pour construire son organisation et faire évoluer ses pratiques. A ce titre, de nombreuses collaborations ont été effectuées avec des intervenants québécois au travers de formations (2002-2003), de processus de recherche-action (2007), d'un audit basé sur ces principes (2005), ainsi que la formalisation du nouveau processus d'élaboration des projets individuels (2011).

▪ L'approche positive : les grands postulats

En souscrivant à l'approche positive, les interventions quotidiennes auprès des personnes s'appuient constamment sur certains grands postulats qui apparaissent comme des principes directeurs guidant l'action de tous, intervenants ou gestionnaires. Ces postulats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Croyance, considération, reconnaissance	• Ces trois valeurs représentant la base de l'approche positive. Notre action est directement guidée par notre croyance au fait que les personnes peuvent jouer un rôle actif et faire leurs propres choix. Il faut de plus être en mesure de se laisser influencer par elles, en considérant qu'elles ont de la valeur à nos yeux.

Respect et exercice des droits « au quotidien »	• Au-delà de la déclamation des droits affichés par la Loi, nous devons régulièrement nous interroger sur l'exercice des droits au quotidien des personnes. Comment – par exemple – la charte des droits et des libertés est-elle appliquée ? Nous sommes donc invités à impliquer toutes les personnes, notamment celles qui ont les déficiences les plus importantes, dans les décisions les concernant.
Vie sociale et affective	• Il existe un lien direct entre le manque d'affection et les comportements excessifs. Nous ne devons pas négliger d'apprendre aux personnes qu'elles peuvent ressentir des émotions, des sentiments, et nous devons leur apprendre à les reconnaître et à les gérer en adoptant un comportement en harmonie avec ce qu'elles ressentent.
Rapport personnes – intervenant respectueux	• L'approche positive s'actualise dans le concept d'accompagnement. Celui-ci doit s'inscrire dans une relation égalitaire, en considérant la personne comme partenaire de l'intervention et non comme objet. L'intervenant développe un lien de confiance qui doit être réciproque avec le souci que celle-ci puisse vivre des relations significatives et développer un sentiment de confiance.
Communication dynamique	• Nous nous devons de développer des modes de communications adaptés aux personnes, mais également de favoriser leur habileté afin d'agrandir leur champ de communication. Communiquer signifie obtenir quelque chose, faire des choix, exprimer ses sentiments et permettre à la personne de se rapprocher de son entourage.
Intervention valorisante	• Il s'agit de considérer la personne au-delà de ses performances, de découvrir ce qui leur fait plaisir. Intervenir de façon valorisante se traduit par un geste gratuit, un échange pour le simple plaisir. Cela comprend aussi la recherche de l'intervention la mieux adaptée aux déficits et aux limites de la personne, afin de favoriser au maximum sa pleine participation à la vie de son milieu.
Style de vie significatif et enrichissant	• Il s'agit ici de proposer à la personne des activités significatives, utiles et variées qui donnent sens à sa vie, qui lui permettent de participer et d'expérimenter dans un contexte où les choix et son implication sont prioritaires.
Compréhension des besoins	• Cette valeur est la clé de voûte de l'approche positive. En effet, le succès de la démarche repose une bonne prise en compte des besoins de la personne. Cela nécessite d'avoir une évaluation axée sur une vision globale de la personne, comprenant sa participation et celle de son entourage. Cette analyse permet également de revoir ses propres valeurs, de se positionner et de mieux situer la place de chacun vis-à-vis de la personne.

- **L'approche positive : une double perspective**

Cette approche englobe une double perspective soit celle de « la qualité de vie », et celle de « la prévention des comportements excessifs ».

- La perspective qualité de vie réfère à un ensemble d'éléments qui contribuent au bien-être de la personne, éléments traités dans les divers postulats présentés ci-dessus, que ce soit le milieu de vie en soi, le réseau social, le rapport de réciprocité, un style de vie significatif…A cet égard, il s'agit de s'interroger si ces divers aspects sont présents dans la vie de la personne et satisfaisants pour elle.

  La qualité de vie est différente d'une personne à l'autre. Afin de prendre en compte cet aspect, il s'agit de développer des processus d'analyse en vue de favoriser des interventions adaptées et enrichissantes pour la personne. Ces processus reposent sur des données recueillies par des intervenants, notamment au travers de l'observation, qui est un outil primordial. Il s'appuie également sur l'expérimentation qui permet de faire émerger de nouveaux intérêts.

- La perspective préventive face aux comportements excessifs vise à comprendre les motifs sous-jacents à la manifestation de comportements excessifs et ainsi, à agir de façon préventive en tenant compte de ces motifs. Les deux perspectives sont naturellement intimement inter-reliés puisque plusieurs des facteurs à l'origine de la manifestation des comportements excessifs ou de certaines problématiques réfèrent à des composantes de la qualité de vie.

  La prévention des comportements excessifs repose sur un postulat : tout comportement est un message, et il est de notre responsabilité de la décoder. Plusieurs facteurs favorisent l'apparition ou le maintien des comportements, notamment un environnement trop contrôlant, des relations sociales pauvres et une vie affective peu satisfaisante.

  D'autres facteurs peuvent jouer un rôle comme des difficultés de communication, des problèmes de santé physique ou mentale, un manque d'habileté, mais aussi une mauvaise compréhension du fonctionnement cognitif, des modèles inappropriés d'apprentissage, des perceptions sociales négatives, voire le peu d'opportunités de jouer un rôle valorisé. Ceci nécessite de développer des processus rigoureux d'analyse des comportements, reposant là aussi, sur une cueillette de données exhaustive, afin de pouvoir poser des hypothèses crédibles, et de proposer des stratégies d'intervention adaptées.

▪ L'approche positive : les stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention préconisées par l'approche positive s'appliquent autant pour améliorer la qualité de vie que pour répondre, en lien avec un ou plusieurs facteurs, aux besoins sous-jacents à un comportement excessif. Nous pouvons distinguer trois grandes stratégies non exclusives l'une de l'autre :

La réciprocité	• A la base de toute intervention, il y a un choix de positionnement de la part de l'intervenant vis-à-vis de la personne. Ce positionnement vise à envoyer un message à la personne : « elle est importante et nous la considérons véritablement ». Il s'agit donc de développer une vraie relation fondée sur la réciprocité et l'interdépendance, en favorisant des attitudes propices au développement d'interactions positives.
Les stratégies propices à augmenter la qualité de vie	• Pour développer la qualité de vie, nous pouvons agir de différentes manières : favoriser l'expérimentation de situations nouvelles, inviter la personne à participer à diverses situations pour l'impliquer dans la vie sociale, aider la personne à réaliser des choix, enseigner des habiletés utiles et significatives, développer des réseaux sociaux, lui permettre d'exercer ses droits…
Les stratégies visant à aider la personne qui présente un comportement excessif	• Avant tout, il faut garder à l'esprit un principe fondamental : considérer la personne au-delà de son comportement, malgré le caractère souvent dérangeant de celui-ci. La personne a davantage besoin de soutien que de contrôle. Cela entraîne la nécessité de d'abord s'assurer que la qualité de vie de la personne n'est pas altérée, puis éventuellement, en cas de comportements comportant des risques pour la personne et son environnement, d'organiser l'intervention de façon méthodique.

L'intégration de l'approche par l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH

L'approche positive est une orientation et une volonté associative. L'équipe du SAMSAH48/SSIADPH s'est saisie au concret de cet outil pour questionner ses pratiques professionnelles et pour améliorer le service rendu aux personnes accompagnées.

L'appropriation de cette approche par l'équipe s'est notamment appuyée sur une sensibilisation réalisée par un intervenant externe.

Cette approche nous semble principalement conduire à bien se positionner en appui a une personne « qui a toute légitimité »pour construire et vivre un projet de vie singulier. Dans la pratique quotidienne, cela signifie :

- l'attention à la personne et l'écoute de la personne,
- le respect de sa parole,
- un accompagnement dans ses choix.

L'usager prime, l'équipe accompagne un parcours (même si les choix de la personne peuvent paraître peu réalistes). Des étapes sont franchies avec la personne et les difficultés rencontrées ne sont pas un échec.

Cette approche situe l'équipe dans une bienveillance vis-à-vis de la personne, elle est « cheminement avec » et suppose un « lâcher-prise » avec une toute-puissance du professionnel.

Cette approche est donc avant tout une posture professionnelle, c'est un effort d'autant plus important qu'il se réalise face à une personne dont on pourrait considérer en premier lieu ses incapacités et ses vulnérabilités.

Cette approche est encore un support de réflexion collectif qui permet en réunion : de questionner son travail, de prendre du recul par rapport aux situations et de développer une entraide au sein de l'équipe.

2.2 La bientraitance

Une dynamique personnelle et une démarche institutionnelle

L'approche positive, par les valeurs qu'elle promeut, implique nécessairement le développement d'une approche bien-traitante par les professionnels.

Elle promeut également la nécessité d'adopter des modalités d'organisation et des processus d'intervention qui favorisent le développement personnel des intervenants, leurs capacités, leurs compétences, et également valorise une culture de bientraitance, comme enjeu d'humanité. Il s'agit d'une culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité.

La bientraitance comporte également une dimension relative à la mémoire du risque. Utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder en mémoire, la trace de la maltraitance.

- **Les valeurs et la question éthique**

L'Association a inscrit dans son projet associatif trois principes d'actions qui ont chacun des leviers pour développer et affermir une culture de bientraitance au sein des établissements

et services qu'elle gère. Chaque principe permet de mobiliser le questionnement éthique de différentes manières :

- **Principe de responsabilité** : chaque intervenant, à son niveau, est en capacité de rendre compte de son action, de ses décisions, dans le cadre de la mission qui lui a été confiée.
- **Principe de l'innovation** : les évolutions fortes de l'environnement, des besoins des personnes nécessitent de la part de chaque professionnel, de pouvoir expérimenter de nouvelles pratiques, d'adapter les accompagnements, de faire évoluer l'offre.
- **Principe du travail en équipe** : personne ne peut détenir seul une vérité. Il est nécessaire de s'appuyer – avec un objectif de coordination – sur les compétences des autres professionnels concernés. Le travail en équipe est une nécessité, car il garantit un meilleur discernement quant aux décisions à poser, et permet de valider des prises de position mieux fondées d'un point de vue éthique, ou réglementaire.

▪ Référence théorique et production des guides pratiques

Afin de pouvoir assurer un niveau de qualité dans l'accompagnement, différents guides ont été élaborés par des groupes de travail ad-hoc au sein de la MAS de Booz, sur plusieurs thèmes : accueil des nouveaux salariés, gestion des comportements excessifs, bientraitance, gestion des compétences. Ces documents ont été repris par un groupe de travail inter-établissements, afin de pouvoir être applicables pour l'ensemble des établissements et services de l'association.

Guide	Date création	Date diffusion
Accueil des nouveaux salariés	• 2008	•
Bientraitance	• 2009	• 2012
Gestion des comportements excessifs	• 2008	•
Gestion des compétences	• 2006	•
Elaboration et gestion du projet individuel	• 2011	• 2012-2013

▪ Droit des usagers et personnalisation de l'accompagnement

L'accompagnement des personnes au sein des établissements et services de l'Association repose sur la prise en compte de leurs droits.

Ces droits doivent déterminer l'action de chaque professionnel, en prenant en compte le contexte de vie de la personne, et donc de l'existence de règles de vie en collectivités.

Une des modalités importantes de l'exercice des droits se met en œuvre au travers de la personnalisation du service, traduit dans le projet de vie de la personne. Ce projet est le lieu essentiel pour véritablement réaliser les adaptations individuelles de l'accompagnement. A ce titre, nous veillons à prendre en compte l'expression de l'usager dans le cadre de l'élaboration de son projet, ainsi que celle de ses représentants légaux, ou de sa famille.

L'intégration de l'approche par l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH

Le SAMSAH48/SSIADPH témoigne du désir de bientraitance comme un gage de la qualité de l'accompagnement de la personne en situation de handicap. Il intègre comme un fondamental que la qualité de l'accompagnement impacte sur le sentiment de bientraitance des personnes.

C'est donc la notion de qualité d'accompagnement qui prime et qui est valorisée. Ainsi on s'attachera à se centrer sur la parole de l'usager, à l'accompagner et à favoriser ses choix pour faciliter leur mise en œuvre dans le respect de son rythme de vie et de son environnement.

Une telle démarche peut parfois déstabiliser le fonctionnement de sa famille ou des proches, il est donc incontournable de cheminer tous ensemble, personne accompagnée, aidants et professionnels.

Pour ce faire, le service conduit une réelle réflexion sur la notion d'aide aux aidants (pour soutenir l'usager, il faut soutenir son ensemble) et a mis en place des temps de sensibilisation à ces notions régulées par la psychologue du service.

Pour permettre aux professionnels d'ajuster leurs pratiques, une formation sur le thème du « travail avec les familles » sera prévue en 2013. D'autres formations, en systémie notamment, seront proposées par la suite.

L'investissement dans la réalisation d'un guide « bientraitance » associatif a permis au service de se saisir d'un outil de questionnement, de prise de conscience et de progrès.

Concernant les droits des usagers, notre expérience nous permet de poser le constat que cette dimension reste floue pour les personnes et que les documents y faisant référence ne sont pas lisibles pour la plupart des personnes accompagnées.

Cette dimension doit nécessairement prendre en compte la complexité des champs dans laquelle la personne accompagnée évolue et dont elle doit rester l'acteur.

Pour ce faire la communication prime. Il faut donc se donner les moyens de vérifier si l'information est intégrée. La répétition et la reformulation sont souvent nécessaires.

L'objectif est d'être certain que le service est lisible pour la personne. De la même façon, le sens de nos actions auprès de la personne doit être sans cesse réinterrogé.

Des formations de « technique d'entretien » existent, mais reste à savoir et à décider laquelle serait la plus judicieuse pour le service au vu de la diversité des personnes suivies.

Néanmoins, les formations ne sont pas la seule solution dans une approche bienveillante et le « savoir-être » reste la réalité de terrain et se nourrit du terrain, de la pratique et de l'expérience. Le service, conscient de la richesse des valeurs véhiculées par la singularité des intervenants, doit prendre en compte cette dimension humaine pour faciliter la relation et rendre possible la confiance.

Pour terminer, reste à considérer la notion de confidentialité par rapport aux informations échangées au quotidien et nécessaires pour soutenir le projet d'une personne.

Le service, sensibilisé à cette notion de "secret partagé", veille à adapter ses manières d'agir et de communiquer pour garantir de façon optimale la confidentialité.

Ainsi, si l'échange d'informations entre intervenants est garanti par de nombreux outils (règlement de fonctionnement, système informatique..), la notion d'accueil des personnes sur nos locaux reste un point de vigilance important. Cette dimension de confidentialité est une des règles majeures sur lesquelles se créer la confiance. Aussi face à ce constat,

l'équipe n'a de cessée de s'interroger sur l'assurance d'une confidentialité optimale et de mener des démarches pour améliorer les conditions d'interventions.

Dans les années à venir, l'objectif sera d'améliorer les conditions d'accueil en trouvant de nouveaux locaux, la configuration actuelle ne permettant pas de garantir totalement cette confidentialité.

2.3 Gestion des risques et prévention de la maltraitance

La prise en compte de l'ensemble des risques

L'accompagnement des personnes vulnérables, du fait de leurs déficiences, intègre nécessairement une réflexion autour de la gestion des risques, avec en toile de fond cette question sous-jacente : comment ne pas aggraver – par mes pratiques, par l'organisation, la configuration des lieux – l'état de santé physique et mental de la personne qui bénéficie du service ?

La réponse à cette question passe par l'organisation – au sein des diverses structures de l'association – d'une réflexion permanente sur la prévention du risque. Celle-ci se déroule au sein de plusieurs instances : groupe d'analyse clinique, réunion d'équipe, groupe d'analyse des risques, Comité d'Hygiène, de Sécurité et d'amélioration des Conditions de Travail (CHSCT).

4 grands domaines de risques sont pris en compte :

- Les risques pouvant altérer la continuité des soins
- Les risques pouvant altérer la santé physique des personnes
- Les risques pouvant altérer la santé physique et mentale des salariés
- Les risques de maltraitance

Les risques pouvant altérer la continuité des soins

L'accompagnement de personnes en état de grande vulnérabilité nécessite de penser une organisation qui garantisse une continuité des soins, en cas de défaillance d'une des fonctions des différents processus.

Nous nous efforçons en structurant nos services de prévoir des dispositifs qui viennent prendre le relais rapidement afin d'éviter une rupture de soins, même si le niveau de service peut être dégradé temporairement.

Face à différents évènements pouvant provoquer une altération du service rendu, des dispositifs de prévention sont mis en place.

- Panne de réseau électrique, panne informatique (altération du serveur), panne sur le réseau téléphonique fixe, absences de salariés pour divers motifs, évènements climatiques (neige, canicule…).

Les risques pouvant altérer la santé physique des usagers

Pour les personnes accueillies au sein des établissements, ou accompagnées par nos services, un certain nombre de facteurs de risques peuvent être identifiés, car leurs apparitions peuvent générer des altérations –parfois graves – de la santé physique des personnes.

Ces risques sont directement liés au comportement des personnes dans un contexte qui : soit ne prévient pas suffisamment l'apparition du risque, soit ne protège pas la personne en cas de survenue de celui-ci.

