

Corine LEONARD

Améliorer la prise en charge des usagers au sein d'une MAS hospitalière, en renforçant la représentation et la participation de tous les acteurs autour d'un plan d'amélioration de la qualité

PROJET

CAFERUIS Année 2015

SOMMAIRE

Table des sigles et abréviations

Introduction	1
1. Eléments de contexte des établissements médicaux sociaux (ems).....	4
1.1. Les EMS d'hébergement pour les adultes handicapés.....	4
1.1.1. Le cadre législatif	5
1.1.2. La gouvernance du secteur social, sanitaire et médico-social.....	11
1.1.3. L'apport théorique sur le handicap psychique.....	12
1.1.4. Le contexte sociodémographique de la région	14
1.1.5. Les programmes et schémas régionaux et départementaux.....	14
1.1.6. D'autres partenaires ont un rôle de conseil	15
1.2. Le contexte institutionnel de la MAS Edouard-Toulouse	16
1.2.1. Présentation de l'établissement	16
1.2.2. Le public	20
1.2.3. La notion d'accompagnement	22
1.2.4. Les familles	23
1.3. Analyses du contexte	23
1.3.1. Constats concernant les ressources humaines	24
1.3.2. Constats concernant la communication	26
1.3.3. Constats concernant les résidents	28
1.3.4. Problématique.....	30
2. Le projet : de l'élaboration à la mise en œuvre	31
2.1. Situation de départ et mise en place.....	31
2.2. Présentation de la démarche.	33
2.2.1. Mobilisation de l'équipe de direction.....	33
2.2.2. Mobilisation du personnel de la MAS.....	34
2.3. Mise en œuvre du projet	34
2.4. Plan d'amélioration de la qualité	35
2.5. Calendrier du projet	41
2.6. Coût du projet	42
3. L'évaluation.....	43
3.1. Organisation du dispositif d'évaluation.....	44
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Annexes	50

TABLE DES ABREVIATIONS

ASHQ : Agent de Service Hospitalier Qualifié.

AMP : Aide Médico-Psychologique.

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux.

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS : Aide-Soignant.

CAFERUIS : Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CASF : Code de l'Action Sociale et de la Famille.

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

CVS : Conseil de la Vie Sociale.

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

DRH : Direction des ressources Humaines.

ETP : Equivalents Temps Plein.

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.

GEVA : Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée.

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

M.E : Moniteur-Educateur.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PRS : Programme Régional de Santé.

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale.

INTRODUCTION

Educatrice de formation initiale, j'ai démarré ma carrière auprès d'adultes handicapés ayant une déficience intellectuelle, il y a plus de 20 ans. Après un passage dans la protection de l'enfance, je suis revenue dans le champ du handicap il y a 8 ans en intégrant une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), au sein d'un hôpital psychiatrique.

Cet établissement où se confrontent deux secteurs porteurs de pratique et de culture différentes (le médical et le médico-social), caractérise le nouveau défi que doivent maintenant relever les Etablissements et Services Médico-Sociaux : collaborer pour créer une culture commune. Avec les réformes que j'expliquerai, le législateur a décloisonné ces deux secteurs, et a sorti de l'ombre un nouveau public en définissant pour la première fois le «handicap psychique», point de rencontre entre la psychiatrie et le secteur éducatif. Cette prise en charge commune cristallise cette rencontre et donne tout son sens au terme sanitaire et social. Je profite de ce travail de réflexion et des moyens dont je dispose en tant que future cadre pour améliorer la qualité du service de la MAS où je suis salariée. Ce mémoire projet est donc proposé à la direction de la MAS du Centre Hospitalier Edouard-Toulouse de Marseille.

Depuis 15 ans, **le législateur marque sa volonté de renforcer les droits et la reconnaissance de la personne handicapée**, les mettant au centre d'un dispositif dédié qui transforme les modalités de prise en charge du handicap.

La base de réflexion de mon projet s'appuie sur mon expérience professionnelle, mes connaissances, les observations complétées lors de mon stage¹. J'ai pu constater que le secteur associatif s'est largement saisi de ces réformes pour développer la qualité de la prise en charge. Les associations ont rendu effectifs les outils de la loi 2002². A contrario, la MAS où je travaille a mis en place ces outils dans un souci de conformité, pressée par des obligations qui peinent à trouver leurs sens. L'enquête que j'ai réalisée au sein de la MAS Edouard-Toulouse, a confirmé que le personnel ne connaît pas les outils (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, charte des droits etc.). Alors, comment leur donner du sens à la MAS ? Peuvent-ils nous aider à renforcer la cohésion pluridisciplinaire ? Comment valoriser l'apport du secteur médico-social au sein du système de santé ? Comment accompagner aux changements vers une culture commune ?

¹ A la MAS « L'Espelidou » de l'association la Chrysalide de Fos/Mer.

² Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Afin d'éviter la confusion entre pavillon hospitalier et lieu de vie, il me paraît essentiel de clarifier l'identité de l'établissement. Pour ce faire, je propose de présenter le contexte général des politiques en faveur des personnes handicapées, et de définir le cadre réglementaire et les missions de la structure.

Une fois le cadre posé, c'est en partant des besoins du résident et de sa famille que nous pourrions élaborer des pistes d'amélioration. L'adaptation du service à ces besoins est d'autant plus importante que la majorité des résidents ne communiquent pas, et que nous sommes dans un milieu fermé où la « normalité » n'a pas les mêmes références qu'à l'extérieur.

Accueillis en internat toute l'année, dans un environnement plutôt hospitalier, les résidents sont soumis au rythme et aux contraintes de la collectivité, avec la plupart du temps, un à deux personnels en charge d'un groupe de dix. La priorité est donnée aux soins et à la sécurité. Ce contexte professionnel ne favorise pas un accompagnement individualisé.

Comment faire évoluer les pratiques professionnelles, en prenant davantage en compte les besoins des usagers et de leurs familles ?

Il y a deux ans, suite à l'absence de cadre au sein de la MAS, Je me suis impliquée dans cette démarche d'amélioration. Mon implication professionnelle et mon envie de fournir un service de qualité, m'ont amené à participer à l'évaluation interne avec l'ingénieur qualité de l'hôpital. Etant devenue référente d'une unité de vie, et régisseuse du budget de sociothérapie, j'ai souhaité poursuivre mon évolution par l'entrée en formation CAFERUIS. Conscient que je pouvais apporter ma contribution professionnelle, le médecin psychiatre, chef du service, m'a missionnée pour réaliser un diagnostic de la MAS. A cette occasion, j'ai pu sensibiliser la direction à nos obligations d'ESMS. Il y a six mois, dans le cadre de ma formation, j'ai présenté au médecin chef de service et à la DRH de l'hôpital, une expertise technique dans laquelle j'ai mis en lumière la nécessité de faire l'évaluation des actions menées, par la rédaction d'un rapport d'activité propre à la MAS. Mes préconisations, désormais en cours de réalisation, ont posé les bases de ce projet.

Après dix ans d'existence, la MAS entre dans une période de remise en question qui me semble propice aux changements. Deux facteurs en sont à l'origine : 1/ le renouvellement de l'agrément, qui rend nécessaire l'évaluation des actions proposées et l'amélioration de la qualité de prise en charge.

2/ la nécessité d'équilibrer le budget qui est en déficit et qui met la structure en danger.

La direction étant en demande de solutions pour rétablir la situation et évoluer, j'apporte ma contribution en proposant un plan d'action, en partenariat avec les différents services de direction (finance, DRH et MAS). Il me semble que ce projet sera d'autant mieux accueilli que les autres acteurs (familles, tuteurs, personnel de terrain), manifestent depuis plusieurs mois une insatisfaction quant au fonctionnement de la structure.

Mon objectif est donc de proposer un équilibre entre offre sanitaire et sociale, impliquant une meilleure définition de la mission, de nouvelles pratiques et une nouvelle organisation afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de valoriser la spécificité de la structure. Ceci permettra de mieux répondre à des situations de handicap psychique.

Pour faire mon diagnostic, j'ai réalisé une enquête de terrain auprès des salariés et j'ai mené des entretiens individuels auprès de familles et de tuteurs. Avec ce premier recueil de besoins qui se situe du côté de l'utilisateur, j'ai rencontré le directeur des services financiers de l'hôpital, puis le directeur adjoint des ressources humaines. Chacun, à son niveau, m'a confirmé la nécessité d'opérer un changement dans les pratiques. La volonté affichée par tous les acteurs de développer un partenariat afin de mieux répondre aux besoins des résidents, a renforcé ma motivation. C'est à partir du recueil de leurs besoins et de leurs attentes que mon projet a pu se dessiner, en accord avec les différentes directions.

L'objet de ce mémoire projet est donc de proposer une offre de service en accord avec nos missions, de développer la qualité de la prise en charge à destination des adultes souffrant d'autisme et de TED (devenu handicap psychique), tout en renforçant la relation de confiance avec la tutelle.

La première partie présente mon travail de recherche et d'expertise sur les droits et la protection des personnes handicapées, à travers les textes législatifs, l'histoire et l'apport théorique de la psychologie. Je présenterai ensuite le contexte départemental et institutionnel dans lesquels notre action se situe.

En réponse à ce diagnostic, je développerai en deuxième partie la conception de mon projet et sa mise en œuvre. Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'évaluation de ce processus.

1. ELEMENTS DE CONTEXTE DES ETABLISSEMENTS MEDICAUX SOCIAUX (EMS)

1.1. Les EMS d'hébergement pour les adultes handicapés

En France, les établissements de long séjour proposant un hébergement médicalisé aux adultes atteints d'handicaps lourds, sont les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS)³. Leurs missions sont d'assurer: « ***L'hébergement. Les soins médicaux et paramédicaux. Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies. Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions.*** »⁴

Fin avril 2012, la base FINESS⁵ recensait 671 MAS avec une capacité d'accueil moyenne de 40 places.

Le placement en MAS, est soumis à une notification d'orientation émanant de la Commission de Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDPH⁶. C'est aussi elle qui attribue le taux d'invalidité des personnes.

Une étude de Makdessi⁷ révèle que les déficiences des personnes accueillies en MAS et en FAM sont : Intellectuelles (41 %), motrices (9,5 %), sensorielles (1,1 %), psychiques (10 %), et des polyhandicaps et pluri handicaps (38,4 %).

En outre, 11 % des personnes en MAS présentent un trouble envahissant du développement (TED) dont l'autisme.

La décision de placement en établissement intervient souvent quand l'entourage ne peut plus faire face seul à la lourdeur de la prise en charge, ou que l'accompagnement mis en place ne correspond plus aux besoins de la personne (ou à son âge, à l'évolution de son handicap). Selon une enquête de la DREES⁸ seulement 8,1% des personnes accueillies ne

³ Dans son rapport RM-2012-126 P, l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), recommande de mettre fin à la distinction juridique entre MAS et FAM et unifier leur mode d'autorisation et de financement

⁴ Décret N°2009-322 du 20 mars 2009 qui précise les missions des MAS et des FAM

⁵ Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

⁶ Créée avec la Loi de 2005, Les maisons départementales des personnes sont chargées d'accueillir les personnes handicapées, de les informer, d'instruire et d'évaluer les besoins des personnes. Elles remplacent la COTOREP.

⁷ MAKDESSI, Y. Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités. Documents de travail - Série études et recherches, 2012, n° 123

⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête ES 2010 SÉRIE STATISTIQUES N° 180 • MAI 2013.

bénéficiaient pas d'une prise en charge spécifique avant leur entrée en MAS et **24,4% étaient hospitalisés en psychiatrie d'adultes**. Les résidents s'inscrivent donc dans un parcours de prise en charge institutionnel long. Le taux important d'adultes venant de la psychiatrie est lié à la nouvelle reconnaissance du handicap psychique (avec la loi de 2005), qui légitime leur prise en charge par le secteur médico-social. De plus, cela représente une économie pour la sécurité sociale (le coût de l'hospitalisation est plus élevé qu'un placement en établissement).

Afin de mieux saisir les changements auxquels nous devons nous adapter, et d'en comprendre les enjeux, je présenterai le cadre législatif et les fondements de la protection sociale en faveur des personnes handicapées. J'énoncerai ensuite les effets des lois de réformes, sur la prise en charge et les modalités d'accueil de la personne handicapée. J'apporterai également un éclairage issu de la psychologie et des sciences humaines pour compléter les concepts qui m'amènent à penser à de nouvelles pratiques professionnelles. A l'issue de cette première partie, je présenterai mes constats et établirai la problématique qui m'amènera au développement de mon projet.

1.1.1. Le cadre législatif

Les Etablissements d'hébergement médico-sociaux trouvent leurs fondements dans le Code de l'Action Social et des Familles⁹ (CASF).

Action sociale et médico-sociale: Article L. 116-1: *"L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »*

⁹ Code de l'action sociale et des familles

1.1.1.1. Evolution de la représentation du handicap

« Le handicap est une affaire de regard, de reconnaissance par l'ordre sociale. Il est forcément en lien avec son environnement »¹⁰

Depuis l'antiquité, la malformation et la déficience sont liées à la faute, au péché. Ne pouvant expliquer l'origine de ce qui n'est pas « normal », l'homme s'en réfère à Dieu. La société accorde un traitement ambivalent aux « difformes, miséreux, étrangers, et malades ». Tantôt maudits et bannis, tantôt pauvres et bénis (d'où dérive le nom de benêt), à qui l'on doit la charité (hospitalité et aumône assurent la compensation financière). A la renaissance, la misère provoque des cortèges d'indigents (vagabonds, chômeurs, truands, fous, et malades en tous genres). L'aumône est suspectée d'accroître le vice au lieu de soulager la misère. Ainsi, le principe d'assistance est de charité est remis en cause. On assiste alors à l'enfermement des handicapés et des aliénés, au milieu d'autres marginaux, afin de maintenir l'ordre social. Il faudra attendre la révolution pour que soient séparés criminels, vagabonds et aliénés. Dr Philippe Pinel, médecin, considéré comme le précurseur de la psychiatrie se révolte contre l'enchaînement des malades, et va tenter d'autres approches plus thérapeutiques. On lui doit la première classification des maladies mentales. Au XIXe siècle débute réellement l'approche scientifique du handicap mental. Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), disciple de Pinel, va établir la distinction entre handicap mental et maladie mentale. Il considère l'idiotie (handicap mental), immuable et incurable. Et la démence (maladie mentale) comme curable et modifiable. Cette distinction (abordée par d'autres avant lui) place handicap et maladie dans deux champs différents. Les maladies mentales concernent le corps médical et la psychiatrie, tandis que le handicap va être l'affaire de l'éducation spécialisée. En 1840, Edouard Seguin¹¹, disciple d'Itard¹², publie une théorie fondée sur l'activité sensorielle et motrice, qui fait de lui le premier "professionnel" de la pédagogie spécialisée.

C'est sous l'angle de la réparation des conséquences des blessures de guerre que la collectivité publique française va commencer à se préoccuper des conséquences du handicap. Le barème d'évaluation des handicaps subis par les victimes de la guerre en 1919 (qui détermine le montant de leur pension d'invalidité) a été utilisé jusqu'en 1993

¹⁰ François DAGOT, décembre 2007 « approche historique et concept du handicap ».

¹¹Édouard Séguin (1812 -1880), médecin et pédagogue français. Connu aux Etats-Unis et en France, pour ses travaux avec des enfants ayant des troubles cognitifs.

¹² Jean Marc Gaspard Itard (1774 -1838), médecin français, spécialiste de la surdité et de l'éducation spécialisée. Rendu célèbre par son travail sur le cas de l'enfant sauvage, « Victor de l'Aveyron », fondateur de la psychiatrie de l'enfant.

comme référence pour l'évaluation du niveau d'invalidité. Parallèlement, l'école étant devenue obligatoire, les pouvoirs publics sont contraints de s'intéresser aux problèmes des élèves déficients mentaux. Alfred Binet, en 1905 tente de répondre à l'intégration en publiant le premier test destiné à "mesurer l'intelligence".

Dans la première moitié de ce siècle, on voit fleurir les grandes théories et pédagogies qui nous servent encore de base aujourd'hui. Sigmund Freud (1856-1939) fondateur de la psychanalyse. Maria Montessori (1870-1952) médecin et pédagogue. Ovide Decroly (1871-1932), pédagogue, médecin, et psychologue. Jean Piaget (1896-1980) psychologue, biologiste. Célestin Freinet (1896-1966) pédagogue, qui a inspiré l'école et la pédagogie institutionnelle. John B. Watson (1878-1958), psychologue américain, fondateur du béhaviorisme. Cette liste non exhaustive passionne l'éducatrice que je suis, car ces pédagogies forment la base de mes connaissances professionnelles.

Durant la seconde guerre mondiale, la famine qui a ravagé les établissements psychiatriques, cause la mort d'environ 45 000 aliénés dans ce que l'on nomme « L'hécatombe de fous »¹³. Une poignée de psychiatres, souhaitant humaniser la prise en charge des malades, créent le courant de la « psychothérapie institutionnelle », ouvrant ainsi les portes de l'hôpital vers la cité. Durant la deuxième moitié du XXe siècle, la recherche médicale connaît un essor phénoménal. La biologie génétique s'ouvre à la recherche et à la détection des aberrations chromosomiques (découverte de la trisomie 21, en 1959). En 1950, l'arrivée de médicaments efficaces comme les psychotropes, rend possible des levées de contention. C'est le début de l'ouverture sur l'extérieur et de l'intégration. De plus, la mise en place de la Sécurité sociale en 1945-1946 permet le financement et donc le développement d'institutions en faveur des personnes handicapées. De 1950 à 1965, le développement des associations de parents joue un rôle politique essentiel, qui aboutit au vote de **La Loi de 1975 no 75-534**. Elle est la première grande loi « d'orientation en faveur des personnes handicapées » et marque le passage entre la logique d'assistance et la logique de solidarité. Elle crée dans chaque département une Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) compétente pour les aides sociales (allocations et hébergement) et le travail (Remplacée avec la loi du 11 février 2005¹⁴ par la MDPH¹⁵). Toutefois, le handicap n'est pas encore

¹³ Sur le sujet, un livre de référence : « *L'Hécatombe des fous* ». *La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Isabelle von Büeltzingsloewen, Aubier, 2007.

¹⁴ *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005*.

LEONARD, Corine. *Mémoire CAFERUIS : Plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents de la MAS*. 2015, 7

défini : « *est handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions* ». La même année, c'est la **Loi N°75-535** qui définit l'organisation et le cadre des institutions sociales et médico-sociales.

Jusqu'à la loi HPST¹⁶ de 2009, handicaps et maladies mentales sont pris en charge dans deux secteurs bien distincts. Le champ médico-social et le secteur médical spécialisé avaient des missions et des publics différenciés.

Depuis les années 2000, nous sommes passés d'une logique de la charité et de l'assistance à une logique du droit individuel, considérant la personne handicapée comme membre à part entière de la société. C'est la **loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002** qui vient rénover l'action sociale et médico-sociale. Cette loi de référence a pour vocation de renforcer et de garantir le droit des usagers (autonomie, protection, cohésion sociale, exercice de la citoyenneté, prévention de l'exclusion). Ces notions sont renforcées par **La loi 2005-102 du 11 février 2005** « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Ces réformes ont modifié la prise en charge des personnes handicapées et obligent les professionnels à remettre en question leurs pratiques pour adapter le service aux besoins spécifiques de chaque personne.

Les droits des usagers sont mieux définis, ainsi que sont précisées les obligations des ESSMS¹⁷, et la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation.

