

L'APAJH du Tarn est un organisme à but non lucratif qui gère des établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap, de dépendance, de perte d'autonomie ou de difficultés sociales.

MAS LUCIE NOUET

PROJET D'ÉTABLISSEMENT « 2010 – 2014 »

Octobre 2010



Les atouts de la MAS Lucie Nouet

La permanence de la dynamique projet - Une culture de l'évaluation - Des professionnels qualifiés et formateurs - Une culture de l'emploi formation - Le CPOM.

MAS Lucie Nouet, le 22 janvier 2010

Être, être humain, être handicapé et néanmoins assumer sa citoyenneté autant que cela se peut, s'épanouir autant qu'il est possible... Il faut pour cela une qualité essentielle, la solidarité. À la MAS Lucie Nouet, j'ai rencontré des professionnels solidaires, attachés à « accompagner », c'est-à-dire être avec, non pas prendre l'ascendant, mais aider à atteindre l'objectif rappelé ci-dessus : permettre à la personne handicapée de s'épanouir autant qu'elle peut s'épanouir par elle-même en comptant sur une aide solidaire.

Merci et bravo, Axel KAHN

Projet soumis à avis :

Du Comité d'Entreprise de l'établissement en date du 26/11/2010 ;
Du Conseil de la Vie sociale de l'établissement en date du 29/11/2010 ;

Projet validé par :

Le Conseil d'Administration de l'association en séance ordinaire du 11/12/2010.

Remerciements

Le projet d'établissement 2010-2014 de la MAS Lucie Nouet à Saint-Sulpice est le fruit d'une démarche participative impliquant l'ensemble des professionnels tout autant que les membres du conseil de la vie sociale et ceux des instances représentatives du personnel de l'établissement. Qu'ils soient ici remerciés pour ces nombreuses contributions individuelles et collectives qui ont rendu possible l'élaboration et la formalisation du présent document.

SOMMAIRE

Introduction	p. 4
<p>DU DIAGNOSTIC AU PROJET</p> <p>Prendre en compte les orientations institutionnelles S'appuyer sur une analyse des besoins des usagers Porter un projet en cohérence avec nos orientations associatives</p>	<p>p. 5</p> <p>p. 5 p. 6 p. 8</p>
<p>STRUCTURATION DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Un acteur au service du développement local Les liens avec les acteurs locaux Les complémentarités avec le secteur sanitaire</p> <p>L'organisation des moyens d'hébergement La notion de « maison » L'accueil temporaire Les services transversaux</p> <p>La mobilisation des ressources humaines Le projet de l'équipe de direction Les équipes opérationnelles Organigramme de l'établissement</p>	<p>p.11</p> <p>p.11 p.11 p.12 p.13 p.13 p.15 p.16 p.17 p.17 p.19 p.20</p>
<p>UNE RÉPONSE GLOBALE ET INDIVIDUALISÉE AUX BESOINS</p> <p>Approche de la personne en situation de handicap Le partage des informations relatives aux usagers Prendre soin et bienveillance L'aide aux aidants familiaux Les projets personnalisés</p> <p>Une volonté de socialisation Animation et activités Les ateliers proposés L'offre de sport adapté</p> <p>Des pratiques pour accompagner La stimulation basale Approche de la douleur et soins palliatifs</p> <p>Un processus d'amélioration continue L'intégration d'une logique évaluative Structurer et animer l'évaluation interne</p>	<p>p.21</p> <p>p.21 p.21 p.22 p.23 p.24 p.25 p.25 p.26 p.27 p.28 p.28 p.29 p.30 p.30 p.31</p>
<p>NOS OBJECTIFS SUR LA PÉRIODE 2010-2014</p> <p>Objectifs transversaux Inscription territoriale et dynamiques partenariales L'établissement et le champ médico-social L'enjeu de la formation</p> <p>Objectifs opérationnels Accueil et sécurité Développement de l'établissement Accompagnement des usagers et des familles</p>	<p>p.32</p> <p>p.32 p.32 p.32 p.33 p.34 p.34 p.34 p.34</p>
Conclusion	p.36
<p>Annexe technique</p> <p>Fiches d'identité de l'établissement Sources documentaires (internes) Sources documentaires (externes) Principaux sigles utilisés</p>	<p>p.37</p> <p>p.37 p.38 p.38 p.38</p>