- Par exemple : fugues, automutilation, agressivité, conduites violentes envers les autres usagers ou le personnel, comportement addictif à une substance toxique, déplacements avec difficultés (vue faible, altération motrice).

▪ Les risques pouvant altérer la santé des salariés

Nos métiers reposent sur l'engagement d'hommes et de femmes, qui assurent au quotidien des tâches d'accompagnement, d'appui, d'aide, de soutien au service de personnes nécessitant des besoins dans les divers actes de la vie quotidienne.

La qualité de la relation, et donc la qualité du service rendu, repose fortement sur la qualité d'engagement du professionnel. Celle-ci dépend de l'état de santé physique, mental, voir spirituel de ce dernier. La prévention des risques professionnels est donc nécessairement une préoccupation importante de l'association.

- Risques physiques, risques psychosociaux, pénibilité au travail

▪ Les risques liés la maltraitance

L'association propose des services pour des personnes en situation de vulnérabilités, voire de vulnérabilités extrêmes. La vulnérabilité étant « *cet état de faiblesse, d'amoindrissement à partir duquel l'intégrité d'un être se trouve menacée d'être altérée, voire détruite. Un être vulnérable est donc un être désarmé, insuffisamment doté de défense pour lutter contre les éléments (extérieurs et/ou interne) susceptibles de l'attaquer* » (accompagner les personnes en grande vulnérabilité – Sylvie PANDELE).

Cet état génère donc des risques particuliers pouvant entraîner l'apparition d'une « maltraitance » (dans son sens étymologique, à savoir traitement mauvais, inapproprié, pour signifier simplement l'existence d'une inadaptation de traitement à l'endroit de la personne) soit au niveau individuel du professionnel, voire à un niveau collectif. Dans ce dernier cas, c'est l'ensemble des processus, des modes de management, de l'organisation, de l'architecture qui favorise de façon récurrente des situations maltraitantes.

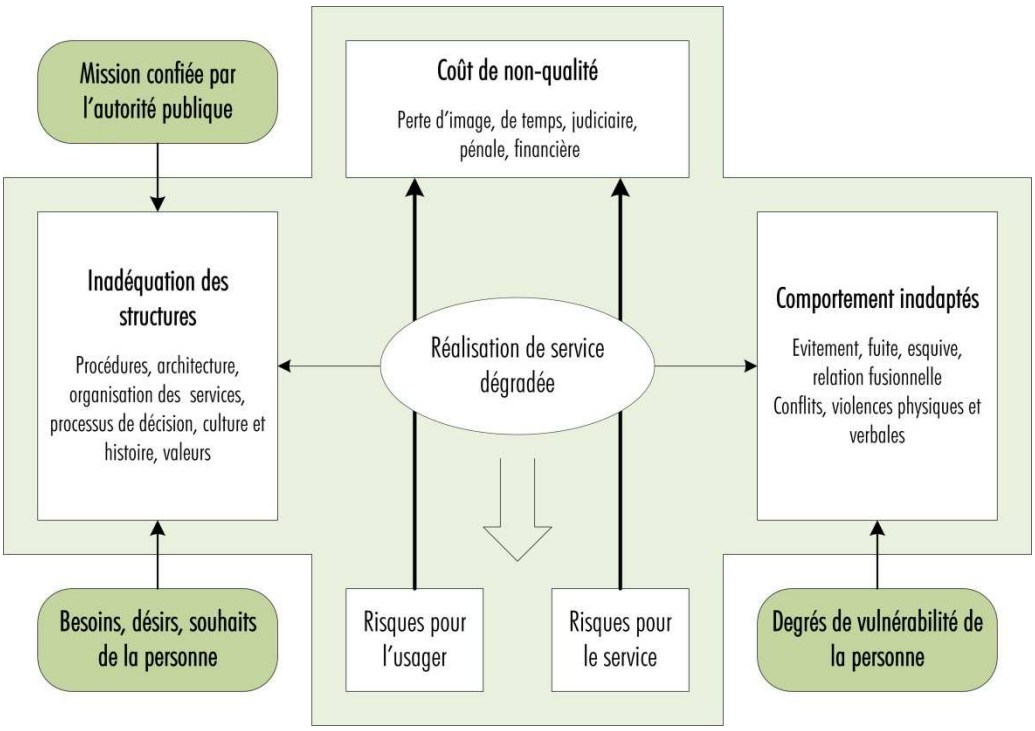
L'association – au travers de l'approche positive – a pleinement pris conscience de cette dimension. Plus la vulnérabilité des personnes s'accroît, plus leur autonomie est restreinte, et plus cela favorise l'apparition de nouveaux risques :

- le risque vital : en premier lieu, la vulnérabilité extrême favorise des situations de dépendance notamment pour la satisfaction des besoins primaires.

  L'accompagnement doit donc prendre en compte de façon primordiale cet aspect en favorisant une alimentation adaptée, une hydratation suffisante, une prévention et des soins adaptés en cas de maladies intercurrentes.
- le risque ontologique : celui-ci comporte trois niveaux de disqualification possibles selon qu'il s'agisse :
  - d'un processus de déshumanisation : l'être n'est plus considéré comme appartenant au genre humain
  - d'une entreprise de personnalisation : l'être n'est plus considéré comme une personne
  - d'une tentative de dé-subjectivation : l'être est une personne humaine, mais n'est pas un sujet.

Vers un modèle général de gestion des risques

La prise en compte de tous ces risques peut se faire dans le cadre d'un modèle global d'analyse qui permet de donner une cohérence à cette dernière et de clarifier l'action. Ce modèle (inspiré du modèle socio-économique développé par l'Institut de Socio-économie des Organisation – ISEOR) repose sur le fait que la relation de service est au carrefour, comme modelé par la relation qui existe entre les différentes structures collectives et les comportements des personnes. La mauvaise articulation des deux pôles entraîne l'apparition de risques, générant une possible dégradation de la relation de service, et in fine des coûts importants pour l'association sur plusieurs plans.



Plusieurs types de dispositifs peuvent aider à prévenir l'apparition de comportements inadaptés :

- **Les actions sur les structures**
  - Le projet associatif et les valeurs de l'association
  - le management au quotidien (intégration, soutien, cadrage)
  - l'adaptation régulière des espaces architecturaux
  - le développement de référent (projet, technique, tuteur)
  - la mise en place de documents de référence (procédures, guides)
  - le rôle des coordinateurs

- **Les actions sur les comportements**
  - la formation professionnelle

- l'analyse des pratiques professionnelles
- le management au quotidien (régulation, cadrage)
- la supervision d'équipe

L'intégration de l'approche par l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH

La prévention de la maltraitance

Le SAMSAH48/SSIADPH se positionne en termes de capacité à prévenir des situations de maltraitance. Il s'agit de développer et de faire vivre au quotidien la connaissance des risques de maltraitance tant au niveau des salariés que des usagers.

A ce jour, les salariés connaissent le protocole de signalement de fait de maltraitance et le sujet est régulièrement abordé ce qui permet à un salarié d'exprimer facilement tout questionnement ou suspicion qu'il pourrait avoir sur une situation. Ces échanges permettent d'optimiser la démarche de prévention de la maltraitance et de l'adapter face à certains constats.

Si plusieurs outils sont déjà en place sur le service pour permettre une qualité et une prise en compte des intervenants dans leurs champs d'action. L'équipe s'appuie : sur des temps d'analyse des pratiques (avec un psychologue extérieur au service) et sur des études de cas (avec les médecins, le psychologue et la chef de service pour que chacun s'interroge de façon récurrente sur cette dimension).

Nous bénéficions aussi d'abonnements à diverses revues concernant l'actualité dans les champs du social, médico-social, sanitaire ainsi qu'à la bibliothèque de l'Ecole de Travail Educatif et Social de manière à maintenir notre état de vigilance.

Le travail auprès des usagers sur la question de la maltraitance

Le service informe les personnes accompagnées sur l'ensemble des dimensions que recouvre la maltraitance (charte de la personne handicapée dispensée à chaque usager en début d'accompagnement…).

Cet échange d'information est nécessaire, car une personne vulnérable et non avisée peut se taire, car elle ne connait pas les repères et les points d'alertes pour informer de ce type de situation.

Informer la personne accompagnée peut aussi permettre, par ricochet, de réajuster des comportements et des façons de faire pour l'environnement proche. Car pour l'entourage, il est souvent question « d'indélicatesses », mais qui vouées à répétition, sont susceptibles de devenir de la maltraitance ou de la négligence.

Il reste surement à formaliser une « démarche de sensibilisation des faits de maltraitance aux proches » d'une personne en situation de handicap. Il est très délicat pour un professionnel de venir pointer des problématiques dans l'environnement familial ou aidant sans appui tangible ou protocolaire.

Conscient que les familles et/ou proches peuvent s'essouffler et être en souffrance, le psychologue du service intervient de plus en plus dans le système familial de la personne. Nous faisons aussi connaitre à l'entourage l'existence d'associations d'aide aux aidants tel que l'UNAFAM par exemple.

Une dynamique collective pour prévenir le risque

Face à cette dimension, le SAMSAH48/SSIADPH n'a de cesse de faire évoluer ses pratiques et ses outils. Ainsi en 2012 un groupe « thématique », régulé par la psychologue rassemble les usagers autour de certains temps clefs des accompagnements et permet des échanges directs avec les professionnels présents. Le thème de la maltraitance y a déjà été abordé.

Et si le Conseil de la Vie Sociale permet d'entendre la parole des usagers, il ne s'envisage pas comme solution unique. Les usagers prévenus par un courrier de la date et du lieu de chaque CVS, sont invités à faire partager tout questionnement par rapport au fonctionnement et peut-être aussi un lieu de témoignage. Cette année, un questionnaire donnant des axes clairs de l'accompagnement a été produit et joint au courrier afin de faciliter la démarche aux personnes accompagnées.

Des audits concernant la qualité de l'accompagnement sont réalisés annuellement.

L'organisation même du travail interdisciplinaire du SAMSAH48/SSIADPH permet le regard croisé des professionnels et la notion de coordination effectuée par l'éducateur du service invite sans cesse à une vigilance collective.

La gestion des risques s'exerce aussi au travers de cette pluridisciplinarité intimement liée à la qualité de vie de la personne (ouverture des droits et statut, accessibilité et lieu de vie adapté, soins et vigilance, surveillance de l'intégrité physique et morale de la personne qui participe de cette gestion) et se nourrit de la dynamique de réseau et partenariat en développement croissant qui participe de cette vigilance.

2.4 Evaluation interne et amélioration continue de la qualité

Une multiplicité d'actions et une dynamique collective

La notion de démarche d'amélioration de qualité est au cœur des processus de management de l'association. Elle a piloté à plusieurs reprises – avant la mise en place de l'évaluation interne - des temps d'évaluation avec ou sans l'appui d'organismes extérieurs pour avoir un regard sur les pratiques existantes.

Voici plusieurs dates qui rendent compte des nombreuses actions en matière d'amélioration de la qualité :

- Découverte d'autres modèles d'accompagnement des personnes handicapées (journées internationales d'ACTIF en juin 1999, Colloque de la Rochelle en janvier 2000, Séjours au Québec en octobre 2001, février et octobre 2003, colloque de La Rochelle en novembre 2003, Congrès AIRHM au Québec en août 2004)
- Formation à l'approche positive et à la qualité de vie pour les salariés des structures (2001 – 2002)
- Réalisation d'un audit des programmes de la MAS de Booz et du FAM l'Enclos (2005) par une équipe mixte franco-québécoise, sous la direction du Pr Daniel BOISVERT, Professeur à l'université de Trois-Rivières
- Recherche-action sur la qualité de vie à la Villa Les Grillons, et sur l'action « Arts éphémères » (2003-2004)
- Elaboration d'un outil d'évaluation de la qualité de vie avec l'ETES et 10 autres établissements lozériens (2005-2006) et application sur la MAS de Booz et le FAM l'Enclos.
- Formalisation et mise en œuvre des outils « Plan de Service » et « Bilan de situation de vie » à la MAS de Booz (2004- 2007) repris en 2011-2012

- Formalisation des projets d'établissement (Enclos 2003 et Booz en 2004) et des documents issus de la Loi du 2 janvier 2002 – repris en 2012-2013
- Participation à la démarche Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (2010-2011)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne (2009-2011) sur la MAS de Booz et le FAM l'Enclos
- Enquête qualitative d'évaluation de la satisfaction des usagers du SAMSAH48-SSIADPH (2010) et travail de réécriture du projet d'établissement

Face à la multiplicité des exigences réglementaires en matière d'évaluation, et d'enquête, l'association a structuré durant l'année 2012 une organisation en vue de piloter la mise en œuvre d'une politique de gestion de la qualité qui soit efficiente, en regroupant l'ensemble des dimensions visant à améliorer la qualité de vie des personnes accueillies ou accompagnées.

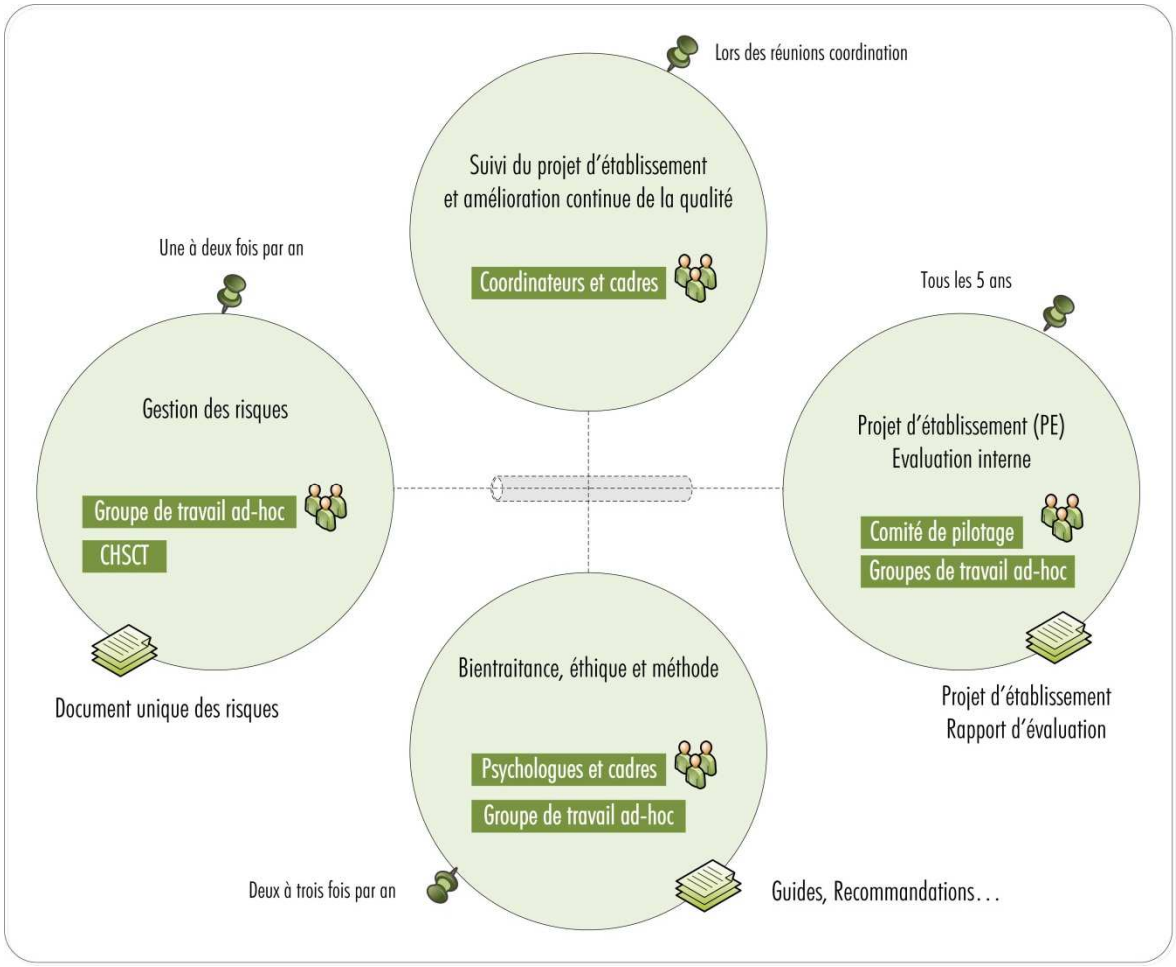


FIGURE 11 : UNE DYNAMIQUE PARTICIPATIVE ET DES TRAVAUX MIS EN RELATION

Quatre types de dispositifs se mettent en place progressivement autour de 4 grandes thématiques :

- Projet d'établissement : un comité de pilotage ad-hoc se met en place tous les 5 ans pour gérer le processus de réécriture du projet. Ce groupe comprend un cadre de direction au moins et deux ou trois personnes.

Documents : projet d'établissement

- Evaluation interne : pour la MAS de Booz et le FAM l'Enclos, la réalisation et la maintenance de l'évaluation sera assurée par les coordinateurs de résidence, dans le cadre de leur réunion mensuelle. Ce groupe assure également le suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement. Pour le SAMSAH-SSIADPH, ce groupe comprend : la chef de service, le coordinateur éducateur, et l'IDE.