En annexe 3 se trouvent les textes spécifiques à l'autisme et aux troubles envahissants du développement.

1.1.1.2. La loi du 2 janvier 2002

Avec cette loi, **le législateur place l'utilisateur au centre du dispositif**, mettant fin à une logique institutionnelle pour privilégier la logique de prestations de services individuels. Elle définit des orientations et met en place des outils obligatoires pour tous les établissements et services (cf. annexe 1 – Résumé de la loi de 2002-2). Elle commande au secteur médical et social de s'unifier pour proposer une prise en charge globale.

¹⁵ *Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées*

¹⁶ *Hôpital Patients Santé Territoire.*

¹⁷ *Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.*

Elle crée sept outils obligatoires (détaillés dans l'annexe 1) :

Le livret d'accueil¹⁸, remis lors de l'accueil dans un ESMS.

La charte des droits et libertés¹⁹, qui doit être annexée au livret d'accueil et être affichée dans l'établissement.

Le règlement de fonctionnement²⁰ (qui doit être lui aussi annexé au livret d'accueil) aborde la dimension collective de l'établissement et définit les droits et devoirs des personnes accueillies.

Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge²¹, qui est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement et détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leurs coûts prévisionnels. Il doit être signé pour tout séjour supérieur à deux mois. En cas de refus, un document individuel de prise en charge est établi. Ces documents sont réalisés à l'admission et révisés tous les ans. Ils contractualisent la relation entre l'usager, sa famille, son représentant et l'établissement.

Un conciliateur ou un médiateur²² intervient en cas de conflit entre l'usager, son entourage, et l'établissement.

Le conseil de la vie sociale (CVS)²³ est institué afin d'associer les bénéficiaires au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il est un outil de participation, d'expression, de communication, pour agir ensemble.

Le projet d'établissement ; L'article L.311-8 du CASF précise : « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...*). Il est établi pour cinq ans, après avis du Conseil de la Vie Sociale.* »

¹⁸ Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF

¹⁹ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF.

²⁰ Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF

²¹ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF

²² Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L.311-5 du CASF

²³ Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF

Deux évaluations : la loi 2002-2 institue également une obligation de procéder à une évaluation régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées²⁴. Evaluation interne : tous les 5 ans / Evaluation externe tous les 7 ans.

1.1.1.3. La Loi 2005

La loi de 2005, définit plus précisément, la notion de handicap : « *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 droit à la compensation prend en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie. Pour la première fois, le « **handicap psychique** » est reconnu. En utilisant ce terme, le législateur induit que les personnes atteintes de troubles psychiques, qui relevaient avant du secteur psychiatrique (et donc d'une prise en charge hospitalière), ont maintenant leurs places dans les structures médico-sociales «*À l'issue de cette décennie il y eu suppression de 33420 lits en psychiatrie et parallèlement création de 30000 lits en MAS et Foyers* ²⁵».

1.1.1.4. La loi HPST du 21/07/2009

La loi Hôpital Patients Santé Territoires, place le secteur médico-social sous la tutelle des Agences Régionales de Santé (ARS) qu'elle crée.

C'est maintenant les ARS qui autorisent la création des ESMS, pilotent, programment, évaluent et contrôlent les établissements et services. **Elles actent ainsi le principe général de complémentarité et de coopération entre les acteurs** en décloisonnant les soins hospitaliers et le secteur médico-social.

1.1.1.5. Les mesures de protection

Avec la réforme de la **loi 2007-308 du 5 mars 2007** (référéncée dans le code civil), le législateur accorde une protection à la personne aussi efficace que celle de son patrimoine instauré en 1968.

²⁴ Article 22 de la loi 2002-2.

²⁵ Rapport Piel et Roelandt, 2001

Est énoncé « *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, (...) soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique* ».

La loi définit trois régimes destinés à assurer la protection des majeurs :

- La sauvegarde de justice qui est un régime de protection temporaire.
- La curatelle, qui est un régime d'aide et d'assistance.
- La tutelle, qui est un régime de représentation.

La famille ou à défaut le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est désigné par le juge des tutelles, pour être le protecteur du majeur dans tous les actes de la vie civil de façon gradué en fonction du degré d'autonomie et de l'intérêt de la personne.

1.1.2. La gouvernance du secteur social, sanitaire et médico-social

L'Etat, depuis 1990, s'est lancé dans une révision générale des politiques publiques (cf. annexe 2 : « une décennie de réforme »). La politique du handicap, au niveau territorial, relève maintenant de la compétence des Agences Régionales de Santé, de la direction Régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale DRJSCS²⁶. La DDCS²⁷ gère maintenant le « pôle social ». Avec la suppression de la DDASS²⁸ au profit d'une délégation territoriale aux ARS et à la DRJCS, le secteur social et le secteur médico-social se séparent et le secteur-médico-social et le secteur sanitaire se rapprochent.

1.1.2.1. Les Agences Régionales de santé (ARS)

Clé de voute de la loi HPST, les ARS renforcent le pilotage des politiques sanitaires et sociales au niveau régional. Pour la première fois, le secteur médico-social et le secteur médical ont la même tutelle. Ce changement suscite des interrogations: d'un côté, la crainte de voir le secteur médico-social dissout dans un marché de « produits de services » servant à optimiser la dépense de fonds publics. De l'autre, l'espoir de proposer une prise en charge globale à une population qui ne trouvait pas sa place dans les deux secteurs, comme les « autistes » ou les « malades mentaux stabilisés ».

²⁶ *Issu du démembrement et de la fusion de la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), de la direction régionale de la jeunesse et des sports, et de la direction régionale de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE).*

²⁷ *Direction Départementale de la Cohésion Sociale.*

²⁸ *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.*

L'évolution de la législation suit ou précède les changements de notre société. Les lois sont le reflet de notre évolution morale, culturelle et sociale. On peut se rendre compte que la place des personnes handicapées en France est en mutation et que la considération des droits au sens d'égalité a dû être formalisée récemment. Dans les institutions, la logique de prise en charge et de travail a changé. Maintenant, ce n'est plus l'établissement qui propose des services généraux, mais l'établissement qui propose des services répondants aux besoins et à la demande de chaque résident qu'elle accueille. **Les ESMS doivent s'adapter et proposer une prise en charge globale et individuelle.** Il faut s'associer avec tous les partenaires, innover pour adapter le système autant que possible à la personne. Les nouveaux dispositifs obligent aussi à une transparence et une lisibilité des actions, protégeant par ce biais la personne dépendante et fragile. Enfin, les contrôles ont également une vocation économique : la tutelle doit s'assurer de l'efficacité des moyens mis en place et de la juste utilisation des financements.

1.1.3. L'apport théorique sur le handicap psychique

1.1.3.1. Définitions

Le handicap mental est la conséquence d'une **déficience intellectuelle** qui ne peut être soignée. Le handicap peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain.

Le handicap psychique est la conséquence d'une **maladie mentale** qui est à l'origine d'une **anomalie de la communication de l'interaction sociale et des intérêts de la personne.** Le terme est apparu avec la loi de 2005, il regroupe les troubles ou syndrome autistique et le Trouble Envahissant du Développement (TED). L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés dans la classification internationale des maladies (CIM10) sous le terme de « troubles envahissants du développement »

1.1.3.2. Reconnaissance du handicap

C'est la MDPH qui reconnaît le handicap en attribuant un taux d'invalidité. Pour évaluer ce taux, on utilise la grille GEVA²⁹ qui mesure les déficiences et leurs impacts sur l'environnement de la personne.

²⁹ *Guide d'Évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée.*

Pour être accueillies en MAS, les personnes doivent avoir un taux d'invalidité d'au moins 80%.

1.1.3.3. Conséquences du handicap psychique

La plupart des personnes souffrant de handicap psychique, ont une structure psychique construite sur un modèle psychotique. La majorité des gens dits « normaux » ont une structure inverse sur un mode « névrosé ». Sans avoir les compétences d'un psychiatre, il est important que le personnel connaisse cette structure afin de mieux comprendre le comportement des adultes qu'ils accompagnent et puissent adapter leurs réponses. Imposer un modèle « normalisant » qui répond à des règles correspondantes aux « névrosés », n'a pas de sens.

Vulgarisation des concepts pour une approche psychologique :

Le repli autistique : s'accompagne souvent de stéréotypies gestuelles, vocales ou comportementales. Les psychanalystes (sous l'impulsion des théories de Winnicott³⁰), interprètent ce repli comme une coupure relationnelle. Les émotions provoquées par l'extérieur, seraient trop insupportables, trop envahissantes.

Les angoisses de morcellement : *«Angoisse vécue par des sujets psychotiques comme une menace vitale due à la perte de l'unicité ou au sentiment de néantisation. Elle peut être ressentie sous la forme d'une rupture de l'image du corps et d'une désorganisation des sensations »*³¹. Cet état est comparable à celui du jeune enfant, avant le stade du miroir. La personne ne se voit pas comme une entité à part entière. Il en résulte une difficulté à percevoir les limites de son corps et de son environnement. Ce flou de contour, d'émotions et de sensations, peut être très envahissant et angoissant.

L'angoisse se manifeste par une agitation anormale du résident, par des cris, qui peuvent aller jusqu'à de la violence envers lui-même (automutilation) ou envers les autres. La réponse la plus couramment apportée est de proposer une contention, pour rassurer et procurer une sensation de limite. Les méthodes existantes vont de l'enveloppement sensoriel (parole, bain, couverture, touché) à la contention physique ou mécanique. Le toucher ou l'enveloppement induisent une proximité qui suppose qu'une

³⁰ Donald Woods Winnicott (1896-1971), pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais.

³¹ Définition du Dictionnaire de la Psychiatrie des éditions du CILF

relation ai été établie auparavant avec le résident, qui doit identifier et reconnaître l'autre comme familier et rassurant. L'utilisation d'une camisole doit être le dernier recours. Elle n'est possible que sur prescription médicale et nécessite le respect d'un protocole strict (cadrée légalement par l'HAS³²). Ces méthodes thérapeutiques doivent être pratiquées par un personnel formé et sous couvert d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Il me paraît important de réfléchir à ces aspects réglementaires et éthiques.

Les Troubles des conduites alimentaires : les conséquences de ces troubles agissent également sur les conduites alimentaires. On peut observer un refus de se nourrir, soit à cause du contact buccal qui angoisse, soit par peur d'ingérer un aliment. Ou au contraire un besoin de remplissage (d'aliments ou parfois même des objets ou de produits divers).

1.1.4. Le contexte sociodémographique de la région

La région Paca est la 3^{ème} région la plus peuplée après l'Ile-de-France et Rhône-Alpes, avec 5 millions d'habitants.

1.1.4.1. L'offre d'hébergement dans les bouches du Rhône

L'équipement recensé en 2014 par l'INSEE³³ fait apparaître un taux de 0,6 MAS pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, dans la région, contre 0,8 de moyenne nationale. La MDPH a annoncé en 2011 que 955 enfants étaient en attente d'un placement. Dans la planification des besoins territoriaux, la création de nouvelles places d'accueil a été prévue afin de répondre à ce besoin de places.

1.1.5. Les programmes et schémas régionaux et départementaux

Il existe deux catégories de schémas : celui de l'ARS qui relève du code de la santé publique et ceux qui relèvent du Code de l'action social et des familles, établi par le préfet de région et/ou par le président du conseil départemental :

- Le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS) est établi par l'ARS. Il s'inscrit dans un programme plus large, « le programme régional de santé » (PRS). Il a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de

³² Haute Autorité de la Santé.

³³ Sources : Drees/ARS/DRJSCS, *Statiss 2014 pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2014 (janvier 2015)*

l'offre des établissements. Il doit en outre permettre l'articulation de l'offre médico-sociale et sanitaire sur le plan régional.

- Le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est le prolongement du SROMS, dont il prévoit les réalisations en fonction des priorités de financements accordés par la CNSA³⁴.
- « Le Schéma départemental en faveur des personnes handicapées ou en perte d'autonomie », établi pour 5 ans par le président du conseil départemental.

Ces schémas peuvent être des leviers de cohésion entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Je les inscris dans mon projet afin d'en renforcer l'intérêt territorial. Ils sont complétés dans ma recherche par le 3^{ème} plan autisme qui est un plan national décliné sur le territoire.

1.1.5.1. Les orientations des Schémas

J'ai orienté mon mémoire projet, en tenant compte du « Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009 – 2013³⁵ » qui précise : « *Les besoins de certains publics doivent être particulièrement évoqués : il s'agit des situations de handicap psychique lourd, des situations d'autisme et de trouble envahissants du développement. Au-delà de la création de places dédiées, le soutien à la formation des équipes dans les structures déjà existantes permettrait de diversifier les prises en charge sur l'ensemble du territoire* ». Etant concernée par ce public, j'ai retenues plusieurs orientations, déclinées dans l'annexe 4, dont l'objectif principal est l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

1.1.6. **D'autres partenaires ont un rôle de conseil**

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH³⁶) qui a pour missions l'accueil, l'information, l'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille.
- L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux ANESM³⁷ qui élabore des « recommandations de bonnes pratiques », devenue une référence pour les ESSMS³⁸.

³⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

³⁵ Et son Avenant 2014-2015

³⁶ Instaurée par la loi HPST, elle remplace la COTOREP

³⁷ Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

1.2. Le contexte institutionnel de la MAS Edouard-Toulouse

Raison sociale : Maison d'Accueil Spécialisée. Statut : public. Date d'ouverture : 01/12/2005. Entité juridique de rattachement : Centre Hospitalier Spécialisé Edouard-Toulouse, 13015 Marseille. Mode de fonctionnement : internat, 365 jours par an et 24h/24. Capacité d'accueil : 40 places.

La particularité de cette MAS est son implantation au cœur de l'hôpital psychiatrique qui est à l'origine de sa création. Leur histoire et leur fonctionnement sont profondément liés.

1.2.1. Présentation de l'établissement

La MAS est un bâtiment de plein pied, implanté sur les 17 hectares de l'hôpital. Elle est organisée en quatre unités de vie, composées de dix chambres individuelles. Chaque unité dispose d'une salle de bain commune, d'une salle à manger, d'un salon et d'un espace extérieur. Les locaux sont assez spacieux et adaptés. Dans la MAS se trouvent des bureaux, des salles d'activités (Snoezelen, salon esthétique, peinture...) et une salle de réunion. Les services techniques (cuisines, lingerie, réparation...), sont ceux de l'hôpital et sont situés dans d'autres bâtiments (voir annexe 10).

A la découverte de cet univers

A l'entrée, le sas fermé à clef indique que nous entrons dans un lieu particulier. Les murs blancs et l'absence de décoration renforcent cette sensation. Parfois, l'intensité des bruits et des cris nous plonge dans l'univers de la psychiatrie. Cette image est accentuée quand on croise le personnel en blouse blanche et des résidents aux comportements désocialisés (qui se déshabillent, s'allongent par terre, crient, etc.). C'est souvent un choc pour les gens de l'extérieur (j'ai souvent eu l'occasion d'accueillir des partenaires qui ne connaissaient pas l'établissement et qui me confiaient ce sentiment). Il faut être initié et accompagné, pour voir au-delà de la représentation que l'on s'en fait. Même pour des travailleurs sociaux qui sont habitués aux établissements pour adultes handicapés, cette représentation « hospitalière » renvoie à l'image de l'hôpital psychiatrique.

³⁸ *Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.*

1.2.1.1. Financement

Le prix de journée est versé en totalité par la sécurité sociale. Ce prix couvre la prise en charge globale (logement, repas, entretien du linge, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne...).

Le forfait journalier : est la participation financière à la charge du résident. Il est actuellement de 18 euros par jour.

1.2.1.2. Son histoire

Le Centre Hospitalier Edouard Toulouse se compose de nombreuses structures intra et extra hospitalières. Sur site, l'hôpital gère 9 pavillons d'hospitalisation temps plein pour adultes, des bâtiments administratifs et logistiques, la M.A.S. ainsi qu'une PASS PSY³⁹. A l'extérieur se trouvent des Hôpitaux de jour, Centres Médico Psychologiques (CMP), Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), unité d'addictions et pathologies associées, unité mère-bébé, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

Les valeurs fondatrices

Ouvert en 1962, l'hôpital Edouard-Toulouse est un établissement fondé sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle ouverte sur la cité.

La création d'une MAS au sein de l'hôpital

En 2001, la création d'une MAS est autorisée par arrêté préfectoral pour répondre aux besoins d'une population qui nécessite une prise en charge différente de l'hôpital. Ainsi, à son ouverture, en décembre 2005, sont accueillis des patients qui viennent des pavillons de l'hôpital psychiatrique. Le personnel qui les accueille vient également des pavillons. Au départ, le personnel a choisi une unité et a commencé à travailler au fur et à mesure de l'arrivée des « patients ». L'organisation du travail s'est faite au fil des situations. Quatre éducateurs et des aides-soignants supplémentaires ont été embauchés les mois suivant.

³⁹ *Permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique. Créée pour faire face aux inégalités de santé qui touchent les personnes les plus précaires et favoriser l'accès au dispositif général de soins.*

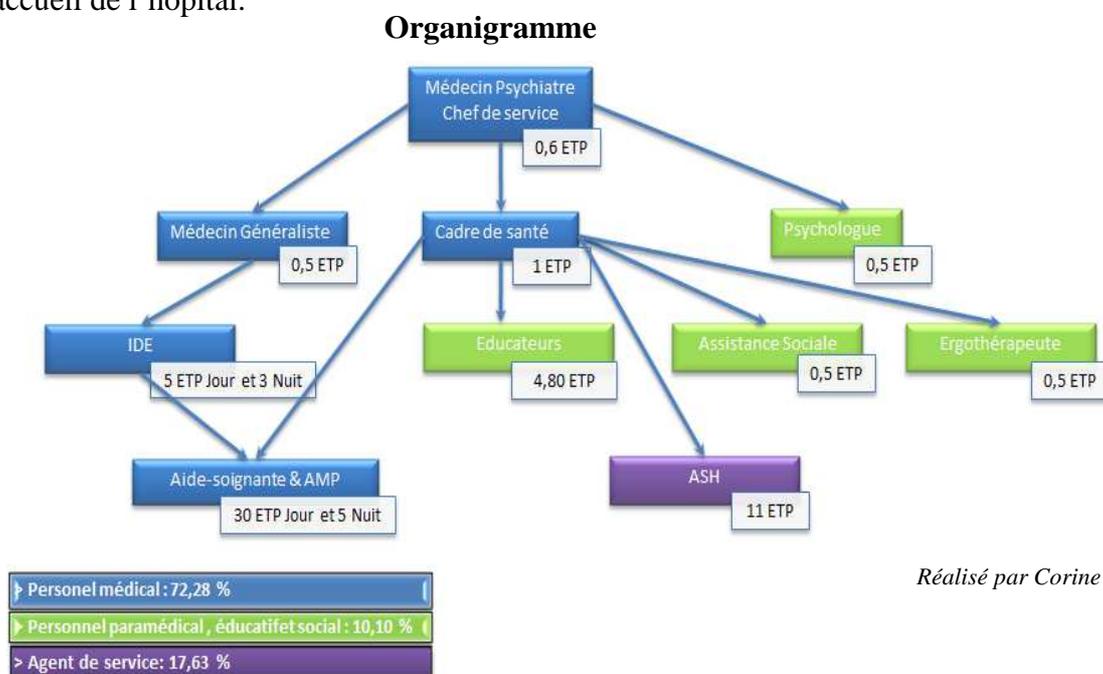
1.2.1.3. Gestion

La gouvernance de La MAS est assurée par le Centre Hospitalier Édouard Toulouse, elle est administrée par ses organes de gestion (cf. annexe 6). C'est le Directeur de l'hôpital qui en est le représentant légal.