INTRODUCTION

En cohérence avec son histoire, la MAS Lucie Nouet a toujours apporté une grande importance à la qualité du service rendu aux usagers. En témoignage, les innovations réalisées sur ce site en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap et/ou de dépendance. De même, la prise en compte des contraintes et ressources associées au territoire d'implantation et sollicitée par les récentes orientations institutionnelles est ici, constitutive de l'identité même de l'établissement. Les nombreux partenariats localement développés dès la création de l'établissement attestent en effet, de la volonté des professionnels de la MAS d'inscrire leur action en cohérence avec les besoins et possibilités du système d'acteurs auxquels ils appartiennent. Ainsi, le projet portant sur la période 2010-2014, élaboré de manière participative avec l'ensemble des professionnels de l'établissement, s'inscrit en continuité et en cohérence de sens, non seulement avec les attendus des Pouvoirs Publics, mais également, avec l'histoire de la MAS et les valeurs portées par l'organisme gestionnaire : l'APAJH du Tarn. Du point de vue de son exposé et dans le but d'en faciliter la lecture, il a été fait le choix d'organiser le présent document comme suit :

Une première partie « **du diagnostic au projet** », met en évidence ce qui fonde la cohérence et la pertinence du projet de l'établissement. À cette occasion, il est rappelé : les principales orientations institutionnelles à partir desquelles est construit ce projet ; les éléments de diagnostic associés à l'évolution des besoins des usagers ; les valeurs associatives à l'intérieur desquelles s'inscrivent les actions et missions portées par l'établissement ;

Une seconde partie « **structuration de l'établissement** », s'attache à expliciter les ressources mobilisées et leur organisation, non seulement au service des usagers mais également, en direction du territoire d'implantation de l'établissement. Cette approche organisationnelle est construite autour de trois axes : celui relatif à l'établissement « acteur d'un développement local » ; celui relatif à la structuration des moyens d'hébergement mobilisés en direction des usagers et enfin, celui relatif à la dimension managériale ;

La troisième partie « **une réponse globale et individualisée aux besoins** » est explicitement centrée sur l'accompagnement développé en direction des usagers de la MAS Lucie Nouet. Celle-ci est organisée en quatre chapitres : le premier revient sur le type d'approche des usagers proposé par les professionnels de l'établissement ; le second met en évidence de quelle manière l'accompagnement réalisé est l'occasion d'une mise en œuvre effective des valeurs affichées par l'établissement comme par l'association ; le troisième expose quelques une des innovations techniques produites sur ce site. Un dernier chapitre est consacré aux dispositifs de suivi de l'activité engagés par l'établissement ;

Enfin, la quatrième partie « **nos objectifs pour la période 2010-2014** », pose de manière synthétique ce qui est visé par les professionnels pour les quatre années à venir. À cette occasion, l'on distinguera une première catégorie d'objectifs concernant l'ensemble des professionnels et partenaires de l'établissement (objectifs transversaux) d'une seconde, plus sectorielle et exprimée sous la forme de fiches action pouvant être directement mises en lien avec la démarche d'amélioration de la qualité en œuvre au sein de la MAS.

Signalons enfin, dans le respect des recommandations de l'ANESM¹, que la production du présent document est le fruit d'un processus interne et participatif de travail ayant donné lieu à une importante mobilisation des professionnels et des bénévoles de l'établissement. Celle-ci s'est traduite par un ensemble de travaux collectifs ainsi que par de nombreuses contributions écrites qu'il est naturellement possible de consulter si l'on souhaite disposer d'une connaissance plus grande des différentes initiatives prises au sein de l'établissement². De ce fait, le projet d'établissement de la MAS Lucie Nouet pour la période 2010-2014 constitue un support de travail pouvant être mobilisé tout autant, par les professionnels et bénévoles souhaitant suivre l'avancement des missions confiées à l'établissement que, par les autorités de tutelles, attentives à la qualité des actions réalisées, tant en matière d'accompagnement des usagers que d'impact de ces mêmes actions sur le territoire d'implantation de la structure.

¹ ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. Plus précisément, in Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*.

² Voir en ce sens en p.37 du présent document, l'ensemble des annexes techniques auquel il est possible de se référer.