Documents : compte-rendu de réunion de coordinateur / rapport d'évaluation interne

- Gestion des risques : un groupe de travail ad-hoc se réunit une fois à deux fois par an sur ce thème, en vue de mettre à jour le document unique des risques. Ce document est également validé au sein du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

Documents : compte-rendu de réunion de coordinateur / rapport d'évaluation interne

- Bientraitance, éthique et méthode : ce groupe – qui se réunit 4 fois par an – assure la veille sur ces questions, et notamment réalise un travail d'appropriation des recommandations ANESM. Elle détermine des actions visant à favoriser une culture de bientraitance au sein des établissements et services de l'association.

Documents : compte-rendu réunion / document d'analyse des recommandations

Depuis plusieurs années, l'Association a réalisé des travaux d'évaluation de ses pratiques et de ses processus avec différentes méthodes. Evaluer permet d'objectiver une situation en vue de pouvoir poser des actions visant à améliorer le service rendu aux usagers, ainsi que de rechercher une certaine efficience de l'organisation. Les principes qui prévalent pour organiser des processus d'évaluations sont les suivants :

- Principe d'unité : l'évaluation permet de faire émerger un regard commun sur une situation, de partager un diagnostic.
- Principe de transparence : l'évaluation implique la participation des salariés, des usagers, des partenaires tant au niveau du pilotage de la démarche que de sa mise en œuvre effective.
- Principe d'efficacité : l'évaluation est un outil permettant de piloter les processus d'amélioration de la qualité, en aidant à cerner les actions prioritaires.
- Principe de valorisation : l'évaluation favorise le développement d'une culture de bientraitance au sein de l'association, en intégrant les valeurs de l'approche positive.

Depuis 2010, les établissements et services de l'association se sont engagés dans les processus d'évaluation interne telle que souhaitée par la Loi du 2 janvier 2002 sur l'action sociale et médico-sociale.

L'intégration de l'approche par l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH

Il s'agit d'aborder la mise en œuvre de l'évaluation interne des activités du SAMSAH48/SSIADPH et la qualité des prestations délivrées par le service au regard des missions conférées par les textes réglementaires, des valeurs associatives et de la population accompagnée.

Cette démarche collective et dynamique continue d'offrir l'occasion pour les professionnels, les partenaires, les usagers et leur entourage, de réfléchir sur les pratiques du service, donne du sens aux actions et aux engagements dans l'accompagnement des personnes handicapées et participe à l'amélioration de la qualité de la structure.

C'est à partir d'un questionnement quotidien sur chacune des orientations notifiées au service que le SAMSAH48/SSIADPH s'assure :

- de son respect des missions (objectifs, actions misent en place, effets attendus ou inattendus, modalités d'organisation, partenaires, moyens, quelles réalités se vivent sur le service..) qui encadrent son fonctionnement.
- de son respect de la qualité de vie des personnes.

Pour mener sa prochaine démarche d'évaluation interne, le service s'appuiera sur les 4 axes proposés par l'ANESM et propres aux services en milieu ouvert.

- Axe 1 – La garantie des droits individuels et la participation des usagers

  Comment notre service s'organise pour garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée ? Le droit au respect de la dignité et à l'intégrité de la personne ? Pour garantir sa sécurité, un accompagnement de qualité et le respect des liens familiaux ?

  Quelles actions menons-nous, quelles sont nos pratiques pour garantir l'effectivité de ces droits ?

  Comment associons-nous les personnes à leurs accompagnements et à l'évolution du fonctionnement de notre service ?
- Axe 2 – La protection, la gestion et la prévention des risques

  Au domicile, une partie des risques sont partagés par les usagers et les professionnels, et les solutions qui peuvent en découler sont également bien souvent communes !

  Néanmoins c'est autour de trois grandes catégories que le service se doit d'axer l'évaluation : la maltraitance (prévenir tout actes de violences, de négligences, de privations), les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes (prévenir les risques en liens avec leurs handicaps, leurs environnements, leurs comportements, leurs humeurs), les risques professionnels (prévenir les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles, au stress, aux risques routiers, biologiques).
- Axe 3 – La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie

  Le respect de la qualité de vie à domicile consiste à reconnaître les normes et les valeurs personnelles de chacun ; à prendre en considération le contexte social et familial dans lequel il vit, ses aspirations, ses contraintes du quotidien, ses possibilités et ses inquiétudes.

  Promouvoir l'autonomie revient à aider l'usager à définir ce qu'il souhaite, à prendre des décisions, à connaitre ses possibilités, identifier ses capacités, assimiler les règles sociales et les normes qui prescrivent, autorisent ou interdisent ces actions et la manière de faire.

  Pour ce faire quatre thèmes sont à évaluer : le respect des habitudes de vie (prendre en compte besoins et attentes, offrir la possibilité de choix), l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne (maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne, favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette), la participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage (maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale/professionnelle, les liens familiaux et affectifs avec son environnement), la relation entre les professionnels et la personne (garantir un cadre professionnel, un cadre relationnel de qualité).
- Axe 4 – La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions

Le service doit sans cesse trouver un juste équilibre entre la réponse apportée à la demande et la réponse apportée aux besoins.

Deux thèmes sont à évaluer : la cohérence des actions du service (informer, faciliter le travail de proches, désigner un référent professionnel, garantir un accompagnement toute l'année, communiquer avec les intervenants), la continuité et la diversité des interventions auprès de la personne (coordonner les interventions du service, organiser des complémentarités ou des relais, mobiliser de nouveaux acteurs).

- **Nos outils d'évaluation et de démarche qualité**

Le Conseil de la Vie Sociale : Le Service propose à chaque usager suivi ainsi qu'à leurs proches de répondre à un questionnaire et de faire part de leurs remarques avant chaque CVS.

Les groupes thématiques : animés par le psychologue, ils sont un lieu d'échanges pour les usagers notamment sur leurs quotidiens.

L'Audit de satisfaction des usagers

L'outil de construction du projet d'accompagnement, le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie : il permet d'évaluer la situation de l'usager dans sa globalité et permet d'interpeller l'environnement (proches et intervenants extérieurs).

Les analyses de pratiques : mensuelle animées par un intervenant extérieur au service.

Le SAMSAH48/SSIADPH a pour ambition de s'inscrire dans cette démarche dynamique d'évaluation pour les 5 ans à venir, de se l'approprier comme un outil de prévention de« l'usure professionnelle » et un moteur dans la recherche de sens pour l'ensemble des actions qui sont menées.

Pour ce faire, le Service devra :

- construire un référentiel d'évaluation (qui tiendra à la fois compte des réalités d'interventions en milieu ouvert et des missions médico-sociales d'un SAMSAH et d'un SSIADPH dit généraliste) ;
- mettre en œuvre un recueil de données ;
- formaliser les constats, analyses et pistes d'améliorations dans le cadre d'un rapport d'évaluation interne (à finaliser en 2016 - support pour réinterroger et faire évoluer le présent projet de service) ;
- préparer l'évaluation externe (prévue en 2018) et la structurer en appui à l'intervention des différents professionnels et à la réalisation d'une qualité au service de la personne accompagnée.

3 L’accompagnement

3.1 Prestations

3.1.1 Le pôle socio-éducatif

Objectifs et modalités de l’accompagnement au stade de l’évaluation

Notre accompagnement s’articule autour d’évaluations pluridisciplinaires des besoins : du point de vue de l’aide à la vie quotidienne, de l’aide à l’accession aux loisirs et à la vie sociale. A la fois globales et spécifiques, dynamiques et interactives, ces évaluations peuvent être selon le cas concomitantes avec la mise en œuvre de prestations en première intention.

Il s’agit de mener une évaluation différenciée pour chaque usager, qui prend en compte à la fois :

- les différents handicaps des personnes,
- leurs demandes et leurs besoins,
- leurs contextes environnementaux.

Les modalités utilisées sont indicatives, évolutives et modulables, car chaque évaluation est différente. Ainsi lors des entretiens d’évaluation, rien n’est figé, aucune norme stricte et rigide n’est posée. Ces échanges permettent aussi à nouveau d’informer, d’expliquer les démarches à venir ainsi que le déroulement de l’accompagnement.

- **Recueillir la demande et son contexte**

Par le biais de questions-réponses, nous refaisons chronologiquement le parcours de la personne pour être au plus près de ses attentes.

Toutes les dimensions de vie de la personne sont alors explorées, ce qui permet la coproduction d’une analyse des forces et faiblesses, des menaces et opportunités, des aspirations et contingences… Cette prise en considération de la parole, favorise l’émergence d’un espace de désirs, incite à la participation et à l’engagement (choix de la personne), permet à la personne de s’approprier ses demandes. Ce temps permet aussi de prendre en compte l’expression des proches.

- **Evaluer les potentialités de la personne**

Cette évaluation des acquis conduit à la codécision des démarches et modalités à engager.

Elle s’appuie sur un recueil de données faites par l’ensemble des professionnels de l’équipe et selon leurs domaines de compétences (quels moyens matériels sont en place ?, sont-ils à disposition de la personne ?, quelles sont les contraintes et opportunités de l’environnement ?, quelles sont les ressources physiques et psychologiques de la personne ?).

Selon le cas, différents tests et/ou actions peuvent être proposées à la personne, durant un laps de temps suffisant, de façon à expérimenter ses habiletés. (Par exemple une action d’aide à domicile, pour évaluer la situation et tester l’opportunité du recours à un service d’aide à domicile).

- **Rechercher, ordonner et valoriser un ensemble de besoins**

Il s'agit, d'entendre et de reconnaitre les attentes des personnes pour pouvoir proposer des prestations, mais aussi s'inscrire dans un rôle de prévention et de dépistage de « situations à risque » qui pourraient mettre à mal la pérennité des projets de la personne, mais aussi pour garder l'objectif d'une intégration sociale.

Par le biais d'une approche fonctionnelle et structurée qui permet l'individualisation, chaque professionnel s'assure de l'opportunité des besoins face à la situation et au contexte. Cette évaluation s'inscrira selon un mode continu des activités mises en œuvre pour l'amélioration de la qualité de vie dans toutes ses dimensions.

Objectifs et modalités de l'accompagnement dans la mise en œuvre du projet

- **Insertion sociale**

Les personnes auprès desquelles nous intervenons, sont très souvent en situation d'isolement. Isolement au sens large, en effet, il peut être lié à une situation géographique, et/ou d'ordre physique lié à un handicap entrainant des difficultés de mobilisation, mais aussi de locomotion (véhicule pas adapté).Il peut être aussi moral. Cet isolement dit « psychique » est alors directement lié aux difficultés du handicap, et très souvent généré par un manque de connaissances et/ou un manque de compréhension de la part des proches qui se trouvent alors démunis.

Notre service contribue alors à la réhabilitation psychosociale de la personne, vise à la prévention de cet isolement et cherche d'abord à offrir un espace social protégé. La mise en place d'activités occupationnelles gérées par l'équipe, facilite et constitue un tremplin pour une participation sociale en milieu ordinaire. Il s'agit d'accompagner l'usager vers un processus de rétablissement de sa personne, en agissant d'abord sur sa capacité à créer du lien social et à s'autodéterminer.

Il s'agit de :

- favoriser ou réactiver un réseau autour de la personne accompagnée,
- relancer une dynamique et développer les capacités de la personne à s'affirmer, à agir sur l'environnement et à saisir les opportunités,
- créer les conditions favorables a une stabilisation de l'insertion (sociale, professionnelle...),
- jouer un rôle de médiation et de coordination entre les différents acteurs,
- assurer un rôle de mobilisation, de conseil, de sensibilisation, d'information, de formation des différents acteurs.

- **Autonomie dans la vie quotidienne**

Dans ce domaine, notre rôle auprès de la personne est de prendre en compte les besoins en termes d'aide à la vie quotidienne, tant dans la définition des modalités d'intervention que dans l'aide aux choix des intervenants.

Cette aide dans les actes essentiels et la gestion du cadre de vie se traduit par un accompagnement permettant d'apporter des repères et une stimulation pour entreprendre les tâches quotidiennes indispensables. A d'autres moments, cet appui met en place un soutien concret et adapté sur le long terme (mise en place d'une compensation).

Les situations en termes de besoins sur cette dimension de vie sont très hétérogènes, et selon le cas peuvent être :

- d'accompagner la personne lorsque les répercussions du handicap se traduisent par des limitations conséquentes dans la réalisation des actes de la vie courante,
- de favoriser l'autonomisation dans la gestion de la vie quotidienne grâce à des mises en situation (gestion du budget, respecter une liste de courses, chercher les aliments dans le supermarché…),
- de soutenir le maintien au domicile par le biais d'auxiliaires de vie sociale, mais aussi par l'apprentissage ou le réapprentissage des tâches du quotidien, ou encore par la mise en place d'aides à la compensation du handicap,
- de définir le contenu de l'intervention d'un service à domicile à mobiliser, et comment les accompagner dans leur mise en place auprès de la personne,
- de faire le lien avec les tutelles,
- d'assurer une mission de référence et d'appui dans le passage de relais de l'accompagnement avec le service d'aide à domicile de la personne.
- de construire un argumentaire pour le dossier de demande de PCH qui sera déposé auprès de la MDPH.

- **Accompagnement de la personne dans un cadre familial**

Lors de notre accompagnement, nous sommes souvent confrontés aux relations usager/entourage qui peuvent parfois être difficiles.

Notre rôle est d'accompagner au mieux les personnes dans leur cadre familial, car ceci est une donnée importante garante de leur bien-être et de leur évolution. Par la présence, l'écoute et le soutien, notre service intervient en appui pour que la personne gère au mieux ces liens d'interdépendance et propose :

- des temps d'échange et de communication entre l'usager et sa famille,
- des aides à maintenir et/ou à restaurer les liens familiaux,
- de permettre à l'usager de trouver ou retrouver une place dans sa famille,
- de le valoriser.

- **Accompagnement de la personne au niveau administratif et social**

Le service intervient pour améliorer les conditions de vie de la personne et prévenir ses difficultés médico-sociales. Il veille notamment au respect et à l'information des droits de l'usager. Si besoin, il assure un suivi social dans les différents volets techniques, financiers, logement et fait le lien avec les services des tutelles et avec la MDPH.

A travers ce soutien dans la gestion administrative, le pôle socio-éducatif effectue un relais avec les partenaires sociaux et assure une veille juridique et sociale.

- **Accompagnement vers l'emploi**

Concernant la prestation d'accompagnement spécifique vers l'emploi, elle a pour objectif général de préparer et d'accompagner l'insertion en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé. Elle s'inscrira en articulation des différents intervenants des dispositifs existants d'orientation, de formation, d'insertion et des services pour l'emploi de droit commun ou spécialisé afin de faciliter le parcours de la personne.

- Définir et construire un projet professionnel réaliste par rapport au handicap,

- Préparer à la recherche d'emploi et d'un environnement adapté aux capacités, être en appui à l'élaboration/validation d'un projet professionnel réaliste,
- L'accompagner dans les activités de recherche d'emploi et de contact avec les entreprises, le service public de l'emploi, le service de maintien dans l'emploi et de la formation quand cela s'avère nécessaire par ses limites d'autonomie,
- Jouer un rôle de médiation et de coordination entre les différents acteurs (milieu médical, milieu social, entreprises, organismes de formation…).
- Recherche de partenaires de proximité pour faire le lien et assurer une pérennité dans la prise en charge.

Moyens techniques et outils

Pour nous permettre la mise en œuvre de ces prestations, différents outils sont mis à notre disposition tels que :

- le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir,
- les évaluations des besoins de compensation du handicap (MDPH),
- les entretiens avec la personne,
- les échanges avec les partenaires,
- les rapports de synthèse, des bilans (médicaux…),
- le dossier de candidature,
- les évaluations liées aux compétences propres à chaque membre de l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH,
- visites sur le lieu de vie de la personne,
- liens téléphoniques,
- des entretiens individuels ou avec la famille et les proches,
- les informations recueillies auprès des intervenants présents,
- réunion de synthèse entre partenaires,
- des ateliers ou des activités : soit directement animés par des membres de l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH (atelier cuisine, pétanque, travaux d'autonomisation, balnéothérapie…) ou soit réalisés par des partenaires (GEM, ˝atelier des Herbes joyeuses˝, atelier cuisine du secours catholique, CAJ…). Ces ateliers sont réalisés selon un mode individuel ou collectif. Pour les ateliers animés directement par l'équipe : ils ont lieu soit dans les locaux du service (Marvejols ou Mende) soit dans des locaux mis à disposition par des partenaires (point relais : salles misent à disposition par différentes institutions / mairie, Département …) et ont notamment pour but de recréer un sentiment d'utilité sociale,
- les dispositifs en lien avec le milieu ordinaire : associations sportives – club de pétanque - ateliers d'art manuels, de musique, etc… bénévolat. Les activités réalisées dans ce cadre peuvent à la fois servir de support pour développer certaines habiletés sociales, et répondre au désir d'être utile aux autres.

FIGURE 12 :PIQUE-NIQUE ANNUEL AVEC L'EQUIPE ET LES USAGERS – 2010

FIGURE 13 : SORTIE D'ETE AU FESTIVAL DE CHANAC - 2012

3.1.2 Le pôle soins

Le pôle soins se positionne comme une structure de coordination des actions thérapeutiques (médicales, paramédicales) mises en place ou à mettre en place et qui seront garantes de la continuité des soins pour la personne.

Les objectifs d'interventions, qu'ils soient au stade de l'évaluation ou au stade de l'accompagnement, doivent s'articuler de manière cohérente avec des prestations à caractère social, médico-social ou médical déjà en place. Ils ne se substituent pas aux objectifs des dispositifs présents, mais viennent soit en complémentarité, soit dans une perspective d'évolution autour d'un projet à mettre en œuvre.