Le conseil de surveillance du centre hospitalier prend les décisions politiques générales, et délibère sur les actes financiers importants. La MAS a un budget annexe géré par le directeur financier de l'hôpital, qui se différencie du compte principal hôpital. Un éducateur référent gère le budget dévoué à l'animation (15 000€ /an). Actuellement, le budget présente un déficit important à rééquilibrer. Le coût de la construction pèse lourd, et l'auto financement de 4 Equivalents Temps Plein (ETP) non pris en charge par l'ARS déséquilibre le groupe II.

1.2.1.4. Moyens humains

La MAS compte une équipe pluridisciplinaire de 62,9 ETP. Le Médecin psychiatre est le « chef de service » de la MAS. Il est assisté d'un Cadre de santé pour organiser le fonctionnement technique de la M.A.S. Les astreintes sont assurées par la permanence accueil de l'hôpital.



Un comparatif avec le taux d'encadrement national fait clairement apparaître une prédominance des effectifs issus du secteur médical et un taux d'encadrement inférieur à la moyenne nationale.

Tableau N°1 : Comparatif du taux d'encadrement national et de la MAS Edouard Toulouse

Fonction principale exercée en MAS	France métropolitaine et DOM [1]	MAS CHET
Personnel de direction, de gestion et d'administration	5,7	1,6 + mutualisation
Personnel des services généraux	15,7	17,3 + mutualisation
Personnel d'encadrement sanitaire et social dont :	2,2	1,6
Chef de service éducatif	1,1	0
Cadre infirmier	0,4	1,6
Personnel éducatif, et social dont;	37,5	16,3
Éducateur spécialisé	2,6	3,1
Assistante sociale	0,1	0,8
Moniteur éducateur	3,4	4,4
Aide-médico-psychologique	27,8	7,9
Personnel médical dont:	0,8	1,8
médecins généraliste	0,4	0,9
Psychiatre	0,2	0,9
Psychologue et personnel paramédical dont:	33,6	61,4
Psychologue	0,7	0,8
ergothérapeute	0,6	0,8
Aide-soignant	21,1	47,2
Infirmier DE et autorisé	6,8	12,6
Candidat-élève	4,50%	0

[1] Source DREES, Enquête ES2006.

1.2.1.5. Organisation du travail

Les plannings sont gérés sur le logiciel de l'hôpital. Pour assurer une présence permanente tous les jours de l'année, IDE⁴⁰, aides-soignants, AMP⁴¹ et ASHQ⁴² travaillent en

⁴⁰ *Infirmier Diplômé d'Etat.*

⁴¹ *Aide Médico-Psychologique*

⁴² *Agent de Service Hospitalier Qualifié.*

internat. Pour permettre un suivi cohérent et coordonner les actions, différents outils de communication ont été mis en place :

Le projet individualisé : démarche de co-construction entre la personne accueillie (et son représentant légal) et les équipes professionnelles. C'est un document de synthèse personnalisé qui fait le bilan des besoins de la personne, et énumère les propositions d'accompagnement et d'action mis en place.

Les réunions :

- La réunion clinique animée par le Chef de service (médecin psychiatre) et le psychologue, permet de faire la synthèse du résident et d'évaluer son projet personnalisé.

La présence du médecin psychiatre (chef de service) permet d'apporter un éclairage formateur sur le comportement et les troubles et/ou maladies des résidents, aux équipes de terrain. Dans l'enquête de terrain que j'ai réalisée, le personnel cite ces réunions comme formatrices pour renforcer leurs connaissances du handicap psychique.

- La réunion de fonctionnement, animée par la cadre de santé pour faire un point sur le fonctionnement de la structure.
- La réunion d'unité, pour échanger sur les situations des résidents, le fonctionnement et l'organisation de l'unité. Transmission : En 2015 est mis en place un outil de communication informatique partagé sur le réseau intranet de l'hôpital. Chaque membre doit y remplir ses observations journalières.

1.2.2. Le public

Les 40 résidents ont entre 20 et 58 ans. Le plus grand nombre a un diagnostic de « psychose infantile, autisme ou trouble autistique », avec des handicaps et/ou pathologies associées comme l'épilepsie. Tous sont sous tutelle (aux biens et à la personne).

1.2.2.1. Modalités d'admission

L'admission est soumise à une notification d'orientation de la MDPH. Elle est décidée par la commission d'admission interne, composée du médecin psychiatre, de la cadre et de l'assistante sociale. La priorité est donnée aux adultes hébergés en famille, dont la prise en charge est particulièrement difficile pour celle-ci, afin d'éviter les risques de maltraitance liés à l'épuisement, ou l'alourdissement d'une situation sociale, psychologique, et/ou économique. Actuellement 64 dossiers sont en attente d'une place.

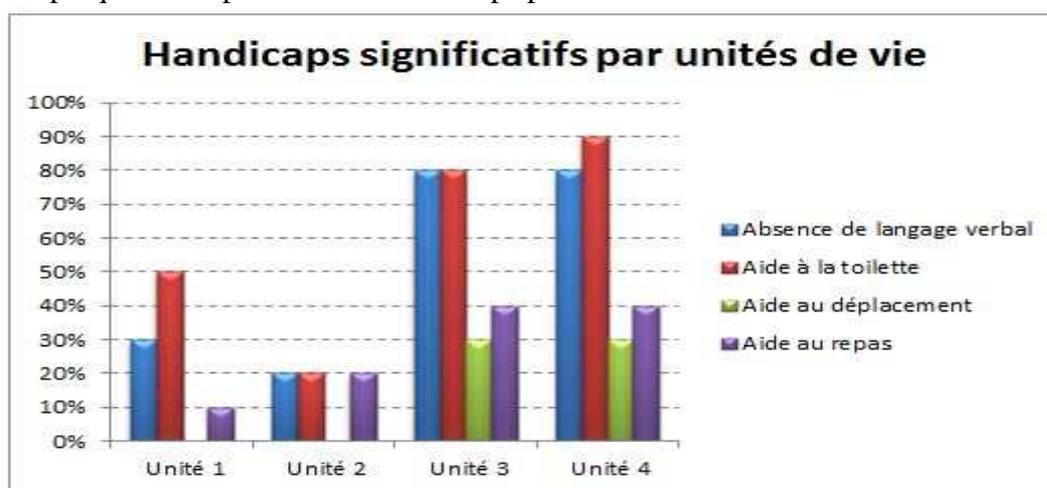
1.2.2.2. Parcours des résidents

80% des résidents viennent des pavillons de l'hôpital où ils étaient hospitalisés depuis de nombreuses années. Ils sont ainsi passés du statut de « malade » à celui de « personne présentant un handicap psychique ». A la MAS, les résidents ont trouvé un lieu de vie sécurisant qui propose un accompagnement plus adapté à leurs besoins. L'apaisement des comportements (diminution des cris, des manifestations d'angoisse) est un indicateur d'évolution positive.

1.2.2.3. Profils des résidents

La majorité des résidents présente un handicap psychique associé à des déficiences et des pathologies importantes, qui rendent la communication extrêmement pauvre. Tous ont besoin d'une surveillance constante et d'une aide allant de la sollicitation au « faire à la place de ».

Graphique 2 : Répartition des handicaps par unité de vie



Réalisé par Corine Léonard

Ce graphique fait apparaître une prise en charge plus lourde dans l'accompagnement quotidien, sur les unités 3 et 4. En accompagnant les aides-soignants et AMP dans leur travail de « nursing », sur les quatre unités, j'ai pu constater que cette « lourdeur » vient principalement des manutentions quotidiennes. A cette fatigue physique s'ajoute un risque de fatigue psychologique, dû à l'absence de communication entre les résidents et le personnel. Si les handicaps physiques et cognitifs peuvent souvent être compensés, il est plus difficile d'apporter une solution à l'absence de communication.

Quand elle s'accompagne d'une difficulté à établir une relation, en conséquence directe du « handicap psychique », les techniques de langage non verbal (pictogramme, langage des signes par exemple) ne sont pas adaptées. C'est un aspect prioritaire à réfléchir car c'est un facteur d'épuisement des équipes susceptible d'impacter la qualité de la prise en charge. A ce contexte général, s'ajoute l'accueil d'un adulte autiste ayant des troubles du comportement important (cris, automutilation, violence) par unité, qui nécessite souvent l'intervention des professionnels. Ces résidents sont souvent à l'ordre du jour des réunions clinique, l'équipe étant en demande de soutien et de conseils auprès du médecin psychiatre.

1.2.2.4. Les besoins des résidents

Comme nous l'avons vu, du fait de leurs pathologies, les résidents ont besoin plus que tout autre chose, d'un cadre sécurisant fixe et de repères. Ce cadre passe par la ritualisation du temps, des lieux et des personnes. Les adultes souffrant de handicap psychique ont besoin de rituels qui vont leur permettre de mieux se structurer. Ils sont plus sensibles que les autres aux changements car l'inconnu pour eux ne peut s'anticiper ou se penser.

Une bienveillance et une attention particulière sont des notions évidentes mais qui méritent une réflexion partagée pour donner un sens commun à ces valeurs et à leur application.

1.2.3. La notion d'accompagnement

L'accompagnement d'adultes autistes, ou présentant des troubles autistiques associés à des pathologies et handicaps divers, ainsi que ceux ayant des TED (troubles envahissants du comportement), nécessite une technicité et des moyens particuliers. Pour rendre effectives les recommandations, il faut adapter la commande à la réalité du terrain. Ainsi, les termes de socialisation, autonomie et participation, doivent être pensés pour s'adapter à ce contexte particulier qu'est le handicap psychique.

Le travail en MAS repose sur deux piliers : **l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne** (que l'on retrouve aussi dans les fiches métiers) **et les activités**. Ces deux commandes prennent aujourd'hui une forme plus individualisées.

1.2.3.1. La vie quotidienne :

L'accompagnement au quotidien relève du soin qui regroupe les actes dit de « nursing » que sont le lever, la toilette, l'aide aux déplacements, l'aide aux repas, ainsi que les actes et la surveillance médicale (Cf. annexe 7 : les actes de soins).

Le prendre soin consiste à apporter une réponse bienveillante et adaptée aux besoins du résident. Le « soignant », proche du résident au quotidien, peut identifier un comportement inhabituel et interpréter les signes de malaise ou de souffrance.

1.2.3.2. Les activités

Les activités ont pour but de répondre à la socialisation des résidents en leur apportant une ouverture sur l'extérieur et en leur permettant d'adopter une attitude conforme pour une socialisation. Elles ont aussi des objectifs thérapeutiques pour favoriser le bien-être et l'expression. Enfin, elles ont un objectif d'occupation pour éviter l'ennui et la monotonie, prégnants dans un contexte de collectivité institutionnelle. Un planning d'activités de groupe interne et externe est établi pour l'année.

1.2.4. **Les familles**

La moitié des résidents sont en contact avec leurs familles qui assure le plus souvent le rôle de tuteur (55% des tuteurs sont des mandataires judiciaires les autres sont des membres de la famille). 10% des résidents passent au minimum un week-end en famille par mois, 30% sortent occasionnellement en journée ou pour une période de vacances.

Famille et tuteur ont pour mission de représenter le résident, ils doivent être associés à toutes les décisions concernant leur protégé.

1.3. Analyses du contexte

J'ai établi ces analyses à partir de mes observations, d'entretiens avec les professionnels, familles et tuteurs, de documents, d'évaluations et de recherches personnelles (recueillis en cours, à la bibliothèque, et sur internet). Pour finir, j'ai réalisé une enquête auprès du personnel pluridisciplinaire de la MAS, sous la forme d'un questionnaire papier de trois pages. L'analyse porte sur 25 questionnaires exploitables (cf. annexe 8).

Le fonctionnement de la MAS tel qu'il est actuellement amène les professionnels et les familles à émettre des commentaires sur l'aspect quotidien des prises en charge et sur le fonctionnement global de la structure.

Le service est proposé sur un mode institutionnel fermé, ce qui laisse peu de place à l'échange et à la remise en question. Les règles de sécurité, d'hygiène et les contraintes de la collectivité priment sur l'individuel. La mutualisation des moyens permet à la MAS de profiter des différents services de l'hôpital (cf. annexe 10). A contrario, elle

contribue à la confusion d'identité de la structure, considérée trop souvent comme un « pavillon » hospitalier. L'équipe d'encadrement est formée à la gestion hospitalière (réglementation, hygiène et sécurité...), mais manque de maîtrise sur le cadre réglementaire des ESMS et sur la culture médico-sociale (j'ai pu le constater lors des différents échanges avec les cadres).

La confusion d'identité se retrouve aussi dans l'agrément de la MAS qui fait mention de « 40 places d'accueil pour un public handicapé et polyhandicapé, hormis les personnes présentant des troubles psychiatrique ». L'agrément datant d'avant la loi de 2005, il n'était pas fait mention de « handicap psychique ».

Le risque de ce flou identitaire est de ne pas reconnaître pleinement la mission de la structure et par conséquent, de ne pas arriver à donner du sens à nos obligations. Les points forts de la structure sont l'implication du personnel, qui a choisi de travailler auprès de ce public particulier et la forte représentation des psychiatres qui contribuent à la formation du personnel. C'est donc un levier d'amélioration à retenir.

Pour affiner mon analyse, je développe donc mes constats en direction des ressources humaines, de la communication pour l'efficacité des outils de la loi 2002 et de la représentation des usagers.

1.3.1. Constats concernant les ressources humaines

1.3.1.1. Les effectifs

Avec 45,10 ETP issus du sanitaire sur les 63,30 ETP, la représentation du personnel éducatif et paramédical est faible.

L'encadrement de la MAS est assuré par un psychiatre et une cadre de santé.

La prise en charge paramédicale repose sur l'ergothérapeute qui représente 0,50 ETP et le kinésithérapeute vacataire qui intervient sur prescription.

Le personnel éducatif est représenté par les 4,80 ETP éducateurs et moniteurs-éducateurs. Dans le projet d'établissement, une distinction est faite entre les éducateurs (garants de l'animation) et les aides-soignants ou AMP catégorisés comme du personnel médical. Ce choix déséquilibre la représentation de l'aspect social et éducatif de la MAS. J'ai utilisé le tableau 1 (page 22) pour faire un comparatif avec la moyenne nationale, afin de vérifier ce constat. Hors, on pourrait considérer, comme c'est le cas dans d'autres MAS, que l'équipe d'aides-soignants et d'AMP constitue également l'équipe éducative ou paramédicale.

Mon analyse confirme :

- **L'absence d'encadrement socio-éducatif** au profit d'un encadrement de santé, minoritaire ailleurs.
- Des AMP en sous nombre, qui trouvent cependant l'équilibre avec les aides-soignants. Sur le terrain, ces deux métiers remplissent de pair la même fonction. Si on les rassemble, on obtient une moyenne nationale à 48,9% contre 55,1% à la MAS.
- Un effectif médical doublé pour la MAS.
 - Le taux supérieur de psychiatres s'explique par la spécialisation de la structure (c'est même une chance pour la MAS, car la pénurie de médecins spécialisés ne permet pas à tous les autres ESMS d'avoir ce soutien).
 - L'effectif double de médecin généraliste et d'infirmiers est le choix de la direction. Dans les autres structures, la surveillance médicale n'est pas constante et les horaires découpés permettent de réduire les ETP.

Les analyses des effectifs et de leurs répartitions sont essentielles pour voir s'ils correspondent aux besoins de la population accueillie. C'est aussi un facteur déterminant pour gérer le déficit du bilan de la MAS.

1.3.1.2. L'efficacité des ressources humaines

Selon le directeur adjoint des finances : *«Le déficit budgétaire de la MAS met en danger la structure. Il y a une nécessité de réorganiser le service et de faire des choix dans une enveloppe fermée. On peut discuter de tous les postes de dépenses, le travail doit être commun, pour prendre les décisions servant au mieux les usagers.»*. Au regard des restrictions économiques de la MAS, Il est urgent de prendre part au travail d'analyse et d'échange mené par le service financier. Apporter un éclairage de terrain, permettra de réorganiser la structure. Pour réduire le déficit, la direction pense réduire les dépenses afférentes au personnel (du groupe II).

Pour répondre aux besoins des résidents, il faut maintenir des repères et assurer la cohérence du suivi de l'accompagnement. Pour ce faire, il faudrait que les 35 ETP (AS ou AMP) de jour soient répartis par équipes de deux (binôme) fixes par unité. Actuellement les « fixes » sont présents simultanément, et doivent donc travailler sur une autre unité que la leur. A l'inverse, il peut ne pas y avoir de fixes certains jours. Cela est dommageable pour les résidents qui subissent ces changements et perdent leurs repères.

Cette situation est liée aux changements d'unité imposés au personnel en 2013, sans que leur roulement de planning n'ait été adapté en conséquence. De plus, régulièrement l'effectif présent l'après-midi est de 5 à 6 pour l'ensemble de la MAS. Cela signifie que **sur 2 unités au moins, l'encadrant est seul pour 10 résidents**, ce qui est dommageable pour la surveillance qui doit être « constante ». Ce problème pourrait être réglé en changeant les plannings de ces personnels, sur le modèle que je propose en annexe 12.

Concernant l'encadrement médical : un médecin généraliste présent tous les matins, et une équipe de nuit composée de 2 aides-soignants et un infirmier, me semble une dotation plus « luxueuse » que dans les autres établissements.

Enfin, le rôle des référents d'unité me paraît sous-exploité. Les éducateurs présents tous les jours ouvrables, me semblent bien placés pour assurer un rôle de coordination et de suivi. Leur rôle n'est défini qu'à travers l'animation. La référence d'unité n'a pas donné lieu à une formalisation, ce qui concourt à rendre cette fonction floue.

1.3.1.3. L'organisation

L'organisation hiérarchique de l'hôpital correspond à une organisation professionnelle et bureaucratique selon les modèles établis par H. Mintzberg⁴³. Cela complique la gestion d'une organisation à part entière comme la MAS. Selon moi, il manque un maillon hiérarchique pour prendre en charge la gestion générale de l'établissement, être l'intermédiaire avec la direction générale et représenter l'établissement auprès de la tutelle. Durant la phase de recueil d'informations, j'ai mis beaucoup de temps à rassembler les documents et les informations utiles qui ne sont pas centralisées (chaque service a ses données, mais personne ne les centralise).

C'est au niveau du management et des orientations politiques de la structure que se jouent ces décisions stratégiques.

1.3.2. **Constats concernant la communication**

1.3.2.1. Le Management

Le choix du management fait par les cadres de la structure ne favorise pas l'échange et la participation des salariés, des familles et des usagers. L'enquête fait apparaître autant de

⁴³ « *Structure et dynamique des organisations* ». MINTZBERG Henry. *Édition d'organisation*, Paris 1982.
LEONARD, Corine. *Mémoire CAFERUIS : Plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents de la MAS*. 2015,

salariés satisfaits que d'insatisfaits dans la communication avec la cadre de santé (cf. annexe 9 : « résultat enquête »).

De plus, 44% des professionnels interrogés font état d'une mauvaise ambiance de travail liée à un défaut de communication, de valorisation et de professionnalisme. Ces éléments ont des répercussions sur leur motivation et le sentiment d'une usure professionnelle.