DU DIAGNOSTIC AU PROJET

Prendre en compte les orientations institutionnelles - S'appuyer sur une analyse des besoins des usagers - Porter un projet en cohérence avec nos valeurs associatives

PRENDRE EN COMPTE LES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES

Un cadre de référence institutionnel en forte mutation. Les Maisons d'Accueil Spécialisées créées par l'article 46 de la **Loi n°75-534 du 30 juin 1975** ont vu leur contexte réglementaire largement évoluer ces dernières années. Si le **Décret d'application du 26 décembre 1978** et la circulaire n° 62 AS du 28 décembre 1978 précisait les fonctions des MAS, soit assurer :

- Les besoins courants de la vie ;
- L'aide et l'assistance constante qu'appelle l'absence d'autonomie des personnes accueillies ;
- La surveillance médicale, la poursuite des traitements et de la rééducation, les soins nécessités par l'état des personnes handicapées ;
- Des activités occupationnelles et d'éveil et une ouverture sur la vie sociale et culturelle destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

Les **Lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005** ont entraîné des attendus d'importance quant aux droits des usagers et une évolution profonde des pratiques professionnelles³. De même, le **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. Rappelons que celles accueillies en MAS présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne⁴ et cumulent tout ou partie des besoins⁵ nécessitant une aide :

- Pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;
- À la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;
- Pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, (notamment pour la prise de décision) ;
- En matière de soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;
- Comme en matière de soins réguliers et d'accompagnement psychologique.

Enfin, le décret du **20 mars 2009** pose des dispositions générales sur la qualité et la continuité de l'accompagnement devant permettre aux MAS de :

- **Favoriser**, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique ;
- **Développer** leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintenir leurs acquis et favoriser leur apprentissage et leur autonomie par des actions socio-éducatives en les accompagnant dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ;
- **Favoriser** leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées ;
- **Porter** une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ;

³ Cela faisant d'ailleurs un des objets majeurs des évaluations externes à venir.

⁴ Ceci du fait : D'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ; D'une association de déficiences graves avec retard mental moyen sévère ou profond entraînant une dépendance importante ; D'une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante.

⁵ Les besoins d'aide résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont accomplies, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue. Enfin, signalons que ces besoins d'aide, de soutien et de soins qui impliquent un accompagnement médico-social soutenu, amène aujourd'hui à un rapprochement avec l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées. Ceci dans la perspective de définir, après évaluation de ces besoins, la mise en place d'un plan d'action particulier.

- **Veiller** au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches ;
- **Garantir** l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ;
- **Assurer** un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins ;
- **Privilégier** l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie.

L'élargissement, par ce décret, des missions données aux Maisons d'Accueil Spécialisées correspond pleinement aux adaptations⁶ des prestations rendues à la MAS « Lucie NOUET »⁷ comme aux objectifs que s'assigne ce nouveau projet d'établissement.

Le mode d'action opératoire en sera la pérennisation et la formalisation d'une démarche de prise en compte globale de « l'individu usager », de son histoire, de ses besoins, de ses attentes et de ses capacités et compétences en accord avec le nouveau projet associatif de développement durable et solidaire.

S'APPUYER SUR UNE ANALYSE DES BESOINS DES USAGERS

Il s'agit ici de préciser les principales caractéristiques des publics accueillis⁸ à la MAS Lucie Nouet et d'en dégager quelques préconisations en vue d'optimiser les moyens mobilisés en matière d'accompagnement.

Données générales

Éléments descriptifs	%
Origine de la demande de placement	
• Département	66
• Région	34
• Hors Région	0
Provenance des usagers	
• Milieu familial et IME	42
• Structures spécialisées	58
Types de tutelle	
• Familiale	42
• Associative	44
• Privée	2
• Sans tutelle	12
Types de handicap	
• Déficiences du psychisme	52
• Polyhandicap	44
• Autres	4
Tranches d'âge	
• Moins de 35 ans	17
• 35 à 54 ans	56
• Plus de 54 ans	27
Temps de présence sur le site	
• Moins de vingt ans	42
• Plus de vingt ans	58
Implication familiale	
• Oui	86
• Non	14