Les prestations proposées peuvent s'inscrire dès le stade de l'évaluation de la personne, de manière à répondre à des besoins de soins non couverts et qui peuvent mettre en échec le maintien de la personne en milieu ordinaire.

L'accompagnement proposé par le pôle soins varie selon la situation de dépendance vécue par la personne, de son projet de soins, des réponses à apporter à ses besoins et de l'intensité des interventions complémentaires apportées par les partenaires.

Objectifs et modalités de l'accompagnement au stade de l'évaluation

Il s'agit pour l'équipe pluridisciplinaire de s'assurer de l'inscription de la personne dans un parcours de soins régulier et coordonné, et d'amorcer une réflexion avec la personne autour de sa prise en charge en soins. Cette étape permet de poser des constats, des bilans et ouvre des perspectives d'élaboration vers de nouvelles réponses sur l'accès aux soins.

- **Evaluer la potentialité de la personne et de son entourage**

L'équipe rencontre la personne sur son lieu de vie, prend en compte ses demandes ainsi que celles de son entourage et évalue ses besoins. Elle évalue les adaptations personnelles et familiales à la situation de handicap, s'appuie sur la connaissance que la personne a de sa maladie et de ses conséquences, des moyens de compensations trouvés et des ressources présentes sur le lieu de vie …

- **Reprendre l'histoire de la maladie**

Cette démarche permettra de remettre la personne dans une temporalité en énumérant les points importants au niveau soins. Cette étape fait partie intégrante du processus d'acceptation du handicap et de la prise en considération de celui-ci et de ses conséquences.

- **Identifier l'accompagnement**

Certaines personnes lors de notre arrivée ont déjà des organismes qui interviennent au domicile, notre rôle est de rentrer en contact, avec l'accord de l'usager, pour faire un point sur la prise en charge effectuée.

Pour l'usager cette étape « bilan » lui permet de visualiser la prise en charge qui peut lui être proposé et lui permet de faire un constat sur ses droits ainsi que sur les possibilités de prises en charge existantes sur son secteur géographique et de manière générale. Ceci permettra de travailler à la mise en œuvre d'accompagnements plus adaptés, complémentaires et cohérents.

Objectifs et modalités de l'accompagnement dans la mise en œuvre du projet

- **Proposer une réponse adaptée et personnalisée aux besoins et au projet de vie de la personne et des solutions en matière de compensation.**

Le service développe et améliore les conditions de prise en charge s'il y a lieu, tant au niveau des aides techniques (nouveaux matériels, aménagement de domicile = domotique..) que des aides humaines.

A partir des constats posés au cours des différents bilans d'évaluation, des compléments de prise en charge sont proposés dans les domaines médicaux et paramédicaux, etc., (kinésithérapie, ergothérapie, suivi psychologique, séjours de répit, séjour de rééducation) ainsi que des accompagnements directs par le biais des personnels soignant présents dans le service (RDV médicaux..).

Le pôle soins en lien avec le pôle socio-éducatif accompagne la personne si elle le souhaite dans ces nouvelles démarches : lien et rencontre avec les nouveaux professionnels/demande auprès des organismes d'aides (MDPH, hôpitaux, CRF, CCSS..).

- **Assurer le lien et la continuité des soins**

Favoriser ou réactiver un réseau autour de la personne accompagnée, relancer une dynamique et développer les savoir-faire et les savoir-être des différents professionnels intervenants face aux spécificités des handicaps. Assurer un rôle de mobilisation, de conseil, de sensibilisation, d'information, de formation des différents acteurs.

Co-agir avec la personne sur l'environnement pour lui garantir une continuité de sa prise en charge.

Mais aussi lors d'un retour à domicile :

- travailler en collaboration avec les services hospitaliers, les médecins traitants, les professionnels libéraux pour s'assurer de la cohérence des soins et du maintien de leur continuité,
- accompagner « les intervenants du quotidien » (aidants familiaux, auxiliaires de vie…) dans leur accompagnement quand cela s'avère nécessaire pour permettre la continuité des soins,
- accompagner la personne sur ses lieux de vie afin de l'aider à mettre en place un suivi médical adapté et de mesurer l'impact du handicap sur ses activités.

- **Recherche de relais**

Il s'agit de mobiliser de nouveaux acteurs pour prendre le relais des situations. Cette mise en place de relais s'envisage dans le cadre d'un projet d'accompagnement individualisé bien défini, sur des besoins clairement identifiés, avec en parallèle un travail ouvrant sur des prises en charge par des services de proximité (plan de soins) qui concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (auxiliaires de vie, infirmiers libéraux) et à la construction de lien social.

- **Assurer des prestations de soins**

Les soignants s'inscrivent dans une démarche globale de soutien à la personne handicapée. Leurs actions permettent de prévenir et de retarder la dépendance, d'améliorer

l'autonomie des personnes aux gestes de la vie quotidienne et de valoriser l'image psychique et physique de soi.

Leur positionnement d'équipe experte, constitue un premier niveau de réponse. Par des interventions directes, régulières ou ponctuelles, ils délivrent des actes, informations, conseils qui sont définis dans le Plan de soins à mettre en œuvre.

Par le biais du SSIADPH, dont les modalités d'interventions permettent d'assurer et/ou de faire assurer (conventions) des actes de soins réguliers (une à deux fois par jour), le service peut pallier directement aux besoins des personnes sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

- **Favoriser et/ou renforcer les capacités à se soigner en toute autonomie**

Les professionnels interviennent au domicile de la personne pour l'accompagner dans l'apprentissage des soins et développer son autonomie. Ces actions s'adressent tant à l'usager qu'aux intervenants présents dans l'environnement de la personne.

Il s'agit :

- d'éduquer et de se familiariser à l'utilisation des aides techniques,
- d'apprendre des techniques de soin et d'ergonomie,
- de proposer aux bénéficiaires un soutien psychologique/ergothérapique,
- de développer ses initiatives et ses habilités personnelles,
- de favoriser l'autonomisation dans l'adaptation de la vie quotidienne grâce à des mises en situation (santé, sécurité, aménagement…).
- de fournir un conseil en matière de santé (l'objectif est de prévenir les risques liés à la situation de vulnérabilité de la personne : chute, troubles alimentaires, déglutition, postures, isolement, dépression, suicide, douleurs, troubles de l'humeur et du comportement, fatigabilité, conduites addictives….)

- **Coordination de soins**

Notre rôle principal est de coordonner les actions des différents intervenants médicaux et les aides humaines pour une meilleure cohérence et efficacité des accompagnements.

Nous jouons un rôle de médiation, de suivi de passeur d'informations entre les différents acteurs intervenant pour une même personne.

Il est important d'être à l'écoute des enjeux relationnels, quels que soient leurs modes d'expression, pour en assurer la reconnaissance. Cette attention facilite le remaniement des positionnements de chacun, dans un système où les compétences évoluent et viennent modifier l'équilibre et la place de l'usager accompagné.

Le travail à domicile est ˝nomadique˝, tous les professionnels qui se déplacent voient leur cadre d'exercice changer en permanence. Il est donc nécessaire de disposer d'un cadre de fonctionnement qui donne à chacun les moyens d'agir comme dans une entité. La cohérence et l'articulation des diverses actions doivent être garanties, pour éviter tout morcellement et discontinuité préjudiciables à l'évolution de la personne.

Il s'agit notamment de :

- s'assurer de la nécessaire continuité de l'accompagnement entre le sanitaire et le social,
- de coordonner et accompagner les démarches administratives de nature médicale en faisant appel aux partenaires.

Moyens techniques et outils

Pour réaliser ces missions, le pôle soins s'inscrit dans un réseau important de partenaires médicaux, pour certains par le biais de conventionnements (Infirmiers libéraux, hôpitaux, service d'auxiliaires de vie...), mais aussi sur des moyens techniques tels que :

- prescriptions médicales,
- dossier médical de la personne,
- lien avec le médecin traitant et autres médecins spécialistes,
- lien avec les intervenants médicaux de la personne,
- bilans et comptes rendus médicaux,
- visites sur le lieu de vie de la personne,
- liens téléphoniques,
- entretiens individuels ou avec la famille et les proches,
- informations recueillies auprès du réseau de partenaires,
- bilans des différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire,
- plan de soins,
- réunion d'analyse de cas,
- réunion de synthèse entre partenaires,
- ateliers et activités : séances de Snozelen, balnéothérapie, esthétique/séances de toucher-relaxation.

3.2 L'accompagnement singulier de la personne

Le processus d'accompagnement

La ˝spécificité ˝ du public accompagné nécessite la mise en place d'une démarche qui s'inscrit dans le temps. Elle est construite dans une logique d'étapes progressives déclinées comme suit :

- **Le déroulement de l'admission**

Le service intervient sur sollicitation de la personne et/ou de sa famille et/ou par l'intermédiaire d'autres professionnels (tuteurs, assistantes-sociales, services d'accompagnement, hôpitaux, services médico-sociaux…).

Quelle que soit la nature de la demande, elle est étudiée par la chef de service qui établit un contact avec la personne et/ou son représentant (contact téléphonique). Cette demande peut donner lieu à un RDV d'information pour la personne et/ou à l'envoi des documents administratifs nécessaire à l'étude du dossier par la commission d'admission du service.

Cette commission s'assure de l'adéquation du projet avec la demande au regard des outils et moyens du service, et de l'adhésion de la personne. Une notification de décision, argumentée, est alors adressée au candidat et/ou à son représentant légal dans les jours qui suivent la commission d'admission (copie à la MDPH).

Dans le cas d'un refus d'intervention du service, des propositions de réorientations vers des structures correspondant mieux aux besoins et demandes, peuvent être faites à la personne.

- **La phase d'évaluation et la construction du projet individualisé**

La phase d'évaluation débute dès la notification d'admission dans le service, elle est réalisée durant les deux mois qui suivent et prend fin au moment de la signature du projet individualisé d'accompagnement lequel décline alors les objectifs d'accompagnement et les plans d'action (moyens envisagés pour atteindre ces objectifs).

L'évaluation des situations de handicaps et de leurs impacts reposent sur l'analyse d'un ensemble de champs et de leurs indicateurs relatifs aux personnes (handicaps différents dans la variété des manifestations individuelles et dans la variabilité de l'efficience sociale, éducative, médicale, professionnelle) et par la capacité à mobiliser les professionnels compétents pour affiner les évaluations.

Cette évaluation s'appuie sur plusieurs outils et principalement :

- le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir,
- les évaluations des besoins de compensation du handicap (MDPH),
- les entretiens avec la personne,
- les échanges avec les partenaires,
- des rapports de synthèse, des bilans (médicaux…),
- le dossier de candidature
- les évaluations liées aux compétences propres à chaque membre de l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH.

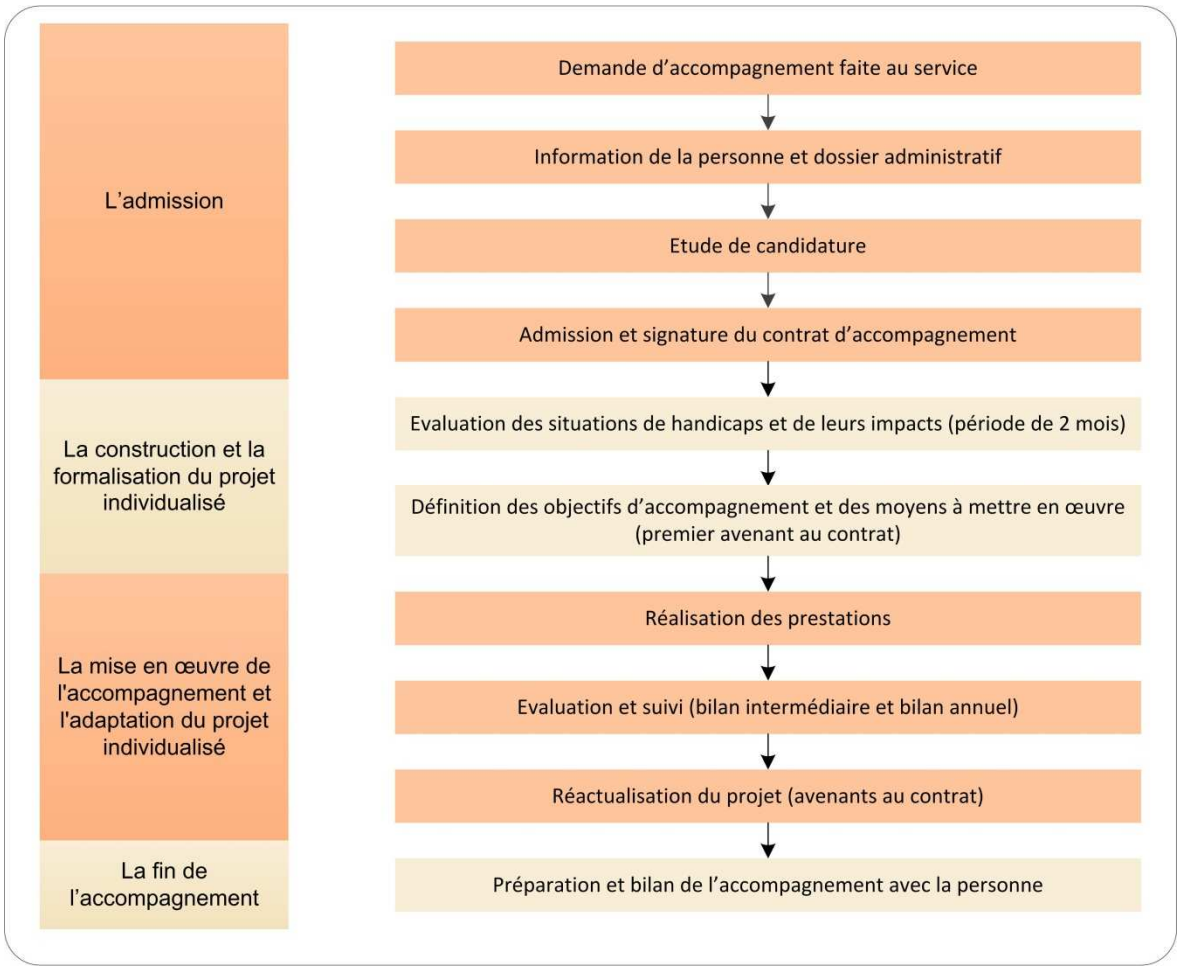


FIGURE 14 : LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT

Le projet individualisé d'accompagnement formalise des intentions et des moyens que les professionnels se donnent à un moment de la vie de la personne pour un temps donné en fonction des souhaits, des choix et des attentes de la personne.

Il est élaboré et négocié avec la personne. Il met en perspective et oriente. Il est le support au développement de l'auto-détermination vers un plus, de prise d'autonomie. Le but est de rendre à la personne son statut de sujet, auteur ou acteur de son projet, selon ses possibilités ou selon les situations. Il prend en compte toutes les dimensions de vie de la personne et plus particulièrement les dimensions sociale, psychologique, médicale et professionnelle.

Il permet de :

- prendre en considération la parole de la personne,
- de l'inciter à participer, à s'engager et à s'approprier ses demandes,
- de laisser l'émergence d'un espace de désirs,
- d'évaluer les potentialités de la personne et de son entourage, des contraintes et des opportunités de l'environnement
- de s'appuyer sur les connaissances de la personne,
- d'évaluer par une approche fonctionnelle et structurée. Rechercher, ordonner et évaluer un ensemble de besoins et demandes des personnes par la mise en œuvre d'un processus d'évaluation globale, dynamique, interactif.

- **La mise en œuvre de l'accompagnement et l'adaptation du projet individualisé**

C'est autour de la notion d'accompagnement que le SAMSAH48/SSIADPH a élaboré sa vision commune de l'intervention auprès des personnes en situation de handicap.

Pour le service accompagner relève d'une volonté de travailler ensemble et autrement avec la personne, de mieux saisir ses besoins et ainsi, de privilégier des interventions de nature à améliorer véritablement la qualité de vie, dans toutes ses dimensions. Dans la mesure où les accompagnants s'appuient sur la considération de la personne dans sa globalité, et trouvent fondement dans la notion de contrat, les notions de confiance et d'alliance qui en découlent humanisent l'accompagnement.

Accompagner implique donc, pour le professionnel d'instaurer une relation interpersonnelle et de s'adapter à chaque problématique, ceci engageant un dépassement de la tâche proprement dite vers de la polyvalence, de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité, tout en restant dans le cadre défini par l'organisation institutionnelle.

Cet accompagnement débute en fait dès l'admission effective dans le service, et s'adresse à la personne, mais aussi à ses proches/familles et aux partenaires.

Ces principaux objectifs sont, grâce à l'installation d'une relation de confiance et d'un dialogue, de :

- favoriser ou réactiver un réseau autour de la personne accompagnée,
- relancer une dynamique et développer les capacités de la personne à s'affirmer, à agir sur l'environnement et à saisir les opportunités,
- développer les démarches, moyens et outils de compensation du handicap,
- créer les conditions favorables à une stabilisation de l'insertion (sociale, professionnelle...),
- jouer un rôle de médiation et de coordination entre les différents acteurs,
- assurer un rôle de mobilisation, de conseil, de sensibilisation, d'information, de formation ces différents acteurs.