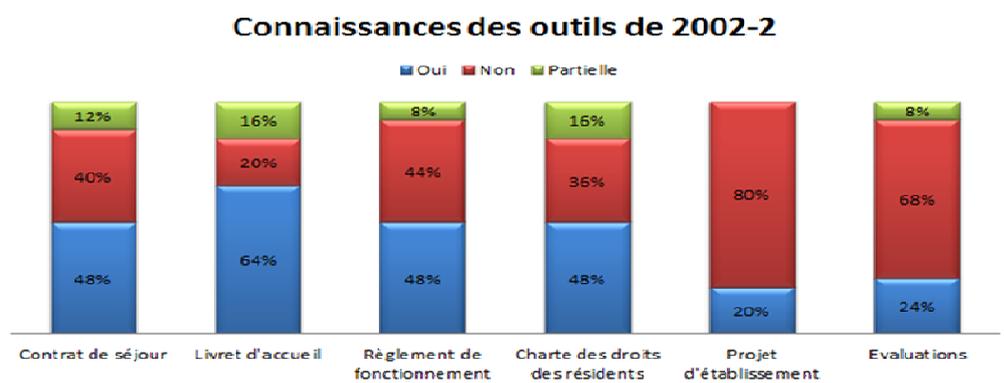
Le personnel de terrain (aides-soignants, AMP et éducateurs) travaille dans un monde où la normalité n'a pas le même sens commun qu'à l'extérieur. Le quotidien est envahi par les symptômes des résidents. L'environnement est bruyant et souvent psychologiquement épuisant. C'est un **facteur à considérer dans la prévention de la maltraitance**. Libérer la parole, valoriser le travail, apporter un appui technique et psychologique, leur permettre de penser leurs actions en équipe pour profiter de soutien et de relai, sont autant de points nécessaires à la prévention de ces risques comme le souligne l'ANESM dans ses recommandations.

Les temps de formation permettent également de prendre du recul sur la pratique et d'acquérir des outils utiles pour se remobiliser. La formation des personnels dans cette prise en charge spécifique « *qui fait défaut en France* » est d'ailleurs une priorité du 3^{ème} plan autisme.

1.3.2.2. Les outils de la loi 2002

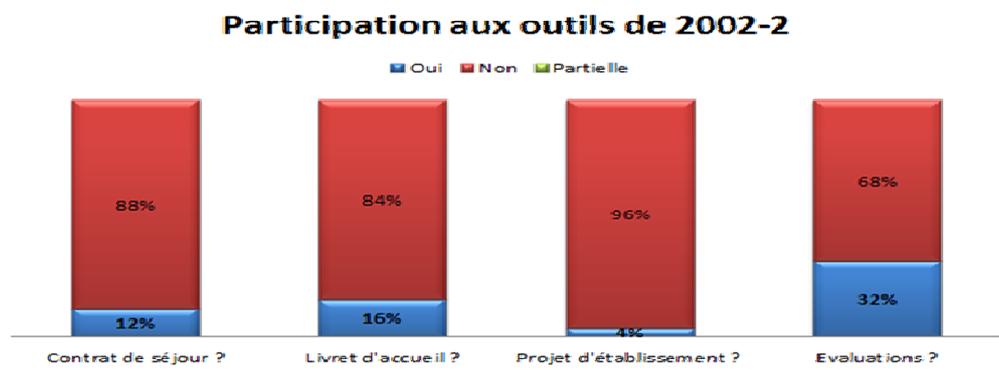
Les outils de la loi 2002, ont été réalisés dans l'urgence en 2014. J'ai pu constater que le personnel ne les connaît pas bien et qu'ils ne sont donc pas opérants. Pour preuve, l'enquête (complément en annexe 9) révèle un manque de participation et de connaissance.

Graphique 3 : Connaissance du personnel de la MAS Edouard Toulouse des outils de la loi 2002-2



Réalisé par Corine Léonard

Graphique 4 : Participation du personnel de la MAS Edouard Toulouse à la réalisation des outils de la loi 2002-2



Réalisé par Corine Léonard

Les partenaires comme les professionnels, ne sont pas encore mobilisés autour de ces outils qui peuvent être des moyens de gestion et de dynamisation d'un établissement quand on leur donne du sens.

1.3.3. Constats concernant les résidents

J'ai choisi de mettre ce projet au service des adultes présentant un handicap psychique, pour plusieurs raisons :

- 1) Ils sont majoritaires à la MAS.
- 2) Ils sont une priorité inscrite dans la PRS, le schéma régional et bien sûr le 3^{ème} plan autisme (cf. annexe 5 : les orientations en lien avec le projet).
- 3) Leur identification nouvelle, qui entraîne leur prise en charge par le secteur médico-social, permet de penser à des solutions adaptées et innovantes.

A la MAS les résidents sont dans un environnement ne favorise pas une ambiance « familiale⁴⁴ ». Chaque résident, au vu de ses besoins particuliers, ne bénéficie pas suffisamment d'un accompagnement personnalisé. Les dimensions notifiées dans la loi de 2002 et de 2005, qui sont de **proposer un service individualisé et une prise en charge globale, dans le respect des besoins et souhaits de la personne, en partenariat avec la famille et le représentant, ne sont pas encore probantes.**

Les résidents passent la majeure partie de leur temps dans leur unité, et ceux qui se déplacent circulent dans la MAS sans but. La majorité des professionnels s'accordent

⁴⁴ J'utilise ce terme pour faire référence au fait que la MAS est le lieu de vie des résidents. Il est important de proposer une ambiance de confort, de sérénité et de sécurité rappelant l'atmosphère familiale.

à dire que la prise en charge pourrait être améliorée et que les activités devraient correspondre plus aux besoins individuels. Le manque de moyens humains et matériels est souvent pointé du doigt pour justifier cette situation. Comment améliorer la prise en charge individuelle et globalisée à moyen constant ? C'est une question à laquelle j'ai tenté de répondre en élaborant ce projet.

1.3.3.1. La représentation des résidents

Comme nous l'avons vu, le handicap des résidents renforce la nécessité d'entendre le représentant qui s'exprime pour lui. La nécessité de ce partenariat est largement plébiscitée dans les textes de réforme, mais aussi dans les recommandations. Le tuteur et la famille apportent un point de vue extérieur à l'établissement, indispensable pour garder une vision objective de la situation et bénéficier du recul que l'institution et ses contraintes ne permettent pas toujours.

Souvent, la relation avec les familles et les tuteurs se limite à l'organisation des sorties ou des demandes d'argent. La communication me semble donc à développer. Tout comme le personnel, les familles et tuteurs m'ont fait part de leurs regrets concernant ce manque de communication. Le CVS interroge régulièrement la direction à ce sujet. Toutes les décisions engageant un changement pour le résident (sorties, traitement, changement de chambre) ou impactant l'organisation de l'unité, relèvent exclusivement de l'autorisation du médecin chef, souvent sans consultation du représentant légal ou de la famille.

D'après les référents d'unité, seulement 10% des contrats de séjour et des projets personnalisés ont été signés à ce jour. Ces outils n'ont donc pas donné lieu aux échanges que l'on pouvait espérer, et n'entraînent pas une dynamique de soutien auprès des accompagnants.

Tout ceci m'amène à constater que **les outils de la loi 2002 ne sont donc pas opérants**. Les constats interrogent à plusieurs niveaux : éthique, managérial, financier, et réglementaire. Comment proposer des actions innovantes quand on est contraint à des habitudes et des limites financières et humaines ? Comment recueillir les besoins d'une personne qui ne peut s'exprimer ? Comment garder la disponibilité nécessaire sans être « usé » par la lourdeur de la prise en charge ?

Comment développer le partenariat avec les familles et les tuteurs pour garantir une meilleure représentation des droits du résident ? Comment mobiliser les équipes au changement ? Quelles actions sont prioritaires ?

Proposer une réflexion sur ces sujets et impliquer les équipes dans ce travail me paraît essentiel pour préserver une dynamique positive.

Face à la dépendance totale des résidents, la prise en charge est complète. Un risque possible est d'avoir un pouvoir totalitaire sur l'autre et ses droits. La meilleure garantie face à ce risque est d'avoir des interlocuteurs extérieurs, qui veillent et contrôlent la prise en charge.

Pour compléter mes constats j'ai utilisé l'analyse « FFOM » (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) placés en annexe 11.

1.3.4. Problématique

Les professionnels et les familles n'ont pas été impliqués dans la mise en place des outils et dans l'élaboration du projet d'établissement qu'ils ne connaissent pas suffisamment pour s'en saisir. Les missions de la MAS, comme la fonction de chacun, semblent assez floues et ne permet pas de valoriser la complémentarité des disciplines. L'organisation actuelle ne favorise pas la réflexion et l'échange autour des pratiques, ce qui risque d'enfermer chacun dans son quotidien.

Suite à l'évaluation externe et à la présentation du bilan financier à l'ARS, la direction a conscience qu'il nous faut réorganiser notre offre de service. Le médecin chef de service de la MAS est au fait des difficultés rencontrées par les professionnels et les familles. La réflexion menée au sein de l'établissement pour valider le projet de service doit prendre en compte tous ces constats. La MAS doit redéfinir le sens de sa mission pour permettre une mise en œuvre de service répondant de manière plus adaptée aux besoins et aux droits des résidents. En ce sens, je fais le choix de la mise en place d'un plan d'action qualité et de la spécialisation de deux unités en accueil « autisme et TED ».

Dans ce contexte, la problématique est : **comment trouver des moyens d'équilibre entre l'offre de service sanitaire et sociale, afin de proposer une prise en charge globale et individualisée aux adultes atteints de handicap psychique ?**

2. LE PROJET : DE L'ELABORATION A LA MISE EN ŒUVRE

Cette partie de mon mémoire présente la démarche projet, de l'élaboration à sa mise en œuvre. Mon implication se situe à plusieurs niveaux de relation :

- Avec le comité de direction pour sa fonction de décision.
- Avec le comité de suivi, pour le cadrage du projet.
- Dans la conduite et l'animation de l'équipe projet, constituée de groupes de professionnels.

Et ce en adéquation avec ma fonction de cadre intermédiaire et dans la limite des délégations attribuées par la direction. J'expliciterais mes choix et ma position dans les différentes étapes, car la fonction de cadre intermédiaire me paraît prendre là tout son sens.

2.1. Situation de départ et mise en place

En 2013, dans le cadre du développement de l'offre de service, avec certainement l'objectif de rééquilibrer le budget déficitaire (hypothèse que j'élabore à partir des données recueillies), le médecin chef de service a évoqué, lors d'une réunion exceptionnelle, le souhait de créer 8 places d'accueil de jour supplémentaires. Etant alors impliquée dans la démarche d'évaluation interne, je lui ai fait part de la nécessité de réduire les écarts qui apparaissaient (qui concernaient le manque de représentation des usagers, et le retard dans la mise en place des outils de la loi 2002), avant d'augmenter l'accueil. Il avait pris en compte ma remarque et m'avait demandé de lui présenter le cadre réglementaire et d'étudier les axes d'amélioration préconisés dans l'évaluation interne.

Dans un premier temps, j'ai fait un travail de recherche documentaire pour actualiser mes connaissances et saisir les enjeux des réformes. Lors d'une réunion de direction j'ai fourni ces informations (avec les textes réglementaires s'y rapportant). Ce premier bilan faisait état de la non-conformité par rapport aux lois de réforme :

- Absence de livret d'accueil
- Absence de contrat de séjour
- Charte des droits des résidents non affichée
- Règlement de fonctionnement non connu
- Projet d'établissement à réviser

De plus, j'ai fait état d'une défaillance des outils de communication qui ne favorisaient pas la coordination pluridisciplinaire. La nécessité d'agir était renforcée par l'obligation d'une évaluation externe à un an.

J'ai pu alors présenter des suggestions :

- Mise en conformité
- Réorganisation des réunions et des canaux de communication
- Implication de l'ensemble du personnel dans l'élaboration du projet d'établissement, afin de développer le partenariat et la reconnaissance de d'une mission commune

La direction de l'hôpital s'est saisie de ce bilan et s'est chargée de la rédaction des documents obligatoires. L'encadrement de la MAS avait en charge la rédaction du projet d'établissement et la préparation de l'évaluation externe.

En 2014, suite à l'évaluation externe, et saisissant l'opportunité de mon entrée en formation CAFERUIS, la direction m'a donné pour mission de proposer un projet d'amélioration et de développement du service afin de renforcer son projet d'accueil temporaire (de 8 places supplémentaires).

Afin d'étudier différentes pistes d'amélioration, j'ai proposé une rencontre entre l'équipe de direction élargie de la MAS « Montfavet » à Avignon, qui a le même statut public et une histoire similaire, et l'équipe d'encadrement élargie de la MAS (cadre, référents d'unité, psychologue et ergothérapeute). Les conclusions de cet échange ont confirmé l'intérêt d'équilibrer l'offre sanitaire et sociale.

J'ai ensuite rassemblé les documents de travail existants dans l'établissement⁴⁵.

J'ai souhaité enrichir ce premier travail d'investigation par des entretiens avec les différents acteurs : usagers / représentants / familles / professionnels/ cadre et chef de service de la MAS. J'ai fait le même travail d'investigation dans la MAS associative où j'ai fait mon stage, afin de confronter les pratiques et les outils. Dans le but de mieux connaître mon sujet, j'ai aussi participé à des formations : autisme, psychose et des « analyses des pratiques professionnelles » à destination des cadres dirigeants de l'association « la Chrysalide ».

Afin de finaliser cette démarche, j'ai réalisé une enquête auprès de de 25 membres du personnel de l'équipe pluridisciplinaire de la MAS sous la forme d'un questionnaire anonyme de deux pages. Enfin, avec les prémices de mon projet, j'ai rencontré la direction des services financiers de l'hôpital et du service des Ressources Humaines.

⁴⁵ *Pré-projet d'établissement. Projets personnalisés. Conclusion de l'évaluation interne et pré-rapport de l'évaluation externe. Le bilan financier et le budget prévisionnel. Des comptes rendus de CVS et de réunions.*

2.2. Présentation de la démarche.

2.2.1. Mobilisation de l'équipe de direction

De par ma vocation éducative et ma culture du travail social, je suis logiquement dans une démarche participative. La communication, le respect et l'échange sont mes valeurs professionnelles et personnelles.

Afin de les concrétiser, ma démarche est de connaître le niveau d'adhésion des différents partenaires. J'ai transmis en amont, à chaque direction, mon expertise technique présentant le diagnostic actuel et le pré-projet.

Une réunion de présentation a eu lieu avec le chef de service de la MAS, le directeur adjoint des ressources humaines, le directeur adjoint du service financier et l'ingénieur qualité.

Nous avons arrêté ensemble la démarche du projet, validée par le médecin chef de service. Il a été convenu que je piloterai ce projet et que j'en assurerai le suivi. Je rendrai compte régulièrement par e-mail de ces avancées aux différentes directions. Chacun se montrait disponible pour collaborer vers une optimisation des moyens et une amélioration du service rendu.

2.2.1.1. Ressources humaines et financières

Pour des raisons différentes, l'ingénieur qualité (qui travaille sur le document unique de prévention des risques et suit les évaluations internes et externes), les ressources humaines (qui doivent gérer l'absentéisme et mettre en place le GPEC⁴⁶) et le service des finances (qui souhaite réduire les dépenses par une efficacité de l'activité) se sont inscrits dans cette démarche.

2.2.1.2. Des contraintes m'ont été données

- Augmenter la qualité de la prise en charge à moyens constants
- Proposer des pistes opérationnelles concourant à la réduction du déficit budgétaire
- Evaluer le service rendu afin de donner des arguments à l'ARS pour financer les 4 postes autofinancés.
- Faire ce projet en accord avec le projet de création de huit places d'accueil temporaires.

⁴⁶ *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.*

2.2.2. Mobilisation du personnel de la MAS

Avec le soutien du médecin chef de service, j'ai présenté mon projet à l'ensemble du personnel présent, lors d'une réunion fonctionnelle dédiée à cette information. J'ai expliqué brièvement le travail réalisé en les remerciant pour leur participation à l'enquête qui a permis une analyse que je leur ai présentée. Le projet qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des résidents a reçu un accueil favorable dans l'ensemble. Le point qui a fait débat est le partenariat avec les familles. J'ai pu ainsi mesurer que ce changement allait nécessiter un accompagnement dans le temps.

2.2.2.1. Le management : L'accompagnement au changement

Les équipes et l'encadrement subissent avec ce projet un changement qui améliore la structure en gardant sa forme existante (de réforme). Ces changements impactent directement sur le pouvoir de décision et le système de management⁴⁷. Sur ces points, je m'attends à rencontrer des « blocages ». Les changements qui vont être le mieux accueillis concernent le renforcement des valeurs communes et le développement des compétences. J'ai amorcé l'accompagnement à ce changement en faisant mon enquête auprès des salariés et en diffusant les résultats, ce qui permet de banaliser les thèmes abordés et de les impliquer. Pour l'équipe de direction, cette démarche a démarré il y a 2 ans (cf. II.1). A ce stade j'ai pu réaliser une grille « socio dynamique » (voir annexe 18) pour identifier le positionnement des acteurs et connaître mes partenaires et mes opposants. Je refais cette grille mensuellement afin de personnaliser la communication.

2.3. Mise en œuvre du projet

Piloter une démarche d'amélioration de prestation de service de qualité

Les évaluations internes et externes énoncent des pistes d'amélioration qui n'ont pas encore donné lieu à des actions, d'où la nécessité de mettre en place un plan d'action d'amélioration de la qualité. Conduire ce projet est également pour moi l'occasion de rendre attractive la fonction du cadre éducatif, pour la direction de l'hôpital et de la MAS. Dans cette posture je démontrerai l'intérêt pour la MAS d'avoir un acteur indispensable à la bonne mise en conformité de l'établissement. J'associe les équipes pour définir une mission et une culture commune, qui donne du sens aux outils de gestion et d'évaluation.

⁴⁷ *Ensemble des outils, méthodes et démarches nécessaires au fonctionnement de l'organisation.*

En concordance avec mon projet je retiens les points suivants :

- **Amélioration des prestations individuelles et globales.**
- **Réalisation d'un projet d'établissement vivant.**
- **Amélioration de la représentation des usagers et de la participation des représentants légaux et des familles**

C'est avec l'ensemble de ces éléments que j'ai conçu ce projet, qui a pour finalité **d'améliorer la qualité d'une prise en charge individuelle plus adaptée aux besoins des résidents.**

Il se décline en plusieurs objectifs généraux et opérationnels, qui donnent lieu à des actions déterminées dans le temps et évaluables.

2.4. Plan d'amélioration de la qualité

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : RENFORCER L'IDENTITE MEDICO-SOCIALE DE LA MAS

○ **Objectif opérationnel 1.1 : Efficience des Ressources Humaines**

Afin de cibler les emplois nécessaires à la bonne réalisation des missions de la MAS, j'ai étudié la répartition actuelle. J'ai fait un comparatif avec la répartition professionnelle nationale que j'ai croisé avec les besoins issus de mon plan d'amélioration de la qualité.

Pour améliorer la prise en charge individuelle des usagers, les objectifs sont :

Permettre l'embauche d'un cadre éducatif indispensable à la MAS (un directeur pourrait aussi répondre à ce besoin mais son embauche engagera un coût que ne peut supporter le budget 2016. Il faudra l'envisager à plus long terme, ou penser à une mutualisation avec les autres services médico-sociaux de l'hôpital et éventuellement la création d'un pôle « médico-social).

Réduire le déficit causé par l'autofinancement de 4 postes d'aides-soignants au travers des actions énoncées ci-dessous.