Données relatives au vieillissement des usagers

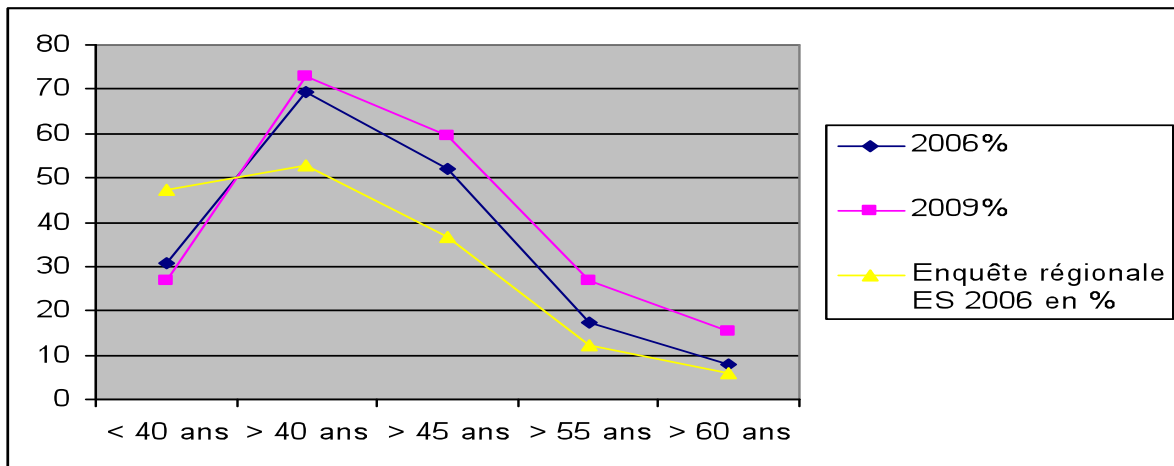
Dernière grande caractéristique de la population accompagnée et de son évolution, la prégnance de son vieillissement. Soit :

TRANCHES D'ÂGE	2006%	2009%	Enquête régionale ES 2006 en %
< 40 ans	30,77	26,93	47,2
> 40 ans	69,23	73,07	52,8
> 45 ans	51,93	59,61	36,6
> 55 ans	17,31	26,92	12,2
> 60 ans	7,69	15,38	6,1

⁶ Évolutions anticipées depuis 5 ans.

⁷ Tout particulièrement au regard de l'avancée en âge des usagers et de la nécessité d'augmentation de la réponse en soins.

⁸ Un diagnostic plus exhaustif étant proposé en annexe au présent document, ne sont restitués que les principales données relatives au public accompagné.



Nous constatons, pour la population accueillie ou accompagnée, une véritable prégnance du vieillissement. Celui-ci peut être analysé comme relatif par une évaluation à caractère longitudinal du parcours de vie de la personne. À ce terme nous préférons donc celui d'avancée en âge, moins stigmatisant, et qui conserve toute sa dimension projectuelle pour le projet de vie de la personne.

L'avancée en âge peut amener à constater pour la personne :

- Des difficultés à maintenir les liens familiaux et sociaux existants ;
- Une fatigabilité et pénibilité ;
- Une perte de repères ou d'adhésion à son projet ;
- Une perte progressive de l'autonomie résiduelle et difficultés à maintenir certains acquis ;
- L'apparition de nouvelles déficiences ou de pathologies intercurrentes.

L'avancée en âge met en évidence, l'apparition de nouveaux besoins devant être pris en compte :

- Aménagements et adaptations des rythmes ;
- Évaluation et aménagement de la sphère intime (ergonomie des locaux) ;
- Prévention, dépistage, soins médicaux accrus, de qualité et particulièrement vigilants ;
- Besoins affectifs accrus provoqués par la peur de la solitude et des deuils familiaux ;
- Besoin de conserver une dynamique projet adaptée.

Ainsi, et au regard du nombre de décès en trois ans, la MAS « Lucie NOUET » dès 2007 a passé convention avec la fédération départementale de soins palliatifs et antidouleurs avec la volonté que le projet personnalisé soit le support d'un projet de vie jusqu'à la fin de celle-ci.