L'accompagnement réalisé par le service :

- s'intéresse à l'ensemble des facettes de la vie de la personne en interaction avec son environnement (dimensions sociale, psychologique, éducative, médicale, professionnelle),
- insiste sur l'interdépendance entre: la perception des personnes, les droits accordés aux personnes, leurs places données au sein de la communauté, le mode d'intervention auprès de ces personnes,
- place la personne au centre du dispositif d'accompagnement : recueil de ses besoins, recherche permanente d'une personnalisation et d'une adaptation du service à ses besoins, la personne est systématiquement consultée et impliquée dans les décisions la concernant,
- a, suivant les moments, une fonction d'analyse, de mise en action, de soutien ou de simple ressource rassurante à partir de sa seule existence,
- favorise la responsabilisation et l'autonomie de la personne,
- permet l'évaluation continue des activités et de l'amélioration de la qualité de vie dans toutes ses dimensions,
- permet la complémentarité et l'articulation avec les différents partenaires sociaux, médicaux, médico-sociaux (conventions, réseau..).

Tout au long de l'accompagnement, le projet individualisé reste l'outil majeur de l'intervention des professionnels et du travail d'équipe. Ce projet prend la forme d'un avenant qui réactualise chaque année le contrat d'accompagnement. Chaque projet est cosigné et engage chacune des parties. Il est réalisé une fois par an, évalué et révisé à 6 mois lors d'un bilan intermédiaire. Ces objectifs sont déterminants pour la durée du suivi.

FIGURE 15 : REUNION D'EQUIPE DANS LES LOCAUX DU FAM A MARVEJOLS

- **La fin de l'accompagnement**

Préciser un début et une fin d'accompagnement permet notamment :

- à la personne – de ne pas être dépendante du dispositif ;
- à l'équipe – de ne pas être dans l'usure et le rejet ;
- au service – de ne pas se créer un « usager captif » et de pouvoir accueillir de nouveaux bénéficiaires.

Les causes de fin d'accompagnement sont :

- l'atteinte des objectifs d'accompagnements,
- la date notifiée par la commission des Droits et de l'Autonomie (en l'absence de renouvellement),
- la sortie vers un autre établissement,
- lorsque l'une des parties n'aura pas correctement exécuté ou respecté ses obligations contractuelles,
- en cas de non-adhésion de l'usager au suivi,
- en cas de violence verbale ou physique à l'encontre d'un des membres de l'équipe du SAMSAH48/SSIADPH.
- lorsque le service évalue que la part de risque (choix de l'usager, conditions de prise en charge..) dans la situation de handicap de la personne, sur son lieu de vie, met en danger celle-ci ainsi que les professionnels qui interviennent auprès d'elle.

Chaque fin d'accompagnement est discuté avec la personne et/ou son représentant, des propositions de réorientations peuvent être proposées et un bilan de fin d'accompagnement est réalisé et envoyé à la personne et/ou son représentant et à la MDPH.

Selon le cas et pour faire suite au bilan de fin d'accompagnement, la direction du SAMSAH48/SSIADPH peut organiser une « réunion éthique », où sont conviés différents acteurs (représentants : MDPH, Conseil général, justice, ARS…) pour discuter de la situation de la personne et lui proposer de nouvelles solutions.

Les écrits professionnels en lien avec l'accompagnement

Ces écrits sont autant d'outils sur lesquels s'appuient les professionnels du service afin d'assurer un accompagnement continu et de qualité. Ils sont un ensemble organisé de ressources qui permettent de convertir des données en informations.

Ce « système d'information » est centré sur l'usager et constitue la mémoire de l'accompagnement (il en permet la traçabilité...).

▪ Le dossier personnel de l'usager

Depuis la Loi du 2 janvier 2002 rénovant le code de l'action sociale et des familles (CASF), les établissements sociaux et médico-sociaux sont dans l'obligation de constituer un dossier unique pour chaque usager. Dans ce dossier se trouve l'ensemble des informations qui concernent l'usager, lequel a le droit de consulter son dossier selon certaines conditions d'accès.

Le contenu du dossier retrace les différents volets de la prise en charge de l'usager : volet administratif et volet technique (social, éducatif, médical, pédagogique).

- Le volet administratif

  Le dossier comprend : contrats et documents constitués lors de l'admission (contrat de séjour, document individuel de prise en charge, fiche de renseignements, jugement de tutelle ou curatelle, relevés de décisions d'orientation, autorisations écrites de parents ou tuteurs, courriers administratifs, documents spécifiques liés à l'histoire de l'usager…)
- Le volet technique

  Il inclut : comptes-rendus et synthèses des réunions, projet individualisé, évaluations, courriers échangés avec l'usager et les familles, etc.… (Article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Ce dossier comprend aussi les fiches de suivis et d'interventions des différents professionnels.

Ce dossier fait l'objet d'une saisie informatique, sur le logiciel interne « MEDIATEAM ».

▪ Le projet individualisé d'accompagnement

C'est un document qui traduit une démarche de personnalisation des prestations institutionnelles, en prenant appui sur les besoins et attentes de la personne. Il décline le sens et les modalités (plan d'action) d'un appui à la personne.

Il précise les objectifs opérationnels, les moyens, responsabilités et échéances du projet d'accompagnement. Il permet de soutenir une qualité de travail mené auprès de l'usager (dans différents champs : autonomie, exercice de la citoyenneté, protection…) et pour repositionne l'usager au centre du dispositif d'accompagnement.

C'est l'outil de référence pour agir auprès de la personne.

Il est élaboré à partir d'un bilan de situation et réalisé une fois par an avec l'aide de différents outils à dispositions des professionnels : le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie, les synthèses et bilans des différents professionnels et partenaires (médicaux, éducatifs..), les entretiens avec l'usager, etc.

- **Le classeur médical**

C'est un outil validé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à l'amélioration du système de santé

Il constitue une partie du dossier de soin de la personne qui est un document permettant la connaissance du malade, regroupant toutes les données administratives et médicales, les informations relatives aux soins, traitements, examens ou interventions pratiqués durant la durée de prise en charge par le SSIADPH.

Ce document individualisé et actualisé regroupe toutes les informations concernant une personne soignée, une famille. C'est un élément fondamental pour la cohérence et la continuité des soins, il est le support du processus de soins infirmiers (démarche de soins).

Il facilite le lien entre les différents professionnels s'occupant de la personne, et est à leur disposition au domicile de l'usager.

C'est un outil de décision avec l'élaboration du Plan de soins de la personne et de programmation d'actions soins.

- C'est le témoin de l'exercice infirmier (rôle propre et rôle prescrit).
- Il est individualisé :un dossier pour chaque personne qui permet une prise en charge de la personne dans sa globalité.
- Il permet une traçabilité : les informations concernant la personne sont notées plusieurs fois par jour, afin de réajuster les problèmes de santé et les actes de soins (permet la continuité des soins).
- Il respecte le secret professionnel :les informations recueillies sont confidentielles, l'accès à ces informations n'est possible qu'aux personnels œuvrant pour le projet de soins de la personne.

- **Le plan de soins**

Il s'agit d'un document qui est annexé au projet individualisé d'accompagnement. Il est effectué par l'infirmier (SSIADPH) avec la collaboration de l'ensemble de l'équipe du pôle soin, en accord avec l'usager et ses proches.

Il est réalisé pour chaque usager relevant du SSIADPH en sus du suivi SAMSAH48.

Contenu du plan :

- détermination des actes effectués par les aides-soignants,
- détermination des jours, des heures et des temps d'intervention,
- détermination du matériel médicalisé nécessaire
- détermination des aménagements nécessaires : lieu de soins défini, accessible.
- détermination du petit matériel d'hygiène nécessaire,
- détermination des actes des intervenants de santé libéraux et auxiliaires de vie.

Le plan de soins arrêté au début de l'accompagnement de la personne est réalisé chaque année, révisable à 6 mois et en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne.

La référence – point d'appui à la mise en œuvre du projet

La notion de référence est utilisée pour nommer, formaliser le cadre qui règle les relations individuelles suivies entre les professionnels et l'usager dans l'accompagnement qui lui est proposé par le SAMSAH48/SSIADPH.

Le référent essaie de donner des repères structurants de la place et de la fonction de chacun (usager, professionnels, famille, partenaires…) pour favoriser l'instauration et le maintien d'une dynamique relationnelle.

Le référent ne vise pas à adapter l'usager à sa situation et à son statut social d'handicapé, mais à faire émerger une parole singulière, en veillant par la prise en compte de son histoire et de sa subjectivité à l'expression de son désir.

Le référent a un rôle majeur et une place centrale à la fois dans l'accompagnement, mais aussi dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individualisé de la personne.

Au travers de la fonction de référent, c'est la mise en œuvre effective du projet et son adéquation permanente aux besoins et attentes de la personne qui est visée.

▪ Les missions principales assignées au référent

Le référent centralise les informations sur la personne. Il rassemble et éventuellement synthétise les données et les informations permettant d'évaluer la situation. Il informe de la situation de la personne Il est un interlocuteur privilégié. De par sa connaissance du projet et son rôle de centralisation de l'information, il est particulièrement à même :

- de restituer et de rendre compte auprès de l'équipe : de la parole de la personne, du point de vue des familles, de l'avancement du projet, de la situation ponctuelle de la personne.
- d'alimenter un échange pluridisciplinaire sur la situation de l'usager (à partir des différentes informations recueillies)
- d'échanger avec la famille sur le projet de la personne.
- il enregistre les décisions prises et les consignes dans le projet
- il formalise/contribue à la formalisation des différents écrits autour du projet : Bilan de situation, Contrat de séjour, Projet individuel (avec le soutien du chef de service ou du coordinateur si besoin)
- Il veille à l'engagement et à l'adaptation du projet, à ce que les décisions retenues soient connues de tous les différents intervenants.
- il s'informe régulièrement auprès des autres professionnels de l'évolution du projet
- il signale/alerte des difficultés de mise en œuvre du projet
- il veille/contribue à une évaluation au quotidien de l'avancement du projet

S'il est de par sa position le contact privilégié d'un usager, le référent ne peut prétendre à l'exclusivité de la relation éducative et thérapeutique. Toute la souplesse est nécessaire dans le jeu de la dynamique institutionnelle du service pour que la diversité des échanges l'emporte sur l'unicité.

Pour cela il faut éviter le travers fréquent qui consiste à instituer une forme de désignation arbitraire du rôle de référent qui enferme les sujets dans des relations duelles. C'est en créant des conditions optimales de circulation et d'échange qu'un usager pourra construire et élaborer psychiquement son existence, dans le cadre de ses relations privilégiées et différenciées et parfois aussi contradictoires, avec les membres de l'équipe ainsi que les autres personnes qui partagent sa vie sociale.

- **Les modalités de la référence dans le service**

La notion de référence concerne l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Cette notion est expliqué à l'usager dès l'admission, un professionnel lui est proposé (en accord avec celui-ci et après concertation avec le Chef de service et le coordonnateur d'équipe) ce choix sera validé au moment de la signature du projet d'accompagnement en accord avec l'usager et effectif pour un an.

Ce choix est fait en fonction des spécificités de situations de la personne (handicap, besoins, compétences, etc..).

S'il y a lieu, le choix peut être modifié au cours de l'accompagnement, à la demande de la personne ou sur proposition du service, dans tous les cas cette modification doit être argumentée.

Les réunions autour de l'accompagnement

Outre les temps d'échanges informels et les lectures croisées des différents intervenants via le logiciel 'mediateam', des réunions hebdomadaires sont prévues au planning institutionnel tant pour permettre la circulation des informations entre les différents professionnels que de prendre le recul nécessaire pour garder le cap vers les orientations définies par le projet individualisé d'accompagnement.

Un compte rendu des échanges apparaît dans le logiciel « MEDIATEAM » volet réunion/coordination.

- **La réunion de coordination**

Hebdomadaire elle a lieu avec les différents professionnels du service et le coordinateur d'équipe.

Elle permet un temps d'échanges entre les professionnels pour :

- faire le bilan sur les accompagnements en cours,
- réajuster l'accompagnement de l'usager en fonction de ses demandes, ses besoins, de l'évolution de son handicap,
- suivre le projet individualisé d'accompagnement et/ou du plan de soin de chaque personne,
- transmettre les informations nécessaires à la bonne marche du service.

- **Les réunions de projet individuel d'accompagnement**

Il s'agit des réunions (2 généralement) mises en place en vue de l'élaboration du projet individualisé.

Ces réunions s'appuient sur différentes évaluations réalisées par les professionnels. Elles permettent de travailler une vision « multidimensionnelle et globale de la personne » en s'appuyant sur plusieurs indicateurs ou champs pour pouvoir passer de constats à la projection d'un accompagnement d'équipe.

Le référent est un acteur majeur de ces réunions.

- **Les synthèses autour d'un usager**

Ces synthèses permettent aux professionnels du service, au médecin traitant, et aux professionnels extérieurs, partenaires par convention (ou non) de se regrouper et de faire le point de la situation de la personne en sa présence ou non. Cette synthèse se déroule dans les locaux du service, ou au domicile de l'usager.

Elles permettent de coordonner les actions des différents intervenants sociaux et médico-sociaux et les aides humaines pour une meilleure continuité et efficacité de l'accompagnement. De proposer une réponse adaptée et personnalisée aux besoins (itinéraire évolutif) et au projet de vie de la personne et des solutions en matière de compensation.

Cela permet ainsi d'éclaircir la place de chacun et de proposer un suivi cohérent et rassurant pour les personnes accompagnées.

Elles sont organisées à la demande, soit de l'usager, soit des intervenants salariés ou libéraux, soit des professionnels du service.

- **Les réunions de bilan intermédiaire**

Une réunion de bilan est programmée environ six mois après la validation du projet individuel. Seules les personnes concernées par le suivi y assistent et font le point sur l'avancée du projet.

Les professionnels s'y interrogent sur l'évolution de la personne et l'adéquation des objectifs poursuivis. S'il y a lieu, le projet ou les moyens seront actualisés (proposition de réorientation vers un service plus adapté). Les équipes s'appuieront sur des outils d'évaluation pour mesurer l'adéquation des modes d'accompagnement à l'évolution des besoins et envisager des pistes d'amélioration.

- **Les réunions cliniques**

L'équipe pluridisciplinaire se réunit toutes les semaines de manière à croiser les informations, à débattre des situations complexes et à se maintenir dans une cohérence par rapport aux projets de chacun des usagers.

- Mesurer les risques d'une relation de dépendance (au service ou à l'un des professionnels) qui peut nuire à l'équilibre de la personne et compromettre la cohérence d'une véritable action professionnalisée.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité du travail d'équipe.
- Consulter les médecins coordonnateurs du service, les partenaires spécialistes et nécessaires pour mesurer l'avancée des situations.

3.3 Interdisciplinarité et travail d'équipe

Dès 1989 lors de la réforme des annexes 24 de la loi d'orientation de 1975, la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989, vient préciser les modalités des interventions médico-sociales.

« *Les prises en charge en ESSMS doivent présenter une grande cohérence…Elles requièrent l'intervention de professionnels de différentes origines, qui doivent garder leurs spécificités…le bénéficiaire doit être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chaque intervenant…les directeurs d'établissements sont garants de la cohérence des actions qui réunissent des interventions spécifiques.* »

Par la suite le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 a renforcé et donne des repères sur le travail en équipe interdisciplinaire de la manière suivante.

« *Ce travail conjugue des actions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques, sous la forme d'interventions interdisciplinaires réalisées en partenariat…ces actions entrent dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement adapté à la situation et à l'évolution de la personne accueillie* ».

Face à ces nouvelles définitions de travail en interdisciplinarité, les équipes professionnelles ont dû évoluer pour s'inscrire dans un travail de « réseau interne » dans lequel doivent être nécessairement résolus les problèmes d'organisation, de communication et de relation.

Les synthèses et consensus sont recherchés, l'équipe doit être en mesure d'accepter le doute et l'incertitude au moins de manière passagère. Il est important de laisser évoluer les discussions et les débats tout en prenant soin d'en conserver des traces fiables et pertinentes pour le traitement des situations, et particulièrement en ce qui concerne le développement des projets individualisés.

Le travail en équipe au SAMSAH48/SSIADPH

L'équipe se compose de l'ensemble des professionnels qui contribuent aux services rendus aux usagers au sein du SAMSAH48/SSIADPH. Elle est marquée par le repérage des notions d'utilités sociales et par la coexistence de différentes professions (éducateur-spécialisé, secrétaire, moniteur-éducateur, TESF (Technicienne en Economie Sociale et Familiale), chef de service, infirmiers, aides-soignants, psychologue, ergothérapeute, etc.).

Chaque membre de l'équipe pluri professionnelle à sa spécificité et ses fonctions, mais participe à la mise en œuvre globale des interventions et des projets, et à ce titre doit être à même de pouvoir porter ses informations à la connaissance de tous les membres qui constituent l'équipe.

- **Les préalables et points importants qui fondent le travail en équipe**

  - La contractualisation des actions (contrat d'accompagnement, projet individualisé..) qui engage les professionnels et représente un enjeu de solidarité pour le travail en équipe.
  - La connaissance des dimensions sociales et médicales qui articulent les actions des ESSMS et qui ne peuvent être maîtrisées par un seul et même professionnel.
  - La coordination qui a pour but de favoriser l'évolution et le développement des temps pluridisciplinaires.
  - L'adhésion à une démarche de mise en œuvre d'actions à la fois « globale et cependant précise ».