Stabiliser la situation afin d'avoir une marge suffisante pour renforcer les équipes en direction des préconisations qui seront faite lors des évaluations à 3 et 5 ans.

- **Action 1.1.1 Redéfinir les emplois nécessaires avec la dotation actuelle**

Responsables : Direction des finances – Cadres de la MAS

- Action 1.1.2 Embauche d'un cadre éducatif

Responsables : Direction des finances - DRH

Elaborer une fiche de poste ciblée sur les besoins de la MAS.

Notifier la maîtrise des outils des réformes, ainsi que la gestion de projet dans le référentiel des compétences requises.

- Action 1.1.3 Identifier le rôle de référent d'unité dans une fiche de fonction

Responsables : Cadres MAS

Acteurs Impliqués : Educateurs - Moniteur-éducateur

Acter et faire reconnaître leur rôle de coordinateur.

- Action 1.1.4 Renforcement de la professionnalisation des salariés

Responsables : Cadres - Médecin chef de service - Service formation

Acteurs Impliqués : Ensemble du personnel.

L'enquête révélant que les connaissances sur le handicap sont principalement acquises sur le terrain, je préconise des actions de formation internes en utilisant les connaissances spécifiques des experts de l'équipe. L'espace de réflexion permet également de croiser les expériences.

Travail de réflexion sur les missions, la notion d'accompagnement et l'éthique.

Actions de formation sur la prise en charge des handicaps psychiques.

<u>Indicateurs d'évaluation et de résultat</u>	Outils : Fiche action 1.1. Annexe 13
1.1.1. Redéploiement des ETP - 1.1.2. embauche d'un cadre éducatif.	
1.1.4. Synthèse des travaux dans le projet d'établissement. Nombre de salariés et heures de formation dispensées par an, visibles dans le rapport d'activité. Constitution d'un livret pour les nouveaux salariés et les stagiaires indiquant les attendus de l'établissement (règlement, position éthique...).	

- **Objectif opérationnel 1.2: Assurer un taux d'encadrement suffisant en journée**

- Action 1.2.1 Changer les plannings d'internat

Responsables : DRH et Cadres de la MAS (de santé et éducatif)

Mise en place d'un roulement sur un cycle de 6 semaines comprenant des journées de 10 ou 12 heures en week-end. Ce planning peut se diviser par unité avec un roulement de 3 binômes fixes.

- Action 1.2.2 Nommer l'unité de référence des AS et AMP

Responsables : Cadres

Sur la base du volontariat constituer 3 binômes fixes par unité.

Les 4 AS n'ayant pas d'unité de référence seront sur des postes roulants pour assurer les remplacements.

<u>Indicateurs d'évaluation et de résultat</u>	<u>Outils</u> : Fiche Action 1.2. Annexe 12
Présence permanente de 2 personnels par unité de 7h30 à 20h30.	

- **Objectif opérationnel 1.3 : Donner du sens aux outils**

- Action 1.3.1 Travailler le projet d'établissement en équipe

Responsables : Cadre éducatif - Ingénieur qualité

Acteurs Impliqués : Ensemble du personnel

Impliquer les équipes permet de lutter contre les risques psycho-sociaux, comme le recommande L'ASNESM: « Afin de prévenir l'épuisement professionnel, il est recommandé de prêter une attention accrue au soutien des équipes. A cet égard, l'implication de l'ensemble des professionnels dans l'élaboration et l'évolution du projet de service ou d'établissement ou la participation à des recherches-actions sont parmi les moyens à utiliser⁴⁸. »

Mise en place de la démarche par un chargé de mission « gestion de projet médico-social ». Constitution de groupe de travail par thèmes.

- Action 1.3.2 Diffusion des outils de la Loi 2002

Responsables : Cadres

Présentation officielle et mise en valeur de leurs intérêts.

⁴⁸ *Recommandations des bonnes pratiques « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » Juin-Juillet 2009.*

Indicateurs d'évaluation et de résultat**Outils** : Fiche Action 1.3. Annexe 15

Mise en service du projet d'établissement. Signature des contrats de séjour et remise du livret d'accueil à tous les représentants. Vérification des connaissances des outils de l'ensemble du personnel et du CVS par le biais d'une enquête anonyme annuelle. Evaluation interne.

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET GLOBALE**○ Objectif opérationnel 2.1. Améliorer la communication**

Responsables : Secrétaire – Cadres - Référénts d'unité

● Action 2.1.1. Développer la communication horizontale

Rédiger les comptes rendus de chaque réunion.

Diffuser aux personnes concernées.

Archiver dans un classeur de direction

● Action 2.1.2 Développer la communication verticale (descendante mais aussi ascendante) et transversale

Mettre en place une réunion éducative pour que la cadre transmette et reçoive les informations des référents pluridisciplinaires. Echanges autour des projets et de la vie de la MAS.

Le référent d'unité transmet les informations au reste du personnel en réunion d'unité.

● Action 2.1.3 Mettre un panneau d'affichage dans l'entrée**● Action 2.1.4 Mettre en place un protocole de transmissions d'informations**

Responsables : Cadre éducatif. Médecin chef de service

Le pôle médical établit des protocoles d'échange d'informations en direction des familles et représentants légaux. En direction des autres établissements et professionnels de santé.

Le pôle éducatif et paramédical établit des protocoles d'échange d'informations en direction des familles et représentants légaux, concernant leur protégé et la vie de l'établissement.

Indicateurs d'évaluation et de résultat**Outils** : Fiche Action 2.1. Annexe 14

Distribution des comptes rendus. Courriers adressés aux personnels, aux familles/représentants. Rédaction et diffusion des procédures. Enquête de satisfaction annuelle. Evaluation interne.

○ **Objectif opérationnel 2.2 : Proposer des activités individualisées**

Afin que chaque discipline s'implique dans le bilan du résident et les actions qu'il propose.

Responsable : Cadre éducatif.

Acteurs Concernés : Psychologue. Assistante sociale. Ergothérapeute. Educateur. IDE.AS/AMP référents.

• **Action 2.2.1 Reprendre la trame des projets personnalisés**

En équipe pluridisciplinaire, définir une mise en forme permettant à chaque discipline de faire apparaître sa prise en charge.

• **Action 2.2.2 Répertorier les besoins des résidents**

Chaque référent pluridisciplinaire fait le bilan des actions de l'année en amont de la réunion de synthèse.

Le bilan et le projet de chacun est transmis et centralisé à la cadre éducative qui en est garante.

Lors de la réunion de synthèse les actions et prise en charge spécifiques et individuelles dans tous les domaines sont listées dans le projet individuel.

Le projet est présenté à la famille et au représentant à l'issue de la réunion de synthèse.

Après échange, le projet est validé, rédigé et envoyé pour signature.

• **Action 2.2.3 Mise en place d'un planning individuel**

Faire un planning où apparaît la prise en charge journalière des 10 résidents et ses rdv.

Actualiser et afficher chaque semaine pour chaque unité.

Indicateurs d'évaluation et de résultat**Outils** : Fiche Action 2.2. Annexe 16

Trame du nouveau projet personnalisé mis en service. Respect du calendrier des réunions et rédaction faisant apparaître la prise en charge éducative, rééducative, et médicale. Nombre de projets personnalisés évalués par an. Mise en place et respect du planning individuel actualisé chaque semaine.

○ **Objectif opérationnel 2.3. Améliorer la représentation des usagers**

Responsables : Cadre éducatif - Médecin chef de service

- Action 2.3.1 Associer les représentants et familles à la vie de leur protégé
- Action 2.3.2 Faire un calendrier de rencontre à l'issue des réunions de synthèse pour discuter du projet personnalisé et le co-signer
- Action 2.3.3 Créer un espace d'accueil ouvert au CVS

Mise à disposition d'une salle pour recevoir les familles et tuteurs.

Permanence assurée par le CVS dans cette salle, 1h par semaine et sur rdv.

Indicateurs d'évaluation et de résultat

Outils : Mise à disposition des locaux

Nombre de rencontres avec les familles et représentants à l'année. Ouverture d'une salle de rencontre. Nombre de projets personnalisés signés.

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : SPECIALISER 2 UNITES EN ACCUEIL AUTISME ET TED.

Responsable : Directeur de l'hôpital. Directeur des services financiers.

○ **Objectif opérationnel 3.1. Mobiliser l'équipe, les familles et représentants autour du projet**

- Action 3.1.1 Constitution du groupe projet avec des représentants du personnel, des familles, des tuteurs et de la direction.
- Action 3.1.2 Rédaction du projet avec sa finalité, ses objectifs, les moyens mis en place.

○ **Objectif opérationnel 3.2. Présentation du projet à l'ARS**

- Action 3.2.1 Associer les besoins planifiés dans les programmes départementaux et nos moyens.

- Action 3.2.2 Présenter le projet et son coût qui comprend l'aide au financement de matériels et mobiliers spécifiques et aux deux postes d'aides-soignants autofinancés au vu des besoins de ce public.
- Action 3.2.2 Demander qu'apparaisse la spécialisation dans l'agrément.

<u>Indicateurs d'évaluation et de résultat</u>	<u>Outils</u> : aménagement des unités 3 et 4
Renouvellement de l'agrément avec spécialité des 20 places. Inauguration des deux unités regroupant les adultes autistes et TED, avec un projet d'accueil spécifique.	
Evaluation externe.	

2.5. Calendrier du projet

Afin de planifier le projet et de le rendre visible, j'ai utilisé un logiciel de gestion de projet sous la forme d'un **diagramme de GANTT** mis en annexe 17. Ce logiciel me permet de suivre l'avancée des actions, et de partager leurs évolutions avec les partenaires impliqués.

L'ensemble des actions se déroulent sur une durée de 16 mois.

Les actions prioritaires ont démarré. L'analyse de la redistribution des emplois nécessaires permet l'embauche d'un cadre éducatif avec la dotation actuelle. Comme ce cadre sera un acteur majeur du projet, il faudrait qu'il soit opérationnel mi-Aout. C'est pourquoi j'ai impulsé cette démarche en Mai 2015, avec la direction des finances et de la DRH.

En juin, lors du CVS, le projet et ses modalités seront présentées pour amorcer les actions visant l'amélioration de la communication et du partenariat avec les familles et représentants légaux.

Les actions visant le développement de la communication horizontale seront opérantes dès Juillet (comptes rendus des réunions distribués et archivés).

En septembre, les actions visant le développement de la communication seront finalisées par la mise en place des réunions éducatives et la nouvelle dynamique des réunions d'unité portées par les référents qui seront légitimés dans cette fonction. Le travail autour de la refonte des projets personnalisés montrera des résultats. Les familles et les représentants seront invités à l'issu des réunions de synthèse programmées.

En fin d'année, l'inauguration de la salle des familles lors de la fête de Noël marquera la place accordée aux représentants des usagers.

Le changement des plannings d'internat qui permettra d'attribuer trois binômes fixes à chaque unité sera effectif au premier Janvier 2016. Ce délai permet de laisser le temps d'accompagner au changement et facilite la gestion des payes et du calcul des congés (dans la fonction publique, les CA sont calculés sur une année civile).

Les actions à long terme sont : Le renforcement de la professionnalisation des salariés et la révision du projet d'établissement. Elles sont complémentaires l'une à l'autre et se déroulent donc en parallèle sur 15 mois. Le calendrier prévoit des temps de formation interne par équipe et par groupe de travail, des temps de rédaction, d'évaluation et de validation. Cette action doit être étalée dans le temps pour permettre à chaque acteur de s'approprier la démarche et les changements qui en découlent.

L'aboutissement de ce plan d'amélioration de la qualité, débouchera par la mise en place du projet de spécialisation des deux unités en autisme et TED. Ce projet nécessitera un travail d'organisation et de programmation dont j'ai posé les prémices ici. Pour le démarrer, il faut avoir franchi les étapes précédentes, qui sont le socle de construction du développement de la structure.

2.6. Coût du projet

Matériels : Je profite des moyens de l'hôpital et de la MAS qui mettent à ma disposition les locaux (salle de réunion avec tableau et rétroprojecteur), le service de reproduction pour la diffusion des documents.

- L'achat du panneau d'affichage d'un montant de 180€ sera imputé au compte d'exploitation 2016.
- La salle d'accueil famille et bureau CVS ne nécessite qu'un rafraichissement des peintures prévu en 2016. Le matériel nécessaire (bureau, armoire, fauteuil) est récupéré dans un pavillon de l'hôpital qui a fermé. Les membres du CVS ont proposé de décorer le lieu à leur frais.

Humains : Le personnel sera sur le site pour les temps de formation et les groupes de travail. Les heures supplémentaires effectuées par le personnel en internat (Aide-soignant, AMP et ASHQ) ne dépasseront pas 2h (elles précèdent ou suivent la prise de fonction. L'amplitude horaire ne dépassera donc pas 10h) elles seront récupérées dans la semaine. Elles n'engagent donc pas de frais supplémentaires.

- Le chargé de projet qui viendra lancer la démarche de construction du projet d'établissement, sera financé sur le budget formation 2015, à la place des analyses de pratiques budgétisées qui n'ont pas eu lieu.
- L'embauche du cadre socio-éducatif sera intégrée à la redistribution des postes. La réduction de l'ETP médical compensera cette charge.
- Les formations seront assurées par le médecin psychiatre de la MAS et le psychiatre du SESSAD de l'hôpital. Je serai en charge de la partie réglementaire et la présentation des outils (deux interventions de 2h). L'ingénieur qualité de l'hôpital s'occupe de la présentation des évaluations (intervention de 2h).
- Seul le soutien d'un accompagnateur formateur dans les démarches éthiques nécessitera une négociation. Le coût pourra être imputé au budget de formation 2016.

3. L'ÉVALUATION

« L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et introduite dans ce code par la loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'usager à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3o du CASF). L'évaluation doit également permettre d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation. C'est un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité⁴⁹ ».

Venue des pays anglo-saxon, l'évaluation est devenue un enjeu majeur qui s'est étendu à tous les champs des politiques publiques. Dans le secteur de l'action sociale, l'évaluation doit intégrer la question du sens et des valeurs. Comme nous travaillons au service de personnes en grande difficulté, elle ne peut se limiter à une évaluation quantitative. Son intérêt réside principalement dans le questionnement de la cohérence entre le projet, les dispositifs mis en œuvre et la qualité de la prestation.

⁴⁹ *Circulaire DGCS/SD5C no 2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*

3.1. Organisation du dispositif d'évaluation

3.1.1. Composition et rôle des organes d'évaluation et de suivi

La gouvernance de l'évaluation peut se décliner comme suit :

Le groupe de pilotage : Composé des cadres et du référent projet, il valide le cahier des charges de l'évaluation et les indicateurs de suivi (cf. plan d'action). Il porte les résultats à la connaissance des instances et des partenaires externes et définit les réorientations éventuelles

Instance de concertation : Composée de membres du personnel et de partenaires externes : représentants du CVS, tuteurs, familles, intervenants extérieurs (démarche participative). Elle donne un avis sur les orientations de l'évaluation (appropriation de la démarche et du référentiel d'évaluation), sur les résultats et sur les recommandations.

Le pilotage opérationnel de l'évaluation et du suivi est assuré par le référent projet et le cadre socio-éducatif. Ils animent le groupe de suivi et mettent en œuvre les décisions des instances de pilotage.

Le groupe de suivi est animé par le référent projet. Il est composé des référents des thèmes transversaux. Ces référents travaillent à l'élaboration des indicateurs en tant qu'experts sur leur thématique et à la cohérence générale du tableau de bord. Ils sont responsables de la remontée des données de suivi pour l'alimentation du tableau de bord, et donnent un avis sur les outils mis en place et sur le cahier des charges de l'évaluation.

Le plan d'action qualité est une programmation d'actions définies dans le temps, qui visent une amélioration. Pour chaque action j'ai défini un ordre de priorité et les modalités de sa mise en œuvre. Les critères d'évaluation ont été arrêtés pour rendre compte de la pertinence du projet, **ils sont inscrits à la fin de chaque objectif (voir le plan d'action)**. Ces évaluations contribuent au mouvement dynamique du plan d'action qu'elles permettent de réajuster. Le projet étant en cours de réalisation, je ne peux à ce stade en fournir le résultat. Ma seule certitude est qu'elles sont interactives entre elles, mais aussi avec toutes les autres. Ainsi, ce sont les évaluations internes et externes qui ont contribué au démarrage de ce projet. Ces résultats seront visibles à plusieurs niveaux. Le rapport d'activité témoignera de l'évolution de la démarche et des orientations à venir. Ces actions auront aussi un effet sur l'évaluation des projets personnalisés des résidents qui vont à leur

tour impacter l'évaluation du projet d'établissement. C'est un mouvement perpétuel qui s'est engagé avec ce projet et qui a pour finalité d'améliorer la prise en charge des résidents. En ce sens, la démarche est positive car, même si je n'en connais pas le résultat, elle a créé une dynamique de mouvement dans un environnement qui en manquait.

CONCLUSION

Avant de présenter le projet d'augmentation des places (par 8 places d'accueil temporaire), il faut attendre que le résultat de ce projet soit opérant. Il me paraît essentiel de construire des fondations solides et stables avant d'envisager le développement de la structure.

Les objectifs prioritaires que j'ai fixé répondent à ma mission dans le respect des contraintes qui m'ont été données. J'ai été confronté aux réticences qu'engendrent le changement et j'ai dû m'adapter à des procédures et une organisation qui retarde parfois les démarches entreprises. J'ai gardé ma motivation dans mon espoir de contribuer à un changement positif servant le public qui nous est confié.

Compte tenu de la double mission (sanitaire et éducative) de la Maison d'Accueil Spécialisée, celle-ci doit être encadrée conjointement par un cadre de santé et un cadre socio-éducatif. Acteur stratégique et opérationnel central dans les ESMS, le cadre a pour mission de garantir le respect des droits des usagers. La finalité de ce projet ne peut aboutir qu'à la condition qu'il continue à être piloté par un professionnel maîtrisant tous ces enjeux. Pour se faire, la direction de l'hôpital doit se montrer partenaire et accepter un fonctionnement et une organisation spécifique à la MAS. Les établissements médicaux-sociaux n'ont pas les mêmes missions que les pavillons de l'hôpital. Les besoins des résidents ne sont pas les mêmes que ceux des malades accueillis dans les autres services. Notre mission première étant d'être au service des usagers, nous devons adapter notre organisation à leurs besoins, et reconnaître notre spécificité.

Pour réduire les écarts, j'ai souhaité développer la cohésion entre les différents partenaires en les mobilisant autour d'un projet commun visant l'amélioration de la prise en charge. L'équilibre entre sanitaire et social passe par la reconnaissance de l'identité médico-sociale de la MAS et l'implication de toutes les disciplines dans la prise en charge. Elle doit être lisible dans le projet personnalisé du résident et dans le projet d'établissement. La rencontre avec le représentant et/ ou la famille permettra de les soutenir dans leur rôle de partenaires.

La spécialisation de deux unités de vie répond aux besoins territoriaux identifiés par l'ARS et le Conseil Départemental. Comme le formule l'ANESM, « *Il est recommandé que les structures généralistes recevant des personnes avec autisme ou autres TED intègrent la spécificité de leur accueil et leur accompagnement de ces derniers dans leur projet d'établissement et de service, au même titre que les structures spécifiques.* »⁵⁰

En développant un plan d'action qualité qui s'appuie sur la connaissance du secteur psychiatrique en matière de « handicap psychique » et sur la reconnaissance de son identité médico-sociale, la MAS hospitalière pourra se positionner comme un acteur territorial dans la prise en charge de ce public, et ainsi faire mieux reconnaître ses besoins auprès des financeurs. C'est aussi l'occasion de redynamiser une équipe qui a envie de mieux s'investir auprès des résidents.