Éléments d'analyse

Plusieurs constats se trouvent ainsi posés :

- Si le public accueilli peut être considéré comme stable jusqu'en 2005, les dernières années sont marquées par le décès de 9 résidents, liés pour la majorité à leur vieillissement relatif, 7 d'entre eux étant présents depuis plus de 20 ans dans l'établissement, et la définition d'un sur handicap ou l'arrivée de pathologies intercurrentes,
- Le dispositif d'accueil permanent ou de jour est utilisé par 50 personnes (2 personnes accueillies en journées sont décédées deux ont été admises en internat) ; 48 personnes sont accompagnées en internat ; en fin 2009 deux admissions en accueil de jour ont été réalisées ;
- La création en 2006 de la place d'accueil temporaire (taux d'occupation équivalent à 2 places) et d'une cure ambulatoire à domicile (SAMSAH) agréée à 7 places (file active concernant 10 personnes) montre l'adéquation de ces dispositifs aux besoins exprimés par les personnes adultes handicapées, ou en l'absence d'avis éclairé par leur famille ou représentants légaux. Ceci ne manque pas de provoquer une certaine tarification des demandes en accueil de jour habituellement d'hyper proximité.

Cette dernière problématique abordée, dans le cadre du CPOM⁹ signé voit l'agrément de l'établissement se diversifier en : 48 lits d'internat, 2 places d'accueil temporaire et 2 places d'accueil de jour. Mais le fait le plus marquant est les conséquences d'un véritable effet

⁹ CPOM : Contrat Pluri annuel d'objectifs et de Moyens.

générationnel pour des résidents admis quasiment à l'ouverture de l'établissement. Cet effet marque les évolutions de ce projet d'établissement et celles des bonnes pratiques professionnelles, d'autant plus que l'évolution des dispositifs d'accueil nationaux par la création des FAM (ex foyer à double tarification) amènent exclusivement l'admission des personnes les plus lourdement handicapées en MAS.

PORTER UN PROJET EN COHÉRENCE AVEC NOS VALEURS ASSOCIATIVES

Éthique de l'accompagnement de la personne en situation de handicap

Le cadre éthique défini par l'association départementale APAJH du Tarn appelle à une éthique de la personne et une ambition de qualité. « Toute personne est unique, digne et respectée, dans son intégrité d'enfant, de femme ou d'homme pris dans son histoire et ses racines, et capable d'épanouissement et de développement personnel ». L'éthique a commencé à faire émerger son identité en interrogeant les mœurs, les coutumes des peuples et des individus. Paul RICOEUR réserve « le terme d'éthique au questionnement de l'idée de morale » et désigne par morale « tout ce qui, dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des lois, des normes, des impératifs » (in « la valse des éthiques » Alain EHCHEGOYEN, Paris EFB 1990). Ce qui fait dire à André COMTE-SPONVILLE que « la morale commande et l'éthique recommande ». **Ainsi, donc, l'éthique qui relève de l'individu se distingue de la morale qui suppose une collectivité.** Or il n'est pas de groupe humain sans éthos (en grec : coutumes mœurs et surtout habitude). Toutefois dans un établissement comme la MAS « Lucie NOUET », chacun possède sa propre échelle des valeurs, mais nous ne pourrions nous contenter de ce pluralisme en tant que tel, qui nuirait à la cohérence de l'action. La référence au cadre éthique posé par l'association ainsi que l'adhésion à l'ensemble des valeurs qu'elle prône cimenter une unité garante de bonnes pratiques. L'éthique est, donc, une réflexion intelligente qui préside à l'action dans une perspective individuelle et collective, compromis possible entre les valeurs de l'association gestionnaire et employeur auxquelles chaque salarié adhère par la signature de son contrat et les valeurs portées par les différents professionnels de l'établissement. La stabilité des personnels dans l'établissement, pour certains présents depuis plus de 20 ans, aura permis de construire une éthique partagée, à savoir :

- Respecter la personne adulte handicapée et ne pas lui nuire, comme le dit le Docteur S. TOMKIEWICZ, parce qu'il est un être humain ;
- Ne pas dire des personnes adultes handicapées : « ce sont des adultes comme les autres, mais comme les autres ce sont des adultes » en reprenant les mots de Me POINSO-CHAPUIS.