- **L'importance donnée et la « plus-value » du travail d'équipe**

  - Il rassemble nos compétences au profit de la cohérence des actions.
  - Il distingue les références des uns et des autres, ce qui nécessite des efforts de reconnaissance des compétences complémentaires.
  - Il permet de relier les données des différents professionnels et intervenants, et de leur donner du sens.
  - Il permet de renforcer une culture commune (liée au Service et liée à l'Association).
  - Il permet d'expliciter, d'harmoniser et de formaliser nos processus d'action.
  - Il favorise une prise de décision et une adhésion aux choix faits en commun.

Les rencontres entre professionnels hors projet (présentées au chapitre précédent)

- **Réunion d'analyse de pratiques**

Le groupe d'analyse des pratiques professionnelles se réunit une fois par mois avec un animateur extérieur à l'institution, qui n'a pas de relation hiérarchique avec les participants du groupe.

Ces réunions traitent les questions liées à l'implication de chaque professionnel en situation de travail. Ce groupe permet aux professionnels non-cadres de développer une posture réflexive sur ce qu'ils font. Le matériel apporté par les participants a trait à leur pratique et à leur implication et leur identité professionnelle.

- **Réunion d'analyse de cas**

Le médecin psychiatre en alternance avec le médecin de rééducation physique réalise des réunions d'analyse de cas avec l'équipe pluridisciplinaire. Ces réunions ont lieu mensuellement et constituent un des outils qui soutient et oriente le travail de l'équipe pluridisciplinaire au regard de l'expérience et de l'analyse des différentes situations en s'appuyant sur leurs connaissances face aux types de handicaps rencontrés,

- **Réunion institutionnelle (d'établissement ou de service)**

Elle a lieu une ou deux fois par an, avec deux objectifs principaux :

- le partage et la mise à niveau des informations sur la vie de l'Association,
- le partage du sens sur les missions, orientations et modalités globales d'un travail mené.

- **Réunion des cadres hiérarchiques**

Ces réunions mensuelles regroupent le personnel encadrant (chef de service et Cadre Administratif et de Gestion) et la direction.

Les cadres y abordent les thèmes en lien avec l'organisation et la gestion des services : budgets, gestion du personnel, mise en œuvre des notes du siège, appropriation de la législation, etc…

- **Commission d'Admission**

Il s'agit d'une commission interne au SAMSAH48/SSIADPH qui réunit plusieurs professionnels du service, au travers de liens hiérarchiques, organisationnels et fonctionnels, pour décider d'un accord, d'un refus, ou d'un sursis de décision suite à une demande de prise en charge par le SAMSAH48/SSIADPH.

Cette commission s'assure de l'adéquation du projet avec la demande au regard des outils et moyens du service. Elle s'assure de la stabilité psychique de la personne, de son suivi psychiatrique et médical, de l'existence d'un projet de vie et surtout de son adhésion.

Une notification de décision, argumentée, est alors adressée au candidat et/ou à son représentant légal dans les jours qui suivent la commission d'admission, une copie de cette même décision est adressée à la MDPH.

Dans le cas d'un refus d'intervention du service, des propositions de réorientations vers des structures correspondant mieux aux besoins et demandes, peuvent être faites à la personne.

Les fonctions principales au SAMSAH48/SSIADPH

Le SAMSAH48/SSIADPH se doit de mettre en place tous les moyens existants qui permettront à la personne de (re)conquérir des droits citoyens, en l'amenant à vivre des expériences dans le cadre des espaces de droit commun. Ainsi chaque fonction est une action caractéristique dans un ensemble organisé qui concourt à la mise en œuvre du projet individualisé de la personne et à son accompagnement.

Chacun des professionnels intervient auprès de la personne comme accompagnateur; initient un accompagnement qui consiste à ouvrir de nouvelles perspectives, promouvoir l'envie et le désir de faire.

- **La fonction sociale et éducative**

Cette fonction s'appuie sur les postes d'éducateur-spécialisé, moniteur-éducateur, assistante sociale et de technicienne en économie sociale et familiale. Elles consistent à mobiliser et valoriser les capacités globales de l'usager en prenant fortement appui sur son environnement de vie.

Il s'agit entre autre de permettre des mises en situation bienveillantes de manière à réintroduire la personne dans la réalité et lui permettre par la même d'auto-évaluer ses capacités ; de faciliter l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité, et de mobiliser ou sensibiliser les acteurs gravitant autour du projet de la personne sur les diverses répercussions du handicap.

Les contenus plus précis de cette fonction sont décrits au chapitre 3.1.1 « Le pôle socio-éducatif » du présent projet.

- **La fonction de coordination d'équipe**

Portée par l'éducateur-spécialisé cette fonction permet de créer les conditions d'une participation collective au bénéfice d'un individu. Il s'agit de coordonner, organiser et relier les différentes parties d'un ensemble (l'équipe) pour former un tout efficace et harmonieux.

Dans le cadre du SAMSAH48/SSIADPH : Le coordonnateur intervient en qualité de ˝référent˝ de l'équipe vis-à-vis de l'institution dans un rôle d'intermédiaire. De manière générale, il participe à renforcer et améliorer l'organisation du service, il favorise l'échange et la liberté d'expression de chacun et veille à une bonne dynamique d'équipe pour un accompagnement de qualité. Le coordonnateur est appelé à être force de proposition pour permettre d'améliorer le service (organisation, fonctionnement, création ou utilisation de nouveaux documents, communication…).

- **La fonction administrative**

Elle concerne les postes de secrétaire, chef de service et directeur. Chacun dans leurs domaines concourant au bon fonctionnement du service de par leurs compétences de gestion, d'organisation et d'animation.

La secrétaire assiste la chef de service dans la gestion administrative et dans l'organisation du quotidien de la structure. Elle est un des maillons essentiels qui facilite la communication et l'information entre les membres de l'équipe les personnes et leurs proches ainsi que les partenaires.

La chef de service est garante de la cohérence d'ensemble des prestations en étroite collaboration avec la direction, les médecins, le cadre fonctionnel et l'ensemble des partenaires. Garante de l'application du projet d'établissement et des textes réglementaires, elle organise et coordonne l'ensemble des interventions de soins et d'accompagnements nécessaires pour la mise en œuvre du projet individualisé de la personne.

Son positionnement extérieur à l'équipe lui permet si besoin de recadrer les situations, de gérer les problèmes, d'identifier et d'analyser les besoins à la fois :

- au niveau des suivis des personnes,
- au niveau des besoins d'un territoire et d'une population,
- au niveau des équipes afin de veiller à l'évolution des compétences nécessaire pour maintenir des pratiques adaptées.

Le directeur est à la fois pilote et responsable hiérarchique est garant de toutes mises en œuvre dans le respect du droit des usagers et de leurs représentants.

- **La fonction soignante**

Les objectifs principaux de cette fonction s'articulent autour de 4 grands axes : soins, prévention, coordination et continuité des soins et uni les postes d'infirmiers et d'aides-soignants.

Les actions menées permettent d'agir directement auprès : des personnes accompagnées, des différents professionnels de l'équipe, des partenaires (médecins, hôpitaux, partenaires paramédicaux…). Ces actions se traduisent de multiples manières et permettent notamment selon les situations : une conscientisation et une acceptation chez la personne du besoin de soins, la mise en œuvre de dispositif de soins, de réguler et contenir des situations de soins fragile, de favoriser un équilibre du processus de soins, de prévenir et d'alerter sur des situations de vulnérabilités ….

Ainsi les infirmiers peuvent :

- prévenir et surveiller l'hygiène de vie des personnes et les troubles du comportement,
- suivre l'observance des traitements et aider à l'application des prescriptions médicales/protocoles,
- assurer des visites à domicile, orienter la personne auprès de structures et partenaires complémentaires,
- diffuser et assurer conseils, informations, et formations clinique ou techniques auprès des personnes de leur famille et autres intervenants…

Les aides-soignants travaillent en liens étroit avec les infirmiers et s'inscrivent en harmonie sur les actions citées précédemment. Leurs actions autour des gestes de la vie quotidienne et des actes essentiels contribuent à préserver (développer, quand c'est possible) l'autonomie de la personne et prévenir tout sur-handicap.

Ils participent activement à l'humanisation des conditions de vie de la personne et favorisent ainsi les accompagnements lors de rendez-vous médicaux et paramédicaux, par exemple.

Infirmiers et aides-soignants ont un rôle majeur de bienveillance et de vigilance auprès des personnes.

- **La fonction médicale**

Cette fonction est concentrée autour des deux médecins du service (psychiatre et médecin de médecine physique). Cadres fonctionnels qui agissent par délégation de la direction, ils

ont un rôle de médecins coordonnateurs. A ce titre,ils soutiennent et orientent le travail de l'équipe pluridisciplinaire au regard de l'expérience et de l'analyse des différentes situations en s'appuyant sur leurs connaissances face aux types de handicaps rencontrés.

Ils évaluent l'inscription de la personne dans un processus thérapeutique, préconisent et orientent sur des aides techniques, vers des soins spécialisés…

Ils assurent un relais avec les équipes médicales psychiatriques/physiques d'amont et développent des liens avec les médecins traitants et/ou les spécialistes qui gardent leurs prérogatives en matière de prescription.

- **La fonction psychologique**

La mission du psychologue est de permettre aux personnes en situation de handicap dans le respect de leur mode de vie et de leur projet, de participer pleinement à leur épanouissement personnel.

Elle organise son travail autour de trois axes principaux qui sont : les personnes handicapées, les familles, l'équipe pluridisciplinaire. Elle soutient ces acteurs dans l'analyse et la résolution des problèmes rencontrés et occupe donc différentes fonctions dans le service :

- psychologue de liaison pour assurer une meilleure coordination entre les soins et l'accompagnement médico-social (supervision de pratiques, réunion de synthèse …),
- psychologue clinicien pour les usagers et leurs proches (encourager l'expression, proposer de l'écoute, évaluer le profil psychologique de la personne et de l'environnement dans lequel elle s'inscrit, favoriser le bien-être, travailler autour de l'acceptation de la maladie et du handicap, préconiser les prises en charge adaptées aux problématiques rencontrées… et auprès de l'équipe professionnelle (soutien dans la compréhension des comportements des personnes, écoute, favoriser l'échange, souligner l'articulation entre les différents intervenants, soutien et aide à la réflexion par rapport à leur travail).

- **La fonction ergothérapique**

L'ergothérapeute intervient autour de fonction de rééducation (qu'elles soient physiques, sensorielles ou mentales), de maintien des acquis (des capacités motrices), de réadaptation (aides techniques : assurer les essais et le suivi de la maintenance, aide dans l'aménagement du domicile ou du lieu de travail afin d'adapter l'environnement aux situation(s) de handicap, conseil et mise en place de matériels adaptés, appareillage orthopédique).

Elle travaille sur l'autonomie de la personne notamment dans les actes de la vie quotidienne. Elle pratique des bilans afin de mettre en évidence les déficiences et difficultés de la personne pour dégager des objectifs de travail préalablement à toute prise en charge en ergothérapie (bilan des activités de la vie journalière, bilan rapide des fonctions cognitives, bilan articulaire, bilans spécifiques des membres supérieurs,…),

3.4 Des thématiques fortes au travail dans les services

Dans le cadre de ce projet, il nous a semblé intéressant de mettre en avant deux sujets en débats au sein de l'équipe. Il s'agit :

- de la spécificité du travail en milieu ouvert,
- de l'accompagnement de la souffrance et de la fin de vie.

Pour ces deux développements, nous avons voulu poser une problématique, réfléchir à nos pratiques actuelles et nous projeter dans de premières réponses et dans un travail qui devra se mettre en place dès 2013.

Les développements suivants ne sont pas un discours institutionnel sur ces sujets, ils ont pour ambition principale de montrer une réflexion et de témoigner d'une dynamique de travail d'équipe.

3.4.1 Le travail en milieu ouvert

Spécificités du travail en milieu ouvert

Il nous apparait nécessaire de décrire notre champ d'action au quotidien afin que les aspects positifs et les limites de nos actions en tant que professionnels soient mis en lumière.

Le travail en milieu ouvert offre des perspectives d'accompagnement qui sont favorables à l'épanouissement de la personne accompagnée. Il reste cependant essentiel de pouvoir parler des éléments majeurs à garder à l'esprit pour que cet accompagnement reste « cohérent et confortable » pour la personne.

- **Du milieu « fermé » au milieu « ouvert »**

Le « Milieu ouvert » s'oppose de fait au milieu « fermé » qui constitue encore le caractère « ontologique » de l'institution (accueil collectif et cloisonné – souvent représentation répressive… la critique reste latente).

Beaucoup d'autres termes sont associés au « milieu ouvert » et semblent moins connotés, non normatifs et plus adaptés puisque descriptifs : milieu de vie, milieu ordinaire, vie familiale, environnement, milieu naturel.

Tous ces termes traduisent le passage d'une action d'aide qui se veut « naturelle », dans l'environnement.

Littéralement, l'accompagnement en milieu ouvert dit que le travailleur médico-social doit « suivre » le bénéficiaire, « aller avec ».

Ces mots indiquent un glissement dans la définition du travail médico-social vers des pratiques du hors institution.

L'actuel et les réponses données

▪ Une approche éthique

Cette forme d'accompagnement implique des postures professionnelles particulières :

- le travailleur médico-social se trouve dans l'affirmation d'une approche fortement respectueuse : de l'autonomie du bénéficiaire, de sa vie familiale, de la compensation de son handicap pour lui permettre d'accéder à la citoyenneté,
- il est impératif de concevoir les « compétences » de la personne et de sa famille et/ou de son environnement,
- la notion et mission de coordination sur le SAMSAH48/SSIADPH semble prépondérante, car prendre en compte la globalité de la personne impose de ne pas segmenter les prises en charge.

Ce contexte de l'action en milieu ouvert implique donc une vigilance éthique des modalités et pratiques d'intervention auprès de l'usager. Le domicile peut être envisagé comme étant « une métaphore de l'enveloppe symbolique de l'individu » :

- il est nécessaire de prendre en compte les phénomènes d'intrusion, d'altérité culturelle et la difficulté des familles à « déléguer » certaines tâches,
- l'incontournable priorité d'une éthique fondée sur le respect des personnes, de leur intimité et de la confidentialité,
- la conscientisation de la difficulté d'être professionnel au domicile et de savoir amener symboliquement l'équipe avec soi.

Un des paradoxes difficile à gérer reste la nécessité de respecter le choix de l'usager sans oublier la nécessité de protection.

La circulation de l'information (entre professionnels de champs différents…) tout en observant le respect du secret partagé reste une autre difficulté importante dans le travail en milieu ouvert.

▪ Une approche personnalisée

Le service met un point d'honneur à mettre en avant la parole de l'usager. Le projet individuel reste le point de départ du travail de l'équipe en collaboration avec la personne accompagnée, son environnement tant familial que partenarial.

Pour permettre de considérer la personne accompagnée dans sa globalité, un outil a été choisi pour favoriser le recueil des informations que la personne souhaite nous livrer, mais aussi sa famille et les partenaires.

Il s'agit du « questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir ». L'objectif du questionnaire est de recueillir les attentes de l'environnement de l'usager pour envisager une collaboration triangulaire.

Les usagers et leur famille ont été conviés à un groupe de travail régulé par la psychologue du service. Ce temps d'échange a permis de prendre en compte leurs questionnements et remarques sur le fonctionnement et l'organisation du service avant de rédiger le projet de service.

Il en ressort plusieurs axes de travail/outils à mettre en place :

- un entretien formel de fonctionnement avec les familles,

- un travail sur le dossier de candidature pour mieux cerner la/les demande(s)
- une prise en compte systémique du travail par la psychologue.

Mieux travailler avec les familles : un axe à développer

Face aux difficultés rencontrées par les professionnels pour faire cheminer le projet de la personne accompagnée tout en respectant le rythme de sa famille, il semble important de mettre en place quelques stratégies favorables à l'implication des familles.

Pour ce faire, le service tend à mettre en place une journée de sensibilisation aux valeurs associatives, l'approche positive et la valorisation des rôles sociaux. Cela pourrait avoir pour objectif de rendre plus lisible nos actions et nos outils auprès de leurs proches.

La famille est au courant et prévenue des pratiques du service et des impacts qu'a un accompagnement auprès de leur proche. Cela est fait au tout début de la période d'évaluation par la chef de service et l'éducateur spécialisé.

Cependant, les résistances et/ou incompréhensions, surviennent le plus souvent quand l'accompagnement prend forme, quand des pistes de travail se profilent et se définissent. Il faut entendre par là des changements concrets dans le rythme et le quotidien avec des impacts et parfois même des contraintes pour l'entourage.

Les professionnels du service pensent qu'il faudrait refaire un entretien formel rapidement après que le projet individuel soit produit, soit 3 mois après. Seraient présents la famille, le(s) tuteur(s), le(s) partenaire(s), l'éducateur spécialisé, le coordinateur, l'infirmière coordinatrice, la psychologue, le référent et les intervenants les plus actifs.

Cela permettrait :

- de rappeler nos missions et le sens de nos interventions,
- de recueillir leurs impressions sur cette nouvelle étape et de pouvoir s'ajuster,
- de mettre en avant les compétences de la famille pour qu'elles soient repérées comme aidante pour leur proche,
- d'informer de l'existence d'associations d'Aide aux Aidants,
- d'instaurer et garantir une relation de confiance.

De la même façon, des entretiens plus réguliers avec la famille, Pour éviter qu'elle ne se sente dépossédée et prévenir d'éventuelles difficultés (relation…).