En développant la professionnalisation, le partage d'expérience pourra être valorisé et donné lieu au développement de partenariats. J'envisage ce projet comme la création d'un espace d'accueil et de formation collaborative qui va permettre aux familles de partager des temps sur les unités et de confronter leurs expériences avec celles des professionnels.

Cette expérience formatrice m'a conforté dans mon choix professionnel et me motive à poursuivre dans cette voie.

⁵⁰ *Recommandations des bonnes pratiques « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » Juin-Juillet 2009.*

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BARREYRE J-Y., MAKDESSI Y., (2007), *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*, Edition CEDIAS, Paris, 86 p.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, (1977), *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, Lonrai, 493 p.
- DENNERY Marc, (2000), *Piloter un projet de formation*, Edition ECR, Issy-les-Moulineaux, 212 p.
- GUELLIL A., GUITTON-PHILIPPE S., (2009), *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*, Edition ESF, Issy-les-Moulineaux, 203p
- MINTZBERG Henry, (1998), *Structure et dynamique des organisations*, Edition EYROLLES, Paris, 440 p.

Revue

- GAUTHIER P., *La gouvernance du secteur social et médico-social*, ASH Cahier n°2675, 2010, 80 p.

Rapports

- Dr DHENAIN Muriel, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des lieux hors mécanismes physiologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Rapport de l'HAS, Janvier 2010, 186 p.
- JEANNET A., AUBURTIN A., VACHEY L., VARNIER F., *Etablissement et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*, rapport 2012, Inspection générale des finances N° 2012-M-021-01 et Inspection générale des affaires sociales N° RM-2012, 126 p.
- PIEL E., ROELANDT J-L., *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission, Juillet 2001, 83 p.
- UNAFAM, *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*, infos@unafam.org, Edition revue en avril 2006, consulté en Mars 2015, 20 pages

Dossiers

- BOTTA J-M., BAPTISTE R., VOLKMAR C., CHAVE L., *Handicap-psychique De la reconnaissance aux réponses de terrain*, CREA Rhône-Alpes, Juin 2007, Dossier 139, 79 p.
- MAKDESSI Y., MORDIER B., *Les établissements et services pour adultes handicapés*, DRESS, Document de travail, Série statistiques n° 180, Mai 2013, 359 p.
- MAKDESSI Y., *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*. Documents de travail, Série études et recherches n° 123, 2012, 30 p.

Recommandations des bonnes pratiques professionnelles :

- « La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre » ANESM, Juin 2008, 51 p.
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ANESM, Décembre 2008, 52 p.
- « Le questionnement éthique dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux » ANESM, Juin 2010, 87 p.
- « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté ». ANESM, avril 2013, 94 p.
- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement ». ANESM. Juin-Juillet 2009, 64 p.
- « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », ANESM, Décembre 2009, 68 p.
- « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », ANESM, Décembre 2008, 49 p.

Site internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.autismes.fr/fr/textes-rapports.html>

<http://www.unafam.org>

<http://www.ars.paca.sante.fr>

<http://www.autismes.fr>

<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/>

http://ari-accompagnement.fr/ressources_documentaires/doc_84_343145246.pdf

« Je soussignée, Corine Léonard, certifie que le contenu de ce mémoire est le résultat de mon travail personnel.

Je certifie également que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportées, citées, mentionnées dans la partie références.

Je certifie enfin que ce mémoire, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité ».

ANNEXES

1. Résumé de la Loi 2002-2
2. Une décennie de reformes
3. Extraits de textes spécifiques à l'autisme et aux troubles envahissants du développement
4. Orientations du schéma départemental, ciblées sur le projet
5. Orientations du PRS et du SROMS en adéquation avec le projet
6. Présentation de la Gouvernance de la MAS, commune à l'hôpital
7. Les actes de soins dans l'accompagnement au quotidien
8. Questionnaire d'enquête vierge
9. Résultats graphique de l'enquête
10. Les différents services de l'hôpital mutualisés avec la MAS
11. Diagnostic Forces/Faiblesses, Opportunité/Menaces.
12. Fiche Action 1.2 : Proposition du nouveau planning pour 24 ETP
13. Fiche Action 1.1 : Redéfinir les emplois nécessaires avec la dotation actuelle
14. Fiche action 2.1 : Développer la communication
15. Fiche Action 1.3.1 : Proposition de trame de travail du projet d'établissement
16. Fiche Action 2.2 Planning d'activité individuel (proposition)
17. Diagramme de GANTT
18. Grille sociodynamique des acteurs

Annexe1 : Résumé de La loi de 2002-2

Cinq orientations

- 1) Affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires
- 2) Élargir les missions de l'action sociale et diversifier la nomenclature des établissements, services, interventions
- 3) Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif
- 4) Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes
- 5) Rénover le statut des établissements publics

Sept droits fondamentaux⁵¹ :

- 1-Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.
- 2-le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes
- 3-Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.
- 4-La confidentialité des informations la concernant.
- 5-L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge.
- 6-Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie,
- 7-La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Sept Outils

Le livret d'accueil⁵²

Afin de garantir l'exercice effectif des droits et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un ESMS, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil. C'est un livret dont la forme doit s'adapter aux personnes en relation avec l'établissement. Il comporte obligatoirement la charte des droits et des libertés de la personne accueillie (cf. point 2) et le règlement intérieur de fonctionnement de l'établissement (cf. point 5). C'est le premier contact avec l'institution, il est révélateur de l'accueil fait au résident et à sa famille.

La charte des droits et libertés⁵³

Elle doit être annexée au livret d'accueil fourni aux résidents lors de leur arrivée. Elle doit également être affichée dans l'établissement.

Le règlement de fonctionnement⁵⁴

Il doit être lui aussi annexé au livret d'accueil fourni aux résidents lors de leur arrivée. Il aborde la dimension collective de l'établissement et définit les droits et devoirs des personnes accueillies. Ce document est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel et des instances participatives des usagers et de leurs familles (CVS). Il est modifié, au plus tard, tous les cinq ans.

⁵¹ L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles

⁵² Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF

⁵³ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF.

⁵⁴ Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF

Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge⁵⁵

Élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leurs coûts prévisionnels. Il doit être signé avec l'utilisateur ou son représentant légal pour tout séjour supérieur à deux mois. En cas de refus un document individuel de prise en charge est établi. Ces documents sont réalisés à l'admission et révisés tous les ans. Il contractualise la relation entre l'utilisateur, sa famille, son représentant et l'établissement.

Un conciliateur ou un médiateur⁵⁶

Il intervient en cas de conflit entre l'utilisateur, son entourage, l'établissement. Le Préfet et le Président du Conseil général fixent la liste des conciliateurs qualifiés

Le conseil de la vie sociale (CVS)⁵⁷

Institué afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il est l'héritier du conseil d'établissement. Le rôle de cette instance est d'informer les résidents de tout ce qui a une incidence sur les conditions de vie, et d'être le moyen pour eux de participer davantage, de s'exprimer, de communiquer, d'agir ensemble, de proposer les mesures à prendre, d'exprimer les doléances et suggestions des usagers, de débattre sur les projets. Lorsque le CVS n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

Le projet d'établissement

L'article L.311-8 du CASF précise : Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...*). Il comprend la description des services, l'organisation, le fonctionnement, les coordinations, les coopérations et l'évaluation. Avec cette loi, le projet d'établissement devient une garantie de droit pour la personne accueillie. Il est établi pour cinq ans, après avis du Conseil de la Vie Sociale.

L'organisation est au service de l'intérêt de l'utilisateur et se fonde sur trois points :

- Références théoriques et valeurs qui sous-tendent l'action.
- Cadre légal et réglementaire définissant la mission de l'établissement.
- Moyens engagés et disponibles.

Deux évaluations

La loi 2002-2 institue également une obligation de procéder à une évaluation régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées (article 22 de la loi 2002-2).

▶ Evaluation interne : tous les 5 ans ;

▶ Evaluation externe : dans les 7 sept suivant l'autorisation ou son renouvellement, et au moins 2 ans avant la date de celui-ci.

⁵⁵ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF

⁵⁶ Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L.311-5 du CASF

⁵⁷ Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF

Annexe 2 : Une décennie de réformes

Petite rétrospective des principales lois votées dans les secteurs sanitaire, social et médico-social depuis une dizaine d'année.

Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi Aubry)

Loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU)

Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Krouchner).

- **Ordonnance 2003-850** du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissement ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (ordonnance Mattei-programme hôpital 2007).

Loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (créant notamment la CNSA).

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées.

- **Ordonnance 2005-406** du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé (suite du programme hôpital 2007).

Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ».

Annexe 3 : Extraits de textes spécifiques à l'autisme et aux troubles envahissants du développement

Textes relatifs au champ du handicap, de la pratique en santé mentale et de la scolarisation.

Lois, circulaires, décrets	Plans autisme
<p>Circulaire interministérielle N°DGS/DGCS/DGOS/CNSA/2011 relative à la diffusion régionale du corpus commun de connaissances sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) par la mise en œuvre de la formation de formateurs prévue à la mesure 5 du plan autisme 2008-2010</p> <p>Circulaire interministérielle n°DGCS/DGOS/DGS/CNSA 2010/292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010</p> <p>Résumé : Le plan autisme 2008-2010 prévoit des actions dont la mise en œuvre est à la fois nationale et régionale. Il importe d'attirer l'attention des acteurs régionaux, institutionnels et professionnels du champ sanitaire et médico-social sur leur rôle dans l'animation locale du plan et l'organisation territoriale de l'offre de service pour le repérage, le diagnostic, le soin et l'accompagnement.</p> <p>Circulaire n°DGAS/3C/2010/05 du 5 janvier 2010 relative à la mise en œuvre de la mesure 29 du plan autisme 2008-2010 « Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement »</p> <p>Circulaire DGAS, DGS, DHOS, 3C, 2005-124 du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)</p> <p>LOI no 96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme</p> <p>Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique, éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique</p>	<p>Plan autisme 2010-2013</p> <p>5 grands axes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Diagnostiquer et intervenir précocement · Accompagner tout au long de la vie. · Soutenir les familles · Poursuivre les efforts de recherche · Former l'ensemble des acteurs de l'autisme <p>Plan autisme 2008-2010 - "30 mesures pour mieux connaître, former, accueillir, accompagner..."</p> <p>Parmi les 30 présentées, ce plan comporte 5 mesures phares :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un corpus de connaissances et développer la recherche. - Actualiser les contenus de la formation des professionnels, qu'ils soient des champs sanitaires, médico-sociaux ou éducatifs - Diversifier les méthodes de prise en charge innovantes - Mettre en place un dispositif d'annonce du diagnostic qui permet l'orientation et l'accompagnement des familles ; Renforcer l'offre d'accueil. <p>Plan autisme 2005-2006 - "Un nouvel élan pour l'autisme"</p> <p>"...Face à l'autisme, nous voulons, avec Marie-Anne Montchamp, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, accélérer la montée en puissance des mesures de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes d'autisme. Le volet médical de ces mesures prévoit la mise en réseau de l'ensemble des acteurs afin d'assurer une meilleure prise en charge des enfants et adultes autistes..."</p> <p>Le premier niveau de prise en charge doit être départemental, au plus près, au plus proche des familles...</p>

Annexe 4 Orientations du schéma départemental ciblées sur le projet

ORIENTATION 1 – Améliorer les dispositifs de prévention et de repérage

- Favoriser l'émergence de solutions permettant de répondre en amont aux difficultés que seraient susceptibles de rencontrer une personne en situation de handicap et son entourage.
- Améliorer la qualité de l'accueil qui peut être proposé dans les établissements et services.
 - ✓ Former le personnel en matière d'accueil et d'écoute active

ACTION 3 – Améliorer le dispositif de prévention en établissement

- Renforcer la qualité globale de l'accompagnement en établissement
 - ✓ Développer les actions de prévention à partir du projet d'animation
 - ✓ Développer les dispositifs de bénévolat (encadré) dans les établissements
 - ✓ Améliorer la qualité de vie au travail du personnel dans les ESSMS (risques psycho-sociaux, climats sociaux, TMS). valoriser le personnel

Orientations n°3

Les besoins de certains publics doivent être particulièrement évoqués : il s'agit des situations de handicap psychique lourd, des situations d'autisme et de trouble envahissants du développement. Au-delà de la création de places dédiées, le soutien à la formation des équipes dans les structures déjà existantes permettrait de diversifier les prises en charge sur l'ensemble du territoire.

ACTION 9 - Accompagner le développement et la professionnalisation des structures d'accueil et d'accompagnement autour des parcours de vie

- Etoffer l'offre d'accueil pour personnes en situation de handicap, en favorisant la création de dispositifs innovants et intermédiaires par la combinaison et la mutualisation d'autorisations différentes portées par une même structure ou gérées sur un même site
- Favoriser la diversification de l'offre d'accueil et d'accompagnement à destination des personnes en situation de handicap
- Développer des actions de professionnalisation à destination des établissements accueillant des personnes en situation de handicap
 - ✓ Développer les structures intermédiaires facilitant les transitions entre les établissements
 - Adosser des petites structures d'accueil et d'accompagnement à des structures plus importantes afin de favoriser les mutualisations et de donner plus de souplesse aux accompagnements

Annexe 5 Orientations du PRS et du SROMS en adéquation avec le projet

Programme Régional de Santé PACA

5.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers

Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers.

Réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité

Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux dans l'objectif d'améliorer leur capacité de représentation des usagers.

Promouvoir la participation des associations agréées et des associations de bénévoles dans les établissements sanitaires (conformément à la législation : article L1112-5 du CSP)

5.5 Favoriser le droit des usagers à des soins et une prise en charge médico-sociale de qualité

SROMS. Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale.

2.3 Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants

L'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, en établissement ou à leur domicile, requiert un personnel formé et stable afin de proposer une prise en charge de qualité. Leur exercice professionnel doit s'inscrire au sein d'un projet institutionnel qui propose notamment :

- ✓ un axe d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- ✓ un axe d'ouverture de l'établissement à son environnement. L'objectif étant de permettre les échanges interprofessionnels : échanges de pratiques, formations croisées, fluidité des personnels au sein du territoire.
- ✓ un axe de promotion de l'attractivité et de fidélisation des personnels. La question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels est récurrente dans un contexte de forte tension entre les exigences de qualité de service rendu à la population et les aspects démographiques et médico-économiques.

Les aidants des personnes doivent pouvoir bénéficier d'une formation afin d'appréhender les problématiques essentielles de la personne âgée ou en situation de handicap (ses difficultés, l'adaptation de son environnement) et de maintenir le lien aidant-aidé. Cet accompagnement doit comprendre un axe fort à destination des aidants (...) et de personnes autistes ou présentant des TED.

3.2 Les personnes en situation de handicap

3.2.2.1 Améliorer la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie.

Les liens entre l'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapés et les ressources de la psychiatrie sont tout à la fois indispensables et complexes à assurer dans une région marquée par un équipement insuffisant pour répondre à des besoins croissants et diversifiés. L'amélioration de ce lien revêt un caractère prioritaire pour assurer la continuité et la qualité des parcours de vie et de soins des personnes handicapées concernées par les troubles

psychiques. A cette fin, une série d'actions territorialement étayées seront conçues. Elles viseront notamment les objectifs suivants :

- ✓ garantir la complémentarité des interventions tout au long du parcours de vie en formalisant une charte d'engagement réciproque (relais / soutien) permettant des allers et retours entre les deux secteurs et le suivi ;
- ✓ clarifier le rôle et l'activité de pédopsychiatrie en établissement pour enfants handicapés ;
- ✓ formaliser les réseaux d'acteurs locaux et développer leurs missions en matière de modélisation d'outils partagés et de pratiques coordonnées
- ✓ formuler des projets territoriaux de prise en charge qui positionnent la ressource de psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale, et organisent les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social.

3.2.3.5 Améliorer et garantir une offre cohérente à destination des adultes lourdement handicapé

Diversifier et coordonner l'offre en établissement et services médico-sociaux

Afin de rendre possible le libre choix de vie des personnes lourdement handicapées, il importe de lever les freins d'accès aux soins et proposer des alternatives au tout domicile ou tout institution par une offre en ESMS diversifiée et coordonnée. Cette offre doit ainsi concilier des places :

- De MAS/FAM sur les espaces jugés prioritaires sous la forme de projets de plateforme,
- D'accueil de jour et d'hébergements temporaires adossés aux MAS et FAM,
- De SAMSAH plurivalents, de SSIAD.

Le développement de ces places sera organisé selon les modalités suivantes :

- La transformation de places d'établissement (requalification de places pour personnes âgées pour les SSIAD),
- La création de places nouvelles par extension (depuis les structures existantes),
- La réorganisation des zones d'intervention notamment pour les SAMSAH Il devra s'inscrire dans une démarche de mise en réseau des établissements médico-sociaux avec les services d'aide à domicile (SAMSAH, SSIAD).

3.2.4 Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques

3.2.4.1 Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés

Poursuivre le renforcement de l'accompagnement des personnes autistes et TED La mise en œuvre du plan autisme 2008-2010 s'est accompagné de la création de places en faveur des personnes autistes et TED en région PACA et d'un renforcement important du centre de ressources autisme lui permettant d'être en mesure d'assurer son rôle d'animation du réseau, de formation des professionnels, d'information et d'accueil des familles. Le schéma régional doit s'inscrire dans la poursuite de ces objectifs en déployant plusieurs actions complémentaires :

- La labellisation de sections dédiées au sein des IME, disposant d'un projet spécifique, afin de mieux mailler les territoires et d'apporter un accompagnement en proximité.
- **Le développement de l'accompagnement en MAS et en FAM, organisés en petite unités de vie, en étroite articulation avec les structures accueillant aujourd'hui des autistes pour apporter soutien et formation aux équipes.**

Développer de petites unités de vies destinées aux personnes autistes en établissements pour adultes selon deux axes :

- a. adaptation des structures existantes en améliorant les conditions d'accueil
- b. développement de places nouvelles par extension d'établissements existants

Poursuivre le renforcement des activités proprement médico-sociales du centre de ressources autisme (animation, formation, documentation) pour aboutir à la constitution d'un véritable réseau institutionnalisé d'accompagnement

- Le déploiement des activités médico-sociales du centre de ressources autisme en appui des ESMS en particulier en matière de diffusion des outils d'évaluation et des bonnes pratiques. • Le renforcement du dépistage et de l'évaluation de l'autisme et des TED en proximité à partir des équipes référents des centres hospitaliers

Poursuivre le renforcement de l'accompagnement médico-social des adultes handicapés psychiques

Suite à la seconde enquête séjours longs en psychiatrie menée en région PACA, ont été identifiées un nombre encore important de patients qui relèveraient d'une prise en charge médico-sociale du fait de la faiblesse de leur autonomie et de leurs besoins de compensation. Une troisième enquête sera lancée qui devra associer les partenaires du Département et des MDPH afin d'harmoniser et de partager l'évaluation des besoins des personnes handicapées psychiques. A partir de ces résultats, le développement de l'accompagnement médico-social à destination de ces personnes devra être soutenu afin d'améliorer leur prise en charge et garantir une juste réponse à leurs besoins. Ainsi, sur la base d'une analyse locale précise des besoins et des ressources sanitaires et médico-sociales existantes, il conviendra de reconvertir sous condition une part des activités sanitaires en prise en charge médico-sociales, en accompagnant ces opérations, le cas échéant, par la création de places afin de conforter les projets de transformation. Ces transformations s'accompagneront obligatoirement de procédures telles que définies dans l'orientation « articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social » afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins des personnes.