De plus, une formation spécifique sur le travail avec les familles est prévue pour 2013.

Le nouvel outil « questionnaire sur la qualité de vie » afin de réaliser le projet individuel a été reçu comme très positif. Cependant, des temps d'échanges semblent nécessaires.

- Un temps de réunion supplémentaire avec les membres de l'équipe acteurs, sera mis en place pour une meilleure cohérence sur le terrain,
- Un groupe thématique « famille » sera créé.

3.4.2 La souffrance et la fin de vie

La problématique – Notre perception de ces questions

Nous sommes confrontés au quotidien dans nos prises en charge à la douleur !

Actuellement les actions mises en place « sont faibles ». L'écriture de ce projet a permis à l'équipe d'échanger et de faire remonter des besoins par rapport à cette prise en charge.

Soulager la douleur et prendre en compte la souffrance constituent des composantes essentielles de la qualité des soins à l'hôpital ainsi qu'au domicile et représentent un des aspects fondamentaux de l'accompagnement des personnes.

Les personnes que nous accompagnons ont des droits, nous sommes tenus de les respecter.

- **Le droit de soulager la douleur**

La prise en charge de la douleur est inscrite dans le code de la Santé publique, et la loi Leonetti autorise l'utilisation de médicaments permettant de limiter la souffrance des patients en fin de vie même s'il existe un risque d'abréger leur existence : « *si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.* ». Le patient peut refuser ces soins.

- **Le droit aux soins palliatifs**

La loi du 9 juin 1999 relative à l'accès aux soins palliatifs prévoit que « *toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ». Elle dispose aussi que « *les établissements publics de santé et les établissements privés de santé participant au service public hospitalier organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation…* ». Les soins palliatifs doivent permettre d'assurer à la personne une fin de vie digne.

Il semble important de mieux définir les termes abordés :

La souffrance, ou la douleur au sens large, est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en termes de telles lésions. La souffrance peut être physique, mentale ou neurologique, selon qu'elle se rattache principalement à un processus somatique ou psychique dans un organisme.

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Actuellement, nous ne sommes pas confrontés à des personnes en fin de vie, mais certaines sont en soins palliatifs

Une chose certaine, toutes les personnes et familles que nous accompagnons sont, ont été ou vont être confronté à la souffrance de quel type qu'elle soit et notre rôle est de pouvoir au mieux les soutenir, les accompagnés dans un mieux-être.

Nos réponses actuelles

- **La douleur physique**

  - L'observation du comportement

    Lorsque la personne ne peut exprimer ou ne sait comment évaluer sa douleur, les professionnels s'appuient sur des grilles d'observation du comportement. Par exemple, une agitation, un repli sur soi, des cris, des pleurs, ou encore des gestes pour protéger certaines parties du corps sont souvent des signes révélateurs de douleur.

  - Les moyens

    Dans toutes situations de douleurs, le premier interlocuteur est le médecin traitant

  - Les moyens- En phase aigüe

    En phase aigüe, le médecin peut être le seul intervenant, car la réponse est souvent médicamenteuse.

    L'évaluation peut se faire grâce aux échelles d'évaluation de type EVA

  - Les moyens - En phase chronique

    Diverses réponses peuvent être données :

    - Lors d'une consultation avec le médecin traitant, nous pouvons mettre en place un outil d'évaluation de la douleur pour permettre d'apporter des informations indispensables à l'adaptation de la prise en charge.
    - Ces grilles d'évaluation peuvent être remplies par les professionnels intervenants de manière régulière au domicile tel que les auxiliaires de vie, les infirmiers libéraux, les aides-soignants…
    - Mais aussi certaines peuvent être remplies par l'entourage de la personne.
    - De plus, certains services et organismes peuvent apporter leurs éclairages et soutien pour adapter aux mieux la prise en charge tel que l'UMSP, le CLUD, les centres anti douleur, les services de rééducations motrice
    - Travailler avec les familles pour qu'ils aient une meilleure connaissance et compréhension de cette douleur pour leur permettre d'avoir et/d'acquérir des comportements adaptés.

- **La douleur psychique**

Au SAMSAH48/SSIADPH, nous sommes majoritairement confrontés à la douleur psychique induite par le handicap.

La douleur physique s'exprime facilement alors qu'il y a un silence de la souffrance psychique, plus difficilement décelable et/ou exprimable

La souffrance psychique s'exprime différemment de la douleur physique. Elle peut s'exprimer sous un mode névrotique qui peut aller jusqu'à l'enfermement et être entièrement refoulée.

L'affect, la peur sont évincés. Il reste un comportement de repli, d'agression, ou de dépression. On peut passer alors à côté de la souffrance psychique. Et puis il peut y avoir « le retour du refoulé ».

- Comment soulager la douleur psychique ?

  La première étape sera sans doute de la prévenir en allant à la rencontre de la personne en étant à l'écoute pour lui permettre de s'exprimer.

  Le rôle du psychologue est primordial dans cette phase de prévention

  Lors de nos actions, nous tentons de créer ou maintenir des liens avec les différents professionnels de secteur tels que le CMP, les psychiatres, psychologues, les diverses associations…

Actuellement, nous pouvons dire que par rapport à certaines situations, nous atteignons nos limites par manque de connaissances, de solutions, de soutiens.

Les thérapeutiques pouvant être mises en place pour soulager ce mal-être sont encore mal connues et certaines peuvent paraitre stigmatisantes.

Nos moyens sont parfois insuffisants, mais par notre écoute, attention, disponibilité nous tentons de favoriser le bien-être de la personne.

En effet lors de nos passages quotidiens au domicile des personnes nous tentons de rompre leur quotidien (souvent rythmé par les soins ou démarches liées à la pathologie), de leur donner la parole, la possibilité de « faire des choix ».

Projection d'un travail à mener

La priorité dans les années à venir va être de prévenir la douleur psychique, en effet, étant le plus souvent en silence, il est difficile aux professionnels de la déceler et d'aider à la soulager.

Au SAMSAH48/SSSIAPH, nous pouvons et souhaitons nous appuyer sur des partenaires de qualité pour apporter aux équipes ainsi qu'à l'entourage une écoute et un soutien indispensable pour accompagner au mieux les usagers dans ses situations.

Pour cela il est important de travailler la transversalité, la pluridisciplinarité et donc de mutualiser nos compétences. Il faut favoriser les échanges avec les différentes structures et services compétents afin d'acquérir de meilleures connaissances dans ses domaines.

Il faudrait encore améliorer nos moyens de communication au niveau médical / créer une passerelle de médecin à médecin pour mieux prendre en compte la question de la douleur et étayer les constats de l'équipe (ce manque au niveau médical pour le Service vaut bien au-delà de la seule question de prise en charge de la douleur).

Il nous parait aussi important de rester en alerte, de pouvoir être réactif à chaque situation, en effet il est de notre devoir de rechercher et d'acquérir de nouveaux outils correspondant à chaque personne.

Il semble aussi indispensable de maintenir le lien avec l'entourage des personnes que nous accompagnons pour pouvoir les informer et les intégrer dans la prise en charge.

Les professionnels du SAMSAH48/SSIADPH souhaitent à moyen terme se former au mieux et travailler étroitement avec tous les partenaires pour améliorer leurs pratiques et améliorer

leur prise en charge toujours dans une démarche de mieux-être de la personne.

3.5 Partenariat et réseau

Le code de l'action sociale au travers de l'ensemble des nombreuses missions potentielles autorisées par le décret de septembre 2005, définis les SAMSAH/SSIADPH comme des dispensateurs et/ou des coordinateurs médico-sociaux qui préparent des transitions dans le cadre des accompagnements des différents parcours des personnes handicapées.

Ainsi il oblige Le SAMSAH48/SSIADPH, à jouer un rôle de pivot dans la conduite du projet de vie/projet de soins des personnes et à développer des partenariats et des réseaux afin de garantir une continuité de leurs accompagnements.

Cette mission s'appuie sur une coordination qui se situe dans la recherche d'une cohésion et comprend l'interaction entre les usagers, les aidants et les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

Qu'est-ce que coordonner ?

La coordination est un processus qui consiste à améliorer la cohérence de plusieurs actions par rapport à l'usager, à son parcours, à son accompagnement, à l'évolution de la prise en charge. Elle implique une communication entre les différents intervenants (professionnels du service, bénévoles, partenaires, aidants familiaux) afin de s'entendre sur les objectifs et de s'accorder sur la manière de les atteindre.

Cette coordination s'installe dès la formalisation du projet individualisé d'accompagnement, et s'appuie sur les données recueillies pendant la période d'évaluation.

Elle s'articule dans un premier temps en interne entre les professionnels du service, en externe avec les partenaires et l'entourage présents sur la situation et qui aident l'usager. Puis en relais avec la structure qui a précédé le service ou celle qui lui succédera.

L'objectif est clairement celui de développer une action médico-sociale en fonction de la situation de la personne et de chercher les ressources présentes sur le territoire en identifiant les acteurs compétents.

Notre définition du Partenariat

Il s'agit d'une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent d'unir leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation.

Le partenariat peut être ponctuel, récurrent ou à vocation permanente. Il peut être informel ou formel.

Le travail en partenariat repose sur une dynamique d'acteurs, obligatoirement articulée de façon précise avec les dynamiques de leurs organisations respectives.

Ainsi l'implication des acteurs et des organisations garantit la pérennité des projets. Si un acteur part, l'institution le remplace.

Dans le dispositif partenarial, chaque partenaire détient une part de la compétence collective. Chacun possède son propre champ d'intervention qui se recoupe parfois avec celui des autres. Mais il n'y a pas de confusion de compétences.

Les Partenariats dans le SAMSAH48/SSIADPH

Selon la situation et le projet, le service associe de nombreux intervenants couvrant toutes les dimensions de l'accompagnement social, médico-social ou sanitaire du handicap qui, devant les différences de ressources présentent dans l'environnement local complètent nos propres offres de prestations.

Il s'agit de mobiliser, de favoriser la coordination et la complémentarité des différents acteurs, de garantir une cohérence d'intervention. Ainsi l'association de ces multiples compétences (auxiliaires de vie sociale, chargés d'insertion, professionnels de santé…) soutient à différents titres la réalisation du projet des personnes concernées, et tout naturellement en oriente aussi le contenu.

Cette étape s'appuie au préalable sur une évaluation globale de la situation de la personne. Cette évaluation permet :

- de repérer les ressources de la personne et les acteurs présents autour d'elle,
- d'apprécier les manques et les difficultés de la personne,
- d'élaborer des programmes de soutien et des conseils avec la personne concernée et les partenaires,
- selon le cas, de poser un cadre d'action qui définira les méthodes, les moyens, les responsabilités et les résultats attendus (conventions, plans de soins..).

▪ Les partenariats dans le champ de l'insertion sociale

Il s'agit là d'agir sur et avec l'environnement de vie de la personne, afin de faciliter son inclusion et/ou d'éviter les phénomènes d'exclusion ou d'isolement que la personne pourrait ressentir. D'accompagner dans des actions qui portent fondamentalement sur la place accordée à la personne : ni patient, ni usager d'une prestation ou d'un équipement, mais d'abord un citoyen.

Pour ce faire le SAMSAH48/SSIADPH s'attache à mobiliser et à travailler avec tous les dispositifs et structures existantes, tels que :

- Mairie, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) – Associations sportives, culturelles, caritatives… – Centre d'action sociale – Dispositifs liés à l'emploi : pôle emploi, Cap emploi, AGEFIPH – Logement adapté, accueil familial, structures de loisirs… – Services d'aides à domiciles – Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM).

▪ Les partenariats dans le champ du sanitaire

L'objectif est de mobiliser les ressources sanitaires, sociales de façon à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Sont donc associés : des médecins libéraux, des médecins spécialistes, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

Le SAMSAH48/SSIADPH organise alors un accès « plus rationnel » au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans les prises en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Ces partenariats s'inscrivent majoritairement autour de conventions (transmissions d'informations, prêt de matériel, transport sanitaires).

- Centre hospitalier – Centre hospitalier psychiatriques – Centre Médico Psychologique (CMP) – Centre de rééducation – Maisons Relais – unité mobile de soins palliatifs – Hospitalisation à domicile – Associations types APF, NAFSEP.

- **Les partenariats dans le champ du médico-social**

Il s'agit de mobiliser les acteurs médico-sociaux (Infirmiers libéraux et autres intervenants libéraux : psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, Auxiliaires de vie, services d'aides à domiciles, Centre des soins, Centre de préventions, etc…) pour favoriser l'accès aux soins et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

Le service peut aussi s'appuyer sur des établissements médico-sociaux qui en fonction des besoins de la personne handicapée, permettent l'accès à leur plateau technique (notamment balnéothérapie, salle Snozelen…).

Le SAMSAH48/SSIADPH selon le cas peut organiser leurs actions en termes de convention, de coordination, de complémentarité et de continuité de prise en charge de la personne.

- **Les partenariats dans les champs scolaires, universitaires et professionnels**

L'objectif est de mobiliser tous les partenaires de droits communs intervenants dans ces domaines pour permettre d'ouvrir des perspectives de vie pour la personne.

Dans les champs scolaires, universitaires et professionnels, le service est un interlocuteur privilégié pour les établissements concernés. Il adapte une position distincte, au carrefour des approches pédagogiques, éducatives et thérapeutiques, et soutenantes tant pour la personne que pour les professionnels.

Le service se donne les moyens (rencontre sur les lieux de travail, en milieu scolaire..) de concertation et de réactivité avec les partenaires, d'organisation de relais afin d'assurer une continuité dans l'accompagnement (demande de PCH soutien scolaire, SAMETH, Cap emploi..).

La mise en place de ces partenariats suppose des relations actives, des rencontres et une communication d'informations réciproques. Elles reposent sur une interdépendance plus ou moins importante, mais nécessaire entre professionnels.

- Ces partenariats donnent lieu à des échanges réguliers et concertations (ponctuels ou à la demande des professionnels, de l'usager et/ou de son entourage).
- Ils peuvent être formalisés ou pas (réunions ⇨ comptes rendus, appels téléphoniques ⇨ créations de fiches de liaisons dans le dossier informatisé de l'usager).
- Dans tous les cas l'usager et/ou son représentant en sont informés.
- Selon la situation, l'usager peut dicter le cadre des échanges ainsi que leur nature dans le respect de la confidentialité des informations qui sont données.

Notre définition du réseau

Partenariat et réseau ont en commun de reposer sur une dynamique d'acteurs qui entretiennent des relations privilégiées, formant un système plus ou moins complexe, plus ou moins organisé. Mais dans le cadre d'un réseau, il s'agit d'un ensemble de relations

entre personnes ou services qui existent sans que l'un d'entre eux n'occupe une place centrale.

Le réseau permet d'introduire une synergie et une mise en projet ; en tant que système fonctionnel, il organise les institutions, les services par fonctions et non plus par dispositifs.

Un réseau est un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques ou morales, dites acteurs du réseau, dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun, selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté.

Réseaux et SAMSAH48/SSIADPH :

L'équipe du SAMSAH48/SSIADPH participe de façon régulière à des groupes de travail avec d'autres acteurs de terrains concernés par des problématiques (stigmatisation du handicap, violence, santé, insertion sociale et précarité…) qui les réunissent et les mobilisent.

L'effet recherché est communautaire : la création d'un climat de travail commun entre cellules et individus d'entités différentes facilite l'intervention sur ces problématiques et la réflexion sur des solutions.

Il s'agit d'une action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel entre acteurs différents, mais égaux, afin de constituer un acteur collectif qui agira pour la communauté.

Dans cette perspective, le SAMSAH48/SSIADPH est notamment inscrit dans :

- le réseau Santé Précarité,
- le réseau addictologie.

4 Les Fonctions support

4.1 Management et gestion des ressources humaines

Politique en matière de gestion des ressources humaines

L'association a défini dans son plan d'action stratégique des objectifs clés qui orientent sa politique en matière de gestion du personnel et de développement des compétences :

- **Professionnaliser le recrutement et l'intégration des nouveaux embauchés**

De nombreux départs à la retraite vont intervenir dans les années à venir. Il est donc nécessaire d'anticiper sur ces derniers, notamment en termes de qualification souhaitée. Les modes de recrutement, visant à assurer une diversité de parcours, mais aussi le processus d'intégration sont des activités importantes pour garantir à terme un accompagnement de qualité.

- **Développer une supervision plus active des pratiques**

Les nouvelles pratiques renforcées par les exigences réglementaires, et par les évolutions professionnelles, nécessitent le développement d'une véritable supervision des équipes. Au-delà de s'assurer de la prise en compte des exigences de fonctionnement, ou de la réalisation des objectifs, il faut pouvoir accompagner chaque salarié, mais également le collectif de travail sur la voie d'une amélioration des pratiques et d'un développement de ses compétences. Il s'agit également de faciliter l'intégration des nouveaux dispositifs et des valeurs-clés portées par l'association et issues de l'approche positive.

Ce travail nécessite, à la fois des dispositifs de formations performants et proches des préoccupations des personnes (être une organisation apprenante), mais également des modalités de régulation des pratiques professionnelles efficientes.

- **Enrichir les parcours professionnels**

Face aux évolutions des pratiques d'accompagnement, mais également pour prendre en compte les nouveaux désirs des professionnels en termes d'enrichissement du travail, l'association doit être en mesure de proposer des parcours professionnels diversifiés à l'ensemble des salariés.