Annexe 6 : Présentation de la Gouvernance de la MAS commune à l'hôpital

Le directoire organe de décision présidé par le directeur de l'établissement qui comprend sept membres. Il est composé de membres du personnel, du président de la Commission médicale d'établissement (CME), du vice-président, et du président de la Commission des soins infirmiers.

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) Présidé par le Directeur, cette instance consultative est composée de représentants du personnel et d'un représentant de la Commission médicale d'établissement (CME)

Le Conseil de surveillance Créé par la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" du 21 juillet 2009, il fixe les grandes orientations stratégiques de l'établissement et en contrôle l'activité. Y siègent des élus, des représentants des usagers et des personnels de l'établissement. Il approuve les comptes de l'établissement et se fait présenter un rapport annuel sur l'activité de l'établissement et sur sa contribution à l'offre de santé du territoire.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) Dotée d'une compétence consultative, elle émet des avis sur un grand nombre de points intéressant le fonctionnement quotidien de l'hôpital (budget, carrière des médecins...) et prépare des projets avec le directeur de l'hôpital. Le médecin responsable de la MAS assiste avec voix consultative.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Annexe 7 : les actes de soins dans l'accompagnement au quotidien

- Traitements : Pour soulager les affections somatiques, psychiatriques et ou neurologiques, les résidents ont des traitements. L'observation au quotidien permet de repérer les effets de cette thérapie. La collaboration entre le prescripteur et le personnel de terrain est essentielle pour évaluer et adapter les traitements. Le psychiatre de la MAS veille particulièrement à cette collaboration. Il a mis en place deux tournées par semaine pour faire le tour des 40 résidents.
- L'alimentation : moment essentiel qui rythme la journée et qui est souvent une source de plaisir, le repas est aussi un acte à risque (la plus courante est la « fausse route »). Leur pathologie (atteintes neurologiques et troubles d'attention) rend souvent la déglutition compliquée. C'est pourquoi la nature des aliments (texture, quantité, saveur etc..) est adaptée. L'ambiance et l'attention particulière portée à ce moment mérite un travail de réflexion d'équipe.
- La toilette : l'aide à la toilette est un soin de nursing qui représente une partie importante du travail des aides-soignants et AMP. Il ne doit pas se limiter à un soin d'hygiène. Le rapport au corps et à l'autre, est particulier (concept développé par Anzieu dans « le moi peau »⁵⁸). C'est un temps qui peut permettre de vivre la relation, de développer les sensations corporelles, de maintenir les acquis en préservant l'autonomie. Pour que ce soin soit de qualité, il est essentiel d'avoir du temps pour une prise en charge individuelle et agréable.
- Confort physique et positionnement : le polyhandicap nécessite souvent des prescriptions et du matériel d'ergothérapie. C'est un aspect essentiel pour le résident, mais c'est aussi un outil de travail pour le personnel qui est physiquement sollicité par des manipulations lourdes. Cet aspect dont est souvent garant l'ergothérapeute, impacte tous les actes de la vie quotidienne (lever, toilette, repas, déplacement)

⁵⁸Didier Anzieu (1923-1999), agrégé de Philosophie, docteur et professeur en psychologie. *Le Moi Peau*, Dunod 1995.

Les documents de votre structure

	Connaissez-vous et comment	Avez-vous participé à la réflexion ou l'écriture de :	Possédez-vous celui de la MAS
le contrat de séjour			
Le livret d'accueil			
Le règlement de fonctionnement			
la charte des droits des résidents			
Le projet d'établissement			
Les évaluations			

Pour vous à quoi servent ces documents ?

Dans votre travail lesquels vous servent ?

Le projet individuel ou personnalisé

C'est quoi ?

Qui le fait ?

Quand ?

Pourquoi ?

Ça vous sert à quoi ?

Notez la communication

	Très bien	Bien	Pas satisfaisant	Très mauvais
Avec vos collègues				
Avec le cadre				
Avec la direction				
Avec les familles et tuteurs				
Avec les autres personnels de la MAS				

Pensez-vous que c'est important ? Comment améliorer les choses ?

Pour les résidents

° Pensez-vous qu'on propose à chaque résident des réponses individuelles adaptées à ses besoins ?

° Les avantages d'être dans cette MAS pour un adulte handicapé (ce qui est bien pour lui) :

° Ce qui est moins bien :

Vos remarques générales sur votre travail, le fonctionnement de la structure, la prise en charge des résidents :

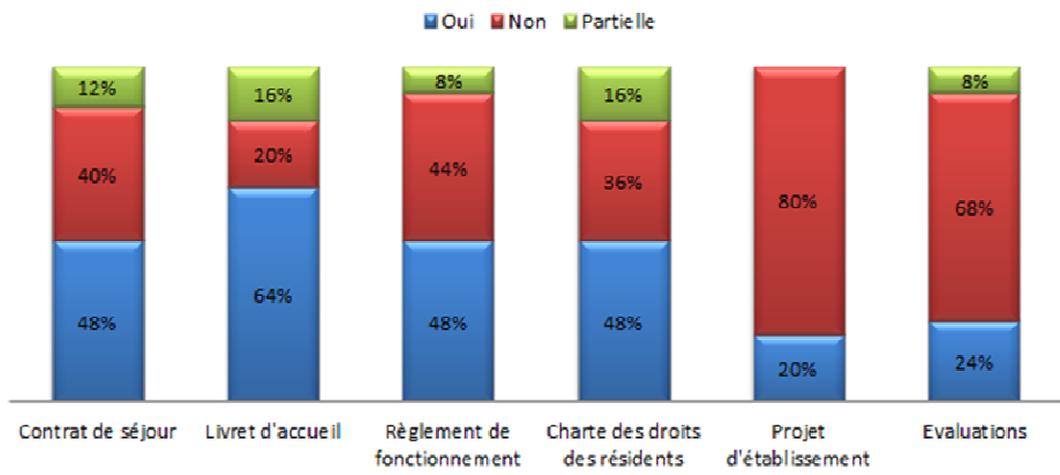
Annexe 9 : Résultats de l'enquête réalisée en Mai 2015 auprès de 25 salariés volontaires de la MAS

CSP	%
Aide soignant	40%
Aide médico-psychologique	12%
Infirmier diplômé d'état	16%
Educateur Spécialisé	8%
Agent de service hospitalier qualifié	12%
Moniteur éducateur	8%
Ergothérapeute	4%

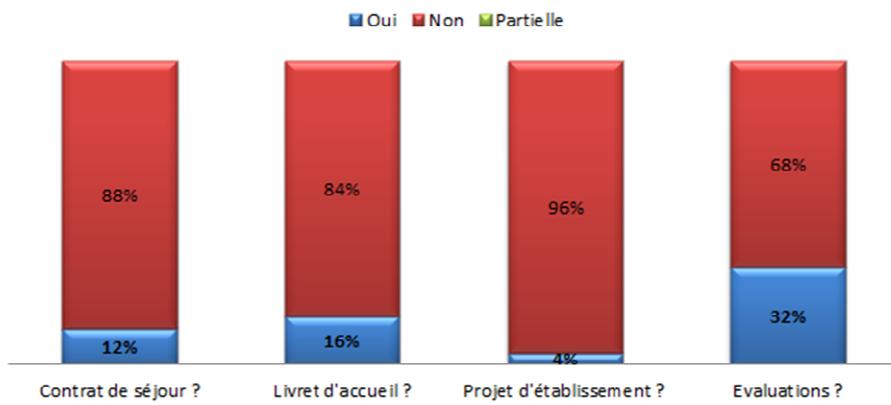
Choix personnel de travailler avec des personnes handicapées	%
oui	68%
non	32%

1er emploi occupé?	%
Oui	44%
Non	56%

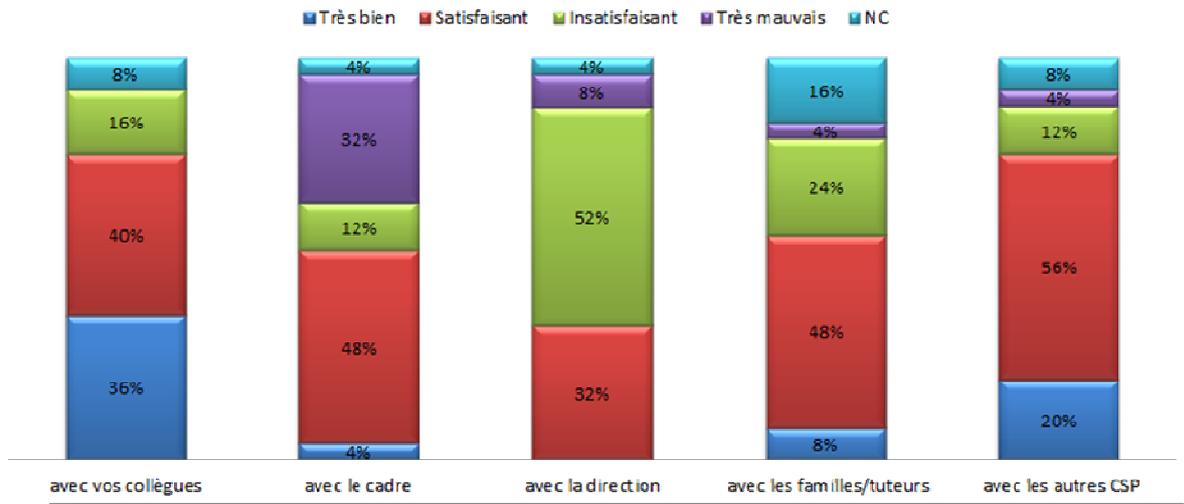
Connaissances des outils de 2002-2



Participation aux outils de 2002-2



Qualité de la communication



% d'intérêt Pour	Oui	Non	NC
Formation complémentaire	80%	12%	8%
Réflexion de groupe sur les Pratiques pro	80%	12%	8%

Prise en charge individuel adapté du résident ?	%
Oui	8%
A améliorer	56%
Non	32%
NC	4%

Annexe 10 : Les différents services de l'hôpital mutualisés avec la MAS



Direction des Ressources Humaines. Gère le service du personnel la formation continue, la médecine du travail, la crèche.
Direction des soins. Gestion et recrutement des effectifs soignants. Planifie, coordonne, organise, évalue les soins.
Direction des services économiques et logistiques met à disposition les biens, produits et prestations de service : Achats. Transport, Vaguemestre, Papeterie, Cuisine, Espaces Verts, Lingerie.
Direction des finances prépare, exécute, contrôle et suit le budget. - service des tutelles des majeurs protégés - facturation des frais d'hospitalisation
Direction des affaires générales, de la qualité et du système d'information. Elabore, met en œuvre et suit la politique Qualité et de Gestion des risques, les démarches d'accréditation et d'évaluation
Direction des services techniques assure la maintenance et l'entretien des bâtiments et installations

Pôle Médico Technique :

Pharmacie. Laboratoire. Radiologie. Consultations Pluridisciplinaires.
--

Annexe 11 : Diagnostic Forces/Faiblesses, Opportunité/Menaces

Forces

- ❖ Mutualisation des moyens techniques de l'hôpital.
- ❖ Dotation d'effectif suffisante, avec mobilité du personnel de la fonction publique.
- ❖ Une équipe mobilisée qui a la volonté d'accompagner des adultes souffrant de handicap psychique.
- ❖ Une bonne connaissance du handicap psychique

Faiblesses

- ❖ Budget en déficit qui met la structure en danger.
- ❖ Mise en conformité vécu comme une contrainte, entraînant un manque de sens des outils.
- ❖ Communication, échange et centralisation des informations faibles.
- ❖ Sous-représentation du personnel paramédical et éducatif.
- ❖ Une équipe fragilisée par l'usure professionnelle.
- ❖ Un management plutôt directif.
- ❖ Niveau de dépendance totale des résidents, avec absence de communication verbale et faible taux de représentation des usagers.

Opportunités

- ❖ 3 personnels en formation CAFERUIS sur l'hôpital, qui peuvent transmettre la connaissance des ESMS.
- ❖ Des plans en faveur du public de la MAS (SROM et Plan autisme).
- ❖ Obligation de se mettre en conformité : Le rapport d'activité, la révision du projet d'établissement et les évaluations, pourraient donner du sens au travail, le valoriser et le redynamiser.
- ❖ Réélection des membres du CVS en juin 2015.

Risques

- ❖ Ne pas répondre à la commande.
- ❖ Laisser le sentiment de malaise professionnel s'aggraver avec un « burnout » qui aura des conséquences sur la prise en charge.
- ❖ Ne pas être en mesure d'évaluer l'activité et la qualité de la prise en charge.
- ❖ Maltraitance par défaut de respect des droits des résidents. Ne pas répondre aux besoins des résidents.
- ❖ Etre sanctionné par la tutelle pour non-respect des obligations (famille et représentants légaux non associés, contrat de séjour non signés, projet personnalisés sans leur participation)
- ❖ Avoir un pouvoir totalitaire dans la pratique
- ❖ A moyen terme, risque de perdre l'agrément (contrôle ARS)

Annexe 12 : Fiche Action 1.2 : Proposition du nouveau planning pour 24 ETP aides-soignants et AMP. 3 binômes /unité

		semaine 1							
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	total heures
Binome 1	Binome 1A	7h-16h	7h-17h	RH	7h-16h	7h-17h	RH	RHD	38h
	Binome 1B	7h-17h	7h-16h	RH	7h-17h	7h-16h	RH	RHD	38h
Binome 2	Binome 2A	RH	RH	7h-16h	14h-21h	14h-21h	RHD	7h-13h 14h-20h	35h
	Binome 2B	RH	RH	7h-16h	14h-21h	14h-21h	RHD	8h-14h 15h-21h	35h
Binome 3	Binome 3A	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	7h-13h 14h-20h	RHD	33h
	Binome 3B	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	8h-14h 15h-21h	RHD	33h
		semaine 2							
Binome 1	Binome 1A	RH	RH	7h-16h	14h-21h	14h-21h	RHD	7h-13h 14h-20h	35h
	Binome 1B	RH	RH	7h-17h	14h-21h	14h-21h	RHD	8h-14h 15h-21h	35h
Binome 2	Binome 2A	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	7h-13h 14h-20h	RHD	33h
	Binome 2B	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	8h-14h 15h-21h	RHD	33h
Binome 3	Binome 3A	7h-16h	7h-17h	RH	7h-16h	7h-17h	RH	RHD	38h
	Binome 3B	7h-17h	7h-16h	RH	7h-17h	7h-16h	RH	RHD	38h
		semaine 3							
Binome 1	Binome 1A	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	7h-13h 14h-20h	RHD	33h
	Binome 1B	14h-21h	14h-21h	14h-21h	RH	RH	8h-14h 15h-21h	RHD	33h
Binome 2	Binome 2A	7h-16h	7h-17h	RH	7h-16h	7h-17h	RH	RHD	38h
	Binome 2B	7h-17h	7h-16h	RH	7h-17h	7h-16h	RH	RHD	38h
Binome 3	Binome 3A	RH	RH	7h-16h	14h-21h	13h-20h	RHD	7h-13h 14h-20h	35h
	Binome 3B	RH	RH	7h-17h	14h-21h	14h-21h	RHD	8h-14h 15h-21h	35h

Annexe 13 : Fiche Action 1.1. Redéfinir les emplois nécessaires avec la dotation actuelle

Afin de cibler les emplois nécessaires à la bonne réalisation des missions de la MAS, j'ai étudié la répartition actuelle. J'ai fait un comparatif avec la répartition professionnelle Nationale que j'ai croisé avec les besoins issus de mon plan d'amélioration de la qualité.

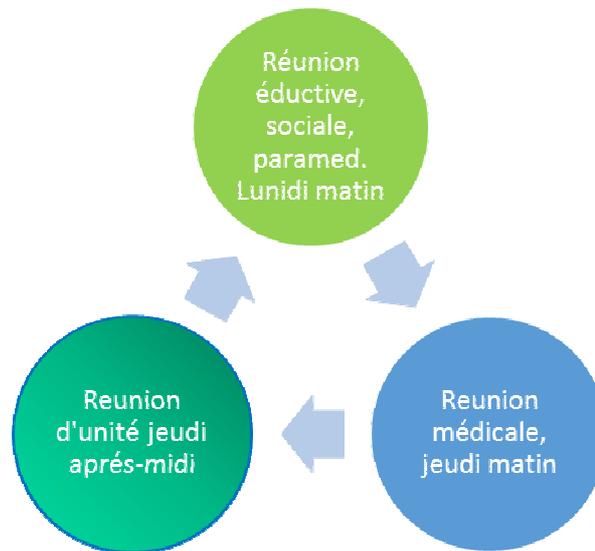
Pour améliorer la prise en charge individuelle des usagers l'objectif est :

- ✓ Permettre l'embauche d'un cadre éducatif indispensable à la MAS (un directeur pourrait aussi répondre à ce besoin mais son embauche engagera un coût que ne peut supporter le budget 2016. Il faudra l'envisager à plus long terme, ou penser à une mutualisation avec les autres services médico-sociaux de l'hôpital et éventuellement la création d'un pôle « médico-social »)
- ✓ Réduire le déficit causé par l'autofinancement de 4 postes d'aides-soignants.
- ✓ Stabiliser la situation afin d'avoir une marge suffisante pour renforcer les équipes en direction des préconisations qui seront faites lors des évaluations à 3 et 5 ans.

Tableau présentant ma proposition de redéploiement des ETP

Catégorie professionnelle	ETP Actuel	ETP Moyenne Nationale	ETP A N+1	total	modifications
Secrétaire	1	3,5	1		Vu la mutualisation avec les services administratifs cette dotation suffit
Psychiatre (chef de service)	0,6	0,1	0,6		Le psychiatre est aussi sur une fonction de chef de service.
Chef de service éducatif	0	0,7	1	+1	A embaucher
Cadre infirmier	1	0,2	0,5	-0,5	Le taux important de départ n'est plus justifié s'il y a embauche d'un cadre éducatif.
médecins généraliste	0,6	0,2	0,3	-0,3	La réduction correspond à la dotation Nationale et aux besoins identifiés.
Psychologue	0,5	0,4	0,5		
Assistante sociale	0,5	0,1	0,3	-0,2	La réduction correspond à la dotation Nationale et aux besoins identifiés.
Ergothérapeute	0,5	0,4	0,5		Redéfinir ses tâches car trop chargée au vu de son temps, ou augmenter les heures.
Educateurs et Moniteur éducateur	4,80	3,8	4,80		Déployer cet effectif en fixant 4 référents d'unité et un coordinateur ou chargée d'animation. Revoir ce besoin à N+2 après évaluation
IDE jour et nuit	8	4,3	8		A voir avec le pôle médical
Aide soignants de nuit	5	30,9	3	-2	voir avec le pôle médical la proposition de réduire la présence de nuit à 1 AS + 1 IDE
Aide-soignant et AMP de jour	30		30		Le nouveau planning permet de réduire d'1 à 2 ETP ce poste si nécessaire.
ASHQ	11	9,9	11		Justifier par les règles hygiène et sécurité de l'hôpital et les besoins des résidents les plus déficitaires. Si besoin redéfinir leur poste à N+2
Total ETP	63,30	54,5	61,5	-1,8	

Annexe 14 : Fiche action objectif opérationnel 2.1. Développer la communication



Réunion du lundi matin : Animée par la cadre éducative avec les éducateurs (référénts d'unité), l'ergothérapeute, l'assistante social et un infirmier. Transmission des informations concernant l'organisation et la vie de l'établissement, les projets, les situations particulières, les interrogations. Permet la remontée des points abordés en réunion d'unité. Ces réunions faciliteront la cohésion du travail et développeront la communication. Les informations seront transmises aux équipes par le référent en réunion d'unité.