Cela passe par un soutien actif à l'acquisition de nouvelles qualifications, mais également par un développement de compétences transversales, permettant à certains salariés d'enrichir leur poste par l'intermédiaire de nouvelles missions.

- **Clarifier les règles du jeu**

Les évolutions réglementaires, mais également l'introduction de nouvelles valeurs par le biais de l'approche positive ont parfois entraîné des flottements ou des interrogations dans les pratiques : est-ce que je fais bien ? Ais je bien les moyens de répondre à ce qui m'est demandé ? Comment ne pas être maltraitant ?

Au-delà des compétences acquises par la formation, il y a également un vrai défi à clarifier – à baliser – le champ d'intervention des professionnels. Il ne s'agit pas de décrire par le menu toutes les tâches à réaliser – ce qui serait extrêmement déresponsabilisant –, mais bien plutôt de fournir des éléments qui orientent, mettent en réflexion et facilite l'action

individuelle, mais également collective en faisant émerger une vision partagée. La clarification des règles du jeu permet également à chacun de mieux connaître les limites de son action, son champ de responsabilité, et de mieux évaluer ses capacités et donc ses besoins en termes de formation, mais également de soutien clinique.

Organisation de la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines comprend plusieurs domaines d'actions visant à :

- disposer du personnel nécessaire à l'exécution du mandat confié par les autorités de tarification,

  La direction met à jour régulièrement un tableau détaillé des effectifs. Ce tableau permet de construire les demandes de budgets.

- soutenir le développement des compétences individuelles et collectives afin de proposer un accompagnement de qualité,

  Un processus d'élaboration du plan de formation est mis en place, et comprend des entretiens professionnels. Cela permet d'élaborer un plan de formation qui est fonction également des orientations de l'Association.

- favoriser l'employabilité de ses salariés au travers de processus d'accès à des formations qualifiantes,

  L'association intègre dans son plan de formation les démarches visant à développer les qualifications de son personnel soit dans le cadre de la formation continue, soit en intégrant des personnes non qualifiées en contrat de professionnalisation.

- instaurer un dialogue social de qualité qui s'inscrit dans le respect de la réglementation existante, et qui prend en compte les équilibres budgétaires.

  Instances réglementaires : Comité d'entreprise au niveau associatif (se réunit une fois par mois sauf en août), délégués du personnel (se réunit en fonction des besoins), Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de travail (se réunit 4 fois par an)

  Instances ad hoc : en cas de besoins, il est constitué un groupe de travail pour travailler spécifiquement sur certains sujets (GPEC, refonte des plannings, fiche mission…)

Les principaux processus, liés à la Gestion des Ressources Humaines, avec les différents acteurs de ces derniers sont résumés dans le tableau suivant :

Processus	Acteurs	Supports
Paie	• Directeur / Adjointe de direction administrative / chef de service éducatif / Assistant RH	• Logiciel ALFA-GRH / Logiciel OCTIME (gestion du temps)
Recrutement	• Directeur / chef de service éducatif / Assistant RH	• Fiches de mission / Plan d'intégration des nouveaux salariés / livret d'accueil
Formation	• Directeur / chef de service éducatif / Assistant RH	• Processus d'élaboration du plan de formation / Fiche de mission
Gestion administrative	• Directeur / chef de service éducatif / Assistant RH	• Logiciel ALFA-GRH

4.2 Organisation du travail et des services

Politique en matière d'organisation du travail

Les choix d'organisation reflètent la politique associative en matière d'accompagnement, mais elle prend également en compte les profils des personnes accueillies, et les moyens disponibles. Plusieurs principes sont mis en œuvre et guident les choix d'organisation :

- pouvoir garantir une sécurité de l'accompagnement des résidents, et usagers, notamment en veillant à la continuité des soins, en l'absence de professionnels ;
- soutenir une vraie qualité de vie pour les résidents en favorisant un accompagnement personnalisé, et donc adapté à ses compétences, mais également prenant en compte ses difficultés propres ;
- chercher – dans le cadre d'un dialogue régulier – un équilibre satisfaisant pour les salariés en termes d'organisation du temps de travail par rapport à la vie personnelle, de façon à limiter l'usure professionnelle.
- veiller à respecter les contraintes réglementaires (droit du travail, convention collective FEHAP) en matière de gestion du temps de travail afin d'assurer un traitement juste et équitable pour tous les salariés.

L'ensemble des plannings de travail sont gérés au travers d'un logiciel de gestion de planning. Chaque salarié peut y accéder librement pour y effectuer ses demandes de congés, d'absence…

L'organisation au sein du SAMSAH48/SSIADPH

Pour répondre au mieux aux besoins d'accompagnements des usagers et leur apporter une réponse adaptée et personnalisée, le SAMSAH48/SSIADPH a fait le choix d'une organisation de travail très souple.

Ainsi, si les interventions s'inscrivent toujours en lien avec les objectifs du projet d'accompagnement de la personne, elles n'ont pas une dimension de récurrence systématique.

Chaque intervention répond à un besoin, une fonction s'organise autour de RDV hebdomadaires. Ces interventions s'imbriquent dans les prises en charges déjà présentes, selon le rythme de vie de la personne (pour ne pas créer de déséquilibre, ne pas créer de dépendance à notre service et veiller au développement et/ou au maintien de l'autonomie).

Concrètement, lors de chaque intervention, un point et fait avec la personne pour établir le RDV suivant. Quel sera le but de la prochaine intervention ? dans combien de temps, etc…. Ces interventions viennent en complément et ne doivent en aucun cas se substituer à l'actuel ;

La notion de souplesse favorise une disponibilité aux usagers, ce qui permet aussi de répondre lors de demande ponctuelle non prévisible, d'un besoin de parler (contact téléphonique/ou rencontre, etc..). Cela demande de la part de l'équipe et de la direction une grande capacité d'adaptation (ex : RDV annulé au dernier moment…).

4.3 Moyens matériels

Politique en matière d'investissement

Pour les travaux architecturaux importants, l'Association réalise – avec l'appui d'un architecte spécialisé – un document programme. Ce document permet de valider la faisabilité technique et financière du projet, mais également, de servir de cahier des charges pour la conception du projet. Le document programme est établi en prenant en compte l'avis des personnels et des usagers. Après validation par le conseil d'administration, celui-ci est soumis pour avis aux autorités de tarification pour valider le plan de financement.

Pour le matériel (achat ou renouvellement), chaque année, le directeur établit à partir des remontées des cadres, un plan pluri-annuel d'investissement qui est transmis pour avis aux autorités de tarification.

La gestion des moyens matériels au sein du SAMSAH48/SSIADPH

Le SAMSAH48/SSIADPH inscrit la gestion de ses moyens matériels dans la démarche associative. Cependant du fait de sa situation géographique, qui ne permet pas toujours de faire appel aux outils associatifs (service d'entretien, logistique), le Service s'appuie sur les dispositifs de proximités en accord avec la direction pour répondre à ses besoins (entretien et gestion du parc automobile, entretien des locaux, etc…)

Chaque année un état des besoins est fait pour chaque pôle du Service, qui prend acte des évolutions de nos missions et garantit l'adaptation des réponses apportées. Ainsi l'évolution majeure du Service pour les années à venir sera de trouver de nouveaux locaux.

4.4 Relations institutionnelles avec l'environnement

Politique en matière de relations avec l'environnement

Bien que vivant en institution, les personnes accueillies dans nos établissements, sont des citoyens à part égale…à part entière. A ce titre, ils peuvent – doivent – bénéficier des services offerts à la communauté soit par les collectivités locales, soit par les associations, ou les prestataires de service de façon égale. Ceci est un vecteur d'intégration et de réduction des images négatives associées au handicap.

L'établissement ne doit finir par être vu que comme un lieu de vie au même titre qu'un quartier en zone urbaine ou qu'un hameau en zone rurale. Ce travail d'intégration communautaire passe donc :

- par une ouverture accrue sur l'extérieur (aller vers…), mais également par un dialogue, et un échange avec les voisins (repas de quartier par exemple) pour développer un sentiment d'appartenance à une communauté humaine qui ne se limite pas au Foyer ou MAS ;
- par un renforcement au maximum des liens avec la famille, ou à défaut le développement d'une formule de parrainage civique qui permet d'établir un lien au-delà des murs, et au-delà des rôles fixés par la loi pour les tuteurs.

- par une utilisation accrue, éventuellement en partenariat avec le monde associatif, des équipements collectifs de la commune ou de la communauté de commune. Il s'agira également de promouvoir, tant que cela est possible la participation citoyenne des résidents à la vie communautaire (que puis-je faire pour me rendre utile ?).

Les modalités de relations

Les relations des établissements et services de l'association avec l'environnement s'exercent selon plusieurs modalités.

En premier lieu, l'association développe un réseau – à l'échelon départemental, voire régional - en participant à différents niveaux à la mise en œuvre des politiques publiques de santé.

En y mandatant des salariés qui la représentent, l'Association participe notamment aux instances et organisations suivantes :

- FEHAP, CREAI LR, ETES, GAMAS, GEM, Réseau Santé Précarité, CDAPH, CDCPH, GCSMS Lozère, Conférence de territoire, Pastorale des Personnes handicapées, ARDESS

De plus, plusieurs cadres ont été impliquées dans les groupes de travail ayant servi à élaborer le schéma de l'autonomie Lozère durant l'année 2012.

En second lieu, l'association met à disposition certains de ses collaborateurs auprès d'organismes, d'associations en vue de leur permettre de transmettre leur expertise.

- A3D Consulting : réalisation d'évaluation externe; appui au projet d'établissement
- ETES : Cours, suivi élèves
- Villa Saint Jean : participation au « Comité de pilotage » évaluation interne
- IFSIL : Participation au jury de sélection
- AGEFIPH / CAP EMPLOI : prestation d'expertise dans le cadre du PPS Psy

En troisième lieu, l'association a établi des conventions avec d'autres acteurs du système de soins ou médico-social en vue de faciliter les échanges, les parcours des personnes, la mise à disposition des soutiens spécialisées

Organismes	Nature de la Coopération
Centre Hospitalier de Mende	• Intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, prêt de matériel de pesée, transmission des informations en cas d'hospitalisation d'un résident
Clinique du Gévaudan (Marvejols)	• Application du plan bleu en cas de canicule – un document de liaison existe également entre les établissements pour informer sur les besoins du résident en cas d'hospitalisation
Groupe d'Entraide Mutuelles Lozère	• Soutien au GEM dans le cadre d'une convention de parrainage – participation aux instances de l'association
Association « La Traverse »	• Soutien en matière de soins / suivi et coordination des soins : participation à la commission d'admission

Centre Hospitalier François Tosquelles (Saint Alban)	• Travail de lien avec les équipes Mobiles • Accueil des patients en séjour d'accueil temporaire
Centre de rééducation fonctionnelle de Montrodat	• Prestation de coordination par un médecin de médecine physique. Soutien des équipes (avis/conseil), analyses
Association des paralysés de France	• Soutien l'avis technique dans le cadre d'une convention de partenariat
« Maison des Sources » : accueil temporaire et d'urgence	• Mise à disposition de la salle Snozelen et de la salle d'esthétique

Ouverture des établissements et services sur leur environnement

L'association développe une stratégie d'ouverture afin de favoriser le maintien du lien social des personnes, tout en garantissant un cadre de vie rassurant et structurant (cf. objectif n°1 du plan d'action stratégique 2009-2013). Les différents établissements et services nouent pour cela des relations de proximité afin de favoriser des échanges fructueux pour les deux parties.

▪ Accueil de stagiaires

Les différents établissements et services accueillent chaque année plusieurs stagiaires d'école, principalement les écoles de travail social (formation moniteur-éducateur, éducateur spécialisé), mais aussi l'institut de formation en soins infirmiers (formation aide-soignant, infirmier). Ponctuellement, nous pouvons accueillir également des stagiaires en BTS économie sociale et familiale.

▪ L'association Détente

L'association a soutenu la mise en place d'une association de sport adapté gérée par des salariés et des usagers des établissements. Celle-ci organise des rencontres avec d'autres associations sous l'égide du Comité départemental Sport adapté Lozère, soit de type sportif compétitif ou non, ou bien des manifestations plus culturelles (expositions de tableaux réalisés par les résidents…).

▪ L'intégration dans la vie de la cité

En fonction des possibilités et capacités de chaque résident, les usagers bénéficient des services offerts par les commençants et prestataires locaux, notamment les services de coiffures, d'esthétique, voire de soins. Ils se déplacent également pour des achats de vêtements.

Les projets de restructuration du centre d'activité de jour au FAM de l'Enclos, ou de la MAS de Booz, mais également la recherche de nouveaux locaux pour le SAMSAH prennent en compte cette dimension de l'ouverture, en facilitant les échanges avec l'extérieur (par l'organisation de manifestation, de partage d'espace, de la mise en place de modalités d'accueil des familles…)

Conclusion

Le dispositif réseau Lozère Autonomie est né de la volonté d'assurer – en Lozère – aux personnes en situations de handicap et vivant à domicile, un vrai soutien leur permettant de garantir la mise en œuvre de leur projet de vie. Ce dispositif est encore jeune, et pourtant il a pris toute sa place dans le paysage médico-social du département. Ce projet témoigne pleinement d'une volonté de prendre en compte les besoins des usagers de nos services, mais également de répondre aux différentes politiques publiques et notamment aux orientations posées dans le schéma départemental de l'Autonomie.

Un projet n'est pas qu'un descriptif d'une réalité, ou la formalisation d'une organisation. Ce projet se veut aussi être un document de travail pour les 5 ans à venir…il organise une réflexion, en obligeant nos équipes, mais également nos partenaires à se projeter.

Deux orientations importantes ont été mises en avant dans ce projet : le travail en milieu ouvert, et l'accompagnement à la fin de vie, ainsi que la prise en compte de la douleur. Ces deux orientations guideront nos actions, nos processus de formation, ainsi que nos réflexions sur la période qui s'ouvre.

Mais au-delà, le dispositif doit pouvoir également faire évoluer son offre pour répondre au mieux aux besoins des populations vivant en Lozère. Cela passera nécessairement par son extension au travers d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Cette réponse permettrait de libérer des capacités d'intervention sur le SAMSAH, et d'apporter des solutions de soutien à des populations ne bénéficiant pas de dispositifs de soutien à domicile (comme les travailleurs d'ESAT, qui ne vivent pas en foyer d'hébergement).

Il est également souhaitable de pouvoir positionner le dispositif Réseau Lozère Autonomie comme une véritable plate-forme qui coordonne – pour des personnes vivant à domicile – l'accès à divers autres dispositifs en fonction des besoins et de l'évolution de leurs projets de vie : accueil temporaire, activités de jours, hospitalisation à domicile…Les équipes sont déjà inscrites dans cette dimension, mais cela nécessitera de pouvoir pousser plus avant la réflexion sur les implications d'un tel choix, les impacts sur le fonctionnement, les compétences demandées.

Incontestablement, le dispositif présenté dans le présent projet répond aux nouvelles exigences d'accompagnement des personnes en situations de handicap. Outre son rôle propre, il a vocation a aussi être un acteur important pour faire évoluer l'environnement des personnes afin de leur permettre d'accéder plus facilement aux services de la cité, mais également d'être pleinement citoyen. Cet objectif de participation et d'inscription dans la vie communautaire devra également trouver des traductions dans nos actions au quotidien, dans notre travail en réseau, dans notre posture professionnelle.

Glossaire

AGEFIPH ..... Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
ANESM ..... Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
ARDESS ..... Association Régionale des Directeurs d'Etablissements et Services Spécialisés
ARS ..... Agence Régionale de la Santé
CAJ ..... Centre d'Accueil de Jour
CASF ..... Code de l'Action Sociale des Familles
CAP EMPLOI ..... réseau national d'organismes de placement spécialisé pour personnes handicapées
CCAS ..... Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH ..... Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCPH ..... Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CHSCT ..... Comité d'Hygiène, de Sécurité et d'amélioration des Conditions de Travail
CLUD ..... Comité de Lutte contre la Douleur
CMP ..... Centre Médico Psychologique
CPAM ..... Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREAI LR ..... Carrefour des Ressources et d'Etudes pour l'Autonomie et l'Inclusion du Languedoc-Roussillon
CRF ..... Centre de Rééducation Fonctionnelle
CVS ..... Conseil de la Vie Sociale
EATU ..... Etablissement d'Accueil Temporaire et d'Urgence
ETES ..... Ecole du Travail Educatif et Social
ETP ..... Equivalent Temps Plein
ESSMS ..... Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
EVA ..... Echelle Visuelle Analogique
FAM ..... Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP ..... Fédération des établissements privés à but non lucratif
GAMAS ..... Groupe d'Appui des Maisons d'Accueil Spécialisées
GCSMS ..... Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM ..... Groupe d'Entraide Mutuelle
GPEC ..... Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IFSI ..... Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMP ..... Institut Médico Psychologique
ISEOR ..... Institut de Socio Economie des Organisations
MAS ..... Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH ..... Maison Départementale des Personnes Handicapées
PCH ..... Prestation Compensatrice du Handicap
PE ..... Projet d'Etablissement
PI ..... Projet Individualisé d'accompagnement

PPS ..... Prestations Ponctuelles Spécifiques
TESF.....Technicien en Economie Sociale et Familiale
SAMETH..Service d'Accompagnement au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMSAH..... Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SSIADPH.....Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Handicapées
SAVS .....Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
UMSP .....Unité Mobile de Soins Palliatifs
UNAP.....Union Nationale des Associations de Parents handicapés