Réunion médicale : Animée par le médecin chef de service, en présence du médecin généraliste, de la cadre de santé et d'un infirmier. Permet d'aborder les questions médicales des résidents. Les projets nécessitant une autorisation médicale pourront y être présentés. L'infirmier transmet les informations aux référents d'unité.

Réunion d'unité : Animé par l'éducateur référent de l'unité, avec tout le personnel de l'unité. Valide le compte rendu précédent. Aborde les points d'organisation et le planning des activités et des rdv. Organise les projets et la vie de l'unité. Aborde la situation de chaque résident et échange autour des pratiques pour une prise en charge globale. Le compte rendu est transmis aux cadres de la MAS.

Le panneau d'affichage : Permet d'afficher une plaquette de bienvenue et d'information sur la MAS. Informe des événements exceptionnels, et des activités collectives.

Annexe 15 : Fiche Action 1.3.1. Proposition de trame de travail du projet d'établissement

PREAMBULE

La rédaction d'un projet d'établissement a été instituée de manière généralisée, par la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Pour les Maisons d'Accueil Spécialisées, des précisions techniques de contenu ont été récemment énoncées par voie réglementaire (Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie)

Réunis au sein d'un groupe-projet élargi: X professionnels et X représentants des familles soient X personnes, ont ainsi participé et contribué directement à ce travail d'élaboration de projet, avec l'appui méthodologique d'un intervenant extérieur.

Le groupe-projet :

Les grandes étapes de la démarche de conception et d'élaboration du document-projet

2015 : Présentation à l'ensemble du personnel et des familles des résidents du projet d'établissement comme démarche collective et document de référence pour les professionnels.

Transmission de supports documentaires utiles

2015 : Constitution du groupe de travail Projet d'établissement

Structuration de la démarche d'élaboration collective et régulation du dispositif de formation-action

2015/2016 : Phase d'élaboration d'un premier synopsis du projet d'établissement

- Constitution et exploitation d'un fond documentaire (documents institutionnels / éléments théoriques et méthodologiques utiles)
- Diagnostic et Identification des axes prioritaires à travailler
- Débats thématiques et formalisation des différents échanges
- Mise en écriture collective et répartition des travaux : comptes-rendus et productions intermédiaires
- Sollicitation des personnes-ressources - Relectures et rédactions croisées à l'interne en intersessions

2016: Phase de rédaction finalisée de la maquette du projet d'établissement

- Validation collective du sommaire détaillé du document-projet
- Mobilisation d'un sous-groupe écriture chargé de la version finalisée :
 - Relecture et harmonisation des niveaux et formes des écrits disponibles et/ou à faire

2016 : Présentation du document final et énonciation collective d'axes d'évolution sur la période 2016-2021

Fin 2016 : création d'un groupe écriture composée de 5 personnels de différents secteurs professionnels et d'une famille. Ce groupe recolte les différents écrits des participants et intègre le tout dans le projet d'établissement avec relecture, correction et harmonisation de l'écriture.

Consultation auprès du Conseil à la Vie Sociale (CVS)

Le document est remis quelques jours auparavant à chaque représentant du CVS pour prise de connaissance. La Présidente du CVS, ainsi que des personnels de la MAS répondent aux questions des membres lors de la réunion et explique le processus d'élaboration. Le projet d'établissement se valide ainsi par le CVS.

SOMMAIRE

1^{ère} PARTIE- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1-1 La Maison d'Accueil Spécialisée du CH Edouard-Toulouse

- Histoire

- Les valeurs fondatrices
- 1-2 LA MAS 2003-2015
- 1-3 LES MISSIONS DE LA MAS
- 1-4 LES RESIDENTS DE LA MAS
- 1-5 NOS REFERENCES ETHIQUES ET PRINCIPES METHODOLOGIQUES de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

2^{ème} PARTIE- AXES STRATEGIQUES

2-2 LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE

- 2-2-1 La professionnalisation
- 2-2-2 La restructuration du planning
- 2-2-3 Le travail en synergie avec les familles
- 2-2-4 L'évaluation interne
- 2-2-5 L'évaluation externe

3^{ème} PARTIE- PRESTATIONS

3-1 LE CADRE DE VIE

3-1-1 Les unités de vie

- Accueil hébergement
- Les deux unités spécialisées autisme et TED

3-1-2 Les temps institutionnels

- Une journée type à la MAS
- Vie quotidienne : les aides à la vie courante

3-2 L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL, le projet personnalisé

3-2-1 Soins médicaux et paramédicaux

3-2-2 Les activités proposées

- Les activités sociaux-éducatives et de loisirs
- Les séjours de vacances
- Les activités à médiations thérapeutiques

3-3 LE PARTENARIAT INSTITUTIONNEL ET DE RESEAU

3-3-1 Les intervenants extérieurs

3-3-2 Les réseaux de santé

3-3-3 Les collaborations inter-institutionnelles

- Les services de l'hôpital
- Les rencontres et coopérations sociales et médico-sociales
- Les collaborations avec les instituts de formation

4^{ème} PARTIE- PROJET SOCIAL ET D'ORGANISATION

4-1 LES EQUIPES PROFESSIONNELLES

- Organigramme du personnel
- Les professionnels

4-2 LA COMMUNICATION PROFESSIONNELLE

- Réunions

4-3 LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

- Les actions de formation transversale
- Les actions de formation spécifique
- La formation individuelle qualifiante 2011-2016
- Accueil et accompagnement des nouveaux professionnels

4-4 LES INSTANCES DE PARTICIPATION DES USAGERS

- Le Conseil de la Vie Sociale

4-5 LES ECRITS ET DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

- Tableau des outils de la Loi 2002-2

5^{ème} PARTIE 5- LES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS 2016-2021

5-1 L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

- Adapter les réponses aux besoins médicaux-sociaux des personnes en situation d'handicap psychique.
- Améliorer le confort d'accueil des résidents et leurs familles
- Personnaliser l'accompagnement médico-social des résidents

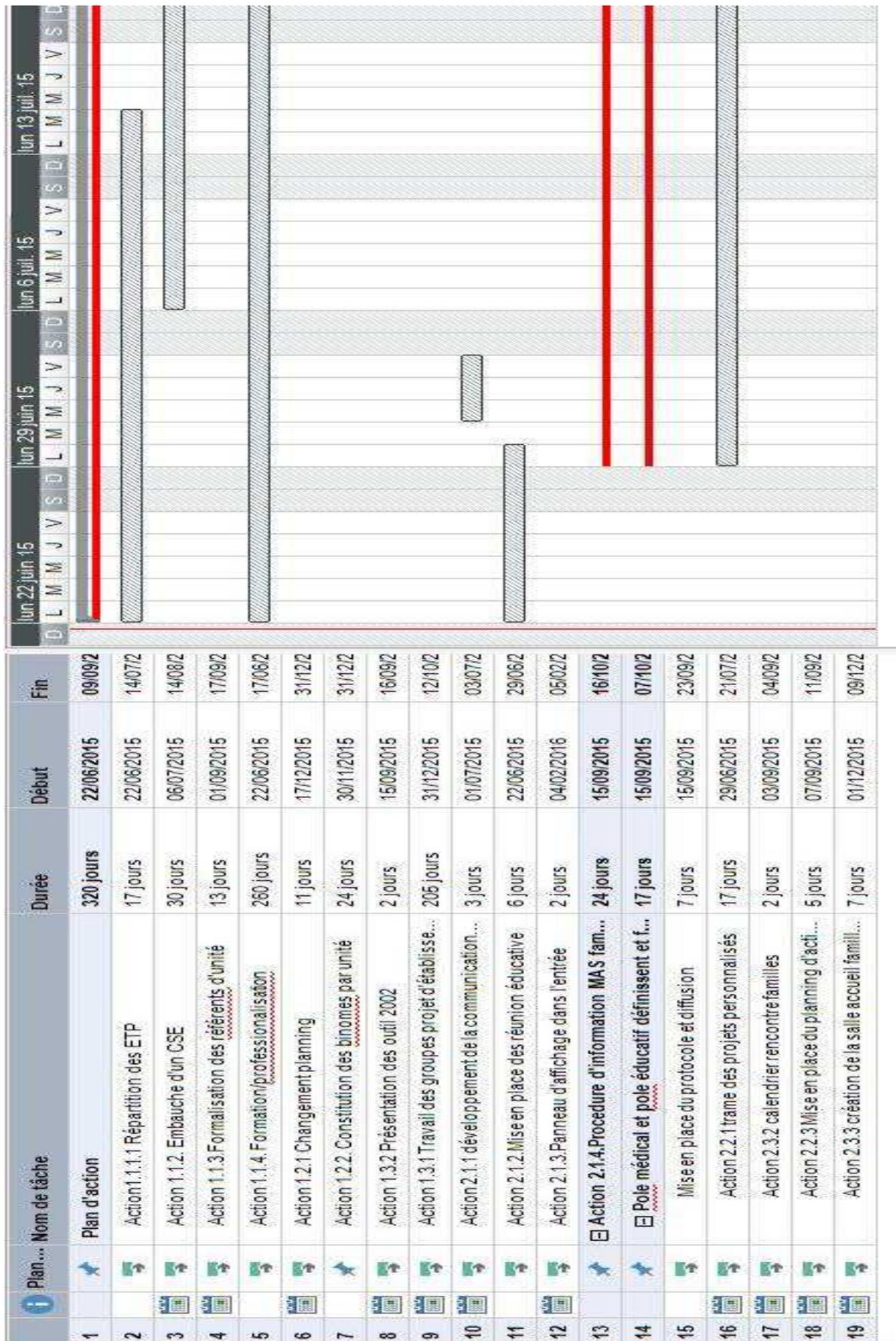
- L'accompagnement de fin de vie
- 5-2 LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS
 - Développer la participation des usagers dans le respect de leurs droits
- 5-3 LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET EN RESEAUX
 - Ouvrir l'établissement à son environnement
- 5-4 L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
 - Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
 - Mise en place de l'évaluation interne et externe
- 5-5 LES REPERES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES
 - Principaux textes et décrets applicables au 1^{er} janvier 2016
 - Droits des Usagers

Annexe 16 : Proposition de planning d'activité individualisé

Noms	Prénoms	LUNDI matin	22/06 après-midi	MARDI matin	21/06 après-midi	MERCREDI matin	22/06 après-midi	JEUDI matin	23/06 après-midi	VENDREDI matin	24/05 après-midi
Marjin	Marjin	10h ergo									
Dupond	Dupond			10h Atelier conte		11h visite famille		10h30 snozhelen			17h depart en famille
Dupont	Dupont		15h30 sortie achat avec cy				14h30 tri linge avec k			9h piscine	
Dupuis	Dupuis			10h Atelier conte							
Mohamed	Mohamed							9h45 rdv neurologue			
Gonzales	Gonzales				16h Sortie Parc avec k					12h repas dub	
Smur	Smur					10h30 Chant					
Pola	Pola		17h bain thérapeutiq ue				17h30 massage détente				
Paul	Paul			10h12 Rdv ORL/ IDE							
Petit	Petit				15h PP	10h ergo					

U N I T É 1

Annexe 17 : Diagramme de GANTT



Annexe 18 : Grille sociodynamique des acteurs

1) La matrice des attitudes : Identifier les attitudes des acteurs par rapport au projet

ATTITUDES	Chef de projet	Le DG	Comité de direction	Le DRH	Hiérarchie	Employés	Leaders d'opinion	IRP
++ Approche compréhensive et ambitieuse	Vision globale du projet, Actif et intelligent dans la mise en œuvre	Discours explicite, impliqué par le projet	Réflexion collective et partagée sur le projet	Sensible aux différentes dimensions du projet. Apporte un soutien	Coopérative, active et impliquée	Prête à s'investir, exigeants quant aux conditions de mise en place	Apporte son soutien au projet	Observation critique des initiatives, Balance entre revendications quantitatives et qualitatives
+ Loyale, Tentative, effort pour...	"Bon soldat" Assure sa mission sans en mesurer toute la portée	Intervient au coup par coup, sans vision stratégique	Intervient en cas de crise ou d'incitation extérieure, instructions explicites	Intervient par à-coups, en cas de crise, sur incitation extérieure, ou sur un aspect ponctuel	Coopérative, soucieuse de faire bien si l'ambiance l'y incite	Patients. Si l'expérience est bien "vendue". Si les conditions d'ambiance sont convenables	Pas ou peu concerné, n'intervient pas de lui-même	Le projet peut devenir un objet de marchandage. Partant sous réserve et sous conditions
0 Zone de neutralité	/	Ignore, n'a pas le temps de s'investir	Ignore, n'a pas le temps de s'investir. Les priorités sont ailleurs...	Ignore les enjeux du projet. Pas d'intervention	Pas d'initiative, suit les instructions	Méfiance, Scepticisme, Attend d'être convaincu	Ignore le projet	Ignorent le projet
= Hostile, Blocage passif ou opposition	Dépassé par le sujet, intervient à contre-sens, erreurs dans le pilotage	Interventions en force ou à contretemps	Interventions contradictoires. Maladroites, Topille le projet	Interventions à contre-sens, Maladroites, Topille le projet	N'a pas compris l'enjeu, Résiste au changement	Méfiance ou hostilité, Le projet est perçu comme une menace de l'équilibre en place	A priori méfiant ou hostile. Déclenche le tir de barrage	A priori hostile. Déclenche le tir de barrage

Mode d'emploi : à chaque phase du projet, le chef de projet dessine la cartographie des attitudes des acteurs. Il en déduit les actions à mettre en place pour la phase suivante.

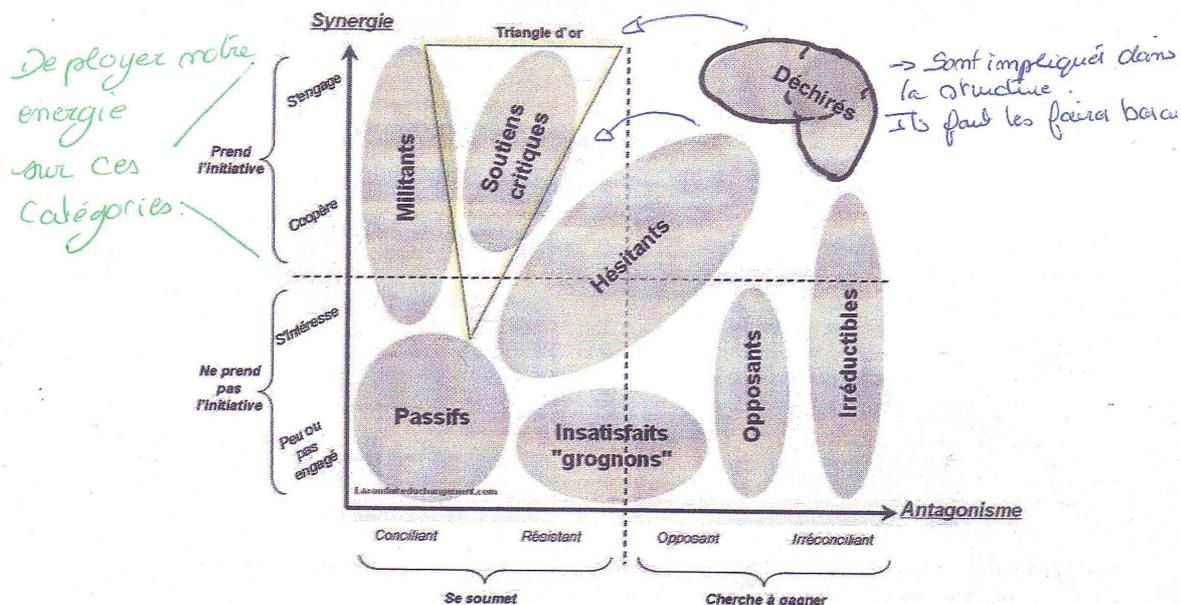
Phase 1 DU PROJET. AVANT LA MISE EN ŒUVRE

La matrice des attitudes des acteurs par rapport au changement

ACTEURS / ATTITUDES :	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	ARS	CVS	IRP	DRH	MAS	ANP	Educ	Cadre de Santé Médical
++ Approche compréhensive et ambitieuse	X	X		X			X	X Mise en conformité
+ Loyale, Tentative, effort pour...					X			X
0 Zone de neutralité			X Pour l'ensemble	X Planning attend les IRP				
= Hostile, Blocage passif ou opposition			X Pour le changement de Planning				X Peste de pouvoir	

- Totelle Financiers. ③ Représentants du Personnel (Syndicat) ⑤ Aide Soignant + ANP
 CVS Représentants usagers Famille ④ DRH et Service Financier ⑥ Educateurs + IE
 ⑦ Cadre de Santé ⑧ Médecin Chef de service

La carte sociodynamique des acteurs



La grille pour un plan d'action (suite de la sociodynamique)

Les projets d'une organisation sont très vite vécus d'une manière très personnelle par chaque protagoniste. Ménager ces susceptibilités en **personnalisant la communication** du projet en fonction des acteurs, identifiés au moyen de la carte sociodynamique, est un **bon moyen de rallier** certaines personnes et d'apaiser les tensions.

Une fois la carte sociodynamique élaborée, le manager rapproche les différents acteurs de leur profil au moyen d'une grille pour planifier, organiser et personnaliser ses actions et sa communication.

Cette grille rassemble ainsi :
- en colonnes les 8 profils et
- en lignes la liste de tous les acteurs touchés de près ou de loin par le projet.

(Stern et Schoettl, 2008)

	Passifs	Insatisfaits	Opposants	Irréductibles	Militants	Hésitants	Soutiens critiques	Hésitants	Déchirés
Actionnaires						X			
Comité de Direction						X			
Fonction Finance				X					
Fonction Comptabilité									
* chef comptable							X		
* comptable 1								X	
* comptable 2									X
* ...									
Fonction Achats	X								
Fonction RH						X			
...									
Fournisseurs									
* fournisseur 1									
* fournisseur 2									
> chef des ventes									
fournisseur 2									
> fonction logistique									
fournisseur 2									

Améliorer la prise en charge des usagers au sein d'une MAS hospitalière, en renforçant la représentation et la participation de tous les acteurs autour d'un plan d'amélioration de la qualité

Les établissements médico-sociaux ont vécu des réformes importantes décloisonnant le secteur médical et social qui doivent maintenant s'associer pour une prise en charge centralisée autour du résident. Après la mise en conformité imposée par la loi 2002, comment donner du sens aux outils de gestion et d'évaluation ? Comment respecter l'équilibre entre priorité de soin et prise en charge éducative dans un environnement hospitalier fortement marqué par sa réglementation et sa culture ?

L'identification de ses missions et la reconnaissance de son identité se développe dans le plan d'action qualité que je propose. La finalité de ce projet est de permettre d'améliorer la prise en charge globale et individualisée pour répondre aux besoins d'un nouveau public atteint de « handicap psychique », comme le préconise le plan autisme et le programme régional de santé.

Mots clés : MAS, Handicap-psychique, Outils de la loi 2002-2, Evaluation, Plan d'action qualité, Représentation des usagers.