Ainsi les professionnels de la MAS reprennent à leur compte les principes fondamentaux de l'association :

Respecter la personne adulte handicapée :

- a) En considérant qu'elle est la personne d'une histoire originale, individuelle et unique (dont il faut maintenir la mémoire), une personne en devenir, acteur du trajet de sa propre vie ;
- b) Dans son intégrité morale et physique en considérant que l'adulte handicapé grave est dans une autre normalité et non dans l'anormalité, et, par la même en abandonnant tout idée de réparations ou de performances ;
- c) En comprenant et développant ses modes d'expressions et de communication, ses sensations et ses attentes ;
- d) Dans ses droits, ses choix éclairés, ses convictions et son intimité.

Respecter la famille de la personne accueillie ou accompagnée sans jugement ni discrimination, sans prendre sa place :

- e) En maintenant ou renouant les fils de la relation avec la personne accueillie ;
- f) En l'informant des actions menées et en l'associant à la définition des objectifs concernant son enfant ou proche ;
- g) En protégeant la confidentialité des informations exprimées.

Ce cadre implique une démarche éthique dans l'élaboration partagée d'une réponse adaptée à chaque personne accueillie ou accompagnée. L'ensemble des personnels est tenu à un comportement professionnel constant. Les faux-fuyants, les tricheries ou tout profit lucratif d'un événement ou d'une situation sont bannis dans le cadre d'une mission de service public auprès de

personnes vulnérables. Si pour les personnels le pluralisme non conflictuel peut être une garantie de la stimulation et de la qualité de la réflexion pour l'élaboration des actions d'accompagnement, la seule véritable compétence exigible est la disposition à entendre un avis différent et à pouvoir argumenter sans prétendre avoir raison pour avancer. Tous se doivent d'agir dans une démarche de transparence et de respect de la position de chacun sur laquelle se fonde une relation de confiance mutuelle en particulier dans l'équipe pluridisciplinaire. Cette démarche implique une méthodologie rigoureuse se basant sur la compétence technique, les repères juridiques et la déontologie. La compétence technique oblige chaque membre du personnel à actualiser ses connaissances par la formation mais aussi à apprendre ses propres limites. L'éthique n'est pas le droit mais elle ne peut exclure la référence à la loi. Le respect des droits de la personne adulte handicapée est essentiel. La déontologie ne peut être oubliée notamment sur le plan du soin avec :

- **Le respect du secret professionnel ;**
- **Les droits d'accès aux dossiers médicaux ;**
- **Le droit au consentement aux soins compte tenu des impératifs vitaux que nous sommes tenus de suivre.**

Le respect des personnes, usagers, leurs famille et proches comme des personnels, des partenaires ou tout autre acteur institutionnel, représente la clef de voûte du cadre éthique, porte ouverte à une reconnaissance de chacun pour un meilleur service rendu à la personne en situation de handicap, accueillie ou accompagnée.

Projet associatif de développement durable et solidaire, l'Agenda 21

L'Association APAJH du Tarn a validé fin 2002, son projet associatif pour une période de 5 ans. Ce projet arrivant à échéance, un processus de réflexion et de décision a été engagé en 2008 pour poursuivre celui-ci sous la forme d'un Agenda 21. La démarche engagée par l'APAJH du Tarn constitue une innovation sociale. C'est, à l'échelle de la région Midi-Pyrénées, la première structure associative à se doter d'un Agenda 21. C'est, dans son champ d'intervention (le secteur médicosocial) et à l'échelle nationale, la seule association qui à notre connaissance et à ce jour s'est engagée dans un tel processus. Le projet d'établissement de la MAS Lucie Nouet s'inscrit au cœur de cette démarche de développement durable et de projet associatif d'Agenda 21. Aussi en différents aspects des objectifs poursuivis sur la période à venir, il pourra être mis en évidence les convergences et concordances entre le niveau associatif et celui de l'établissement. Soit :

PROMOUVOIR ET RENFORCER LE PRINCIPE D'ÉGALITÉ

3 objectifs	11 propositions d'actions
Mettre en œuvre un développement associatif porteur du principe d'égalité	Développer une gouvernance et un management associatif s'assurant du principe d'égalité de traitement ; Mise en place d'un Comité consultatif « Qualité » ; Développer des actions d'accompagnement et de formation en direction des salariés les plus fragiles ; Mieux prendre en compte les besoins et attentes en développant un principe d'égalité d'écoute des résidents (ex : à propos des repas proposés) ; Développer la participation citoyenne (et d'engagement) sur les établissements.
Développer une capacité d'intervention renforçant le principe d'égalité	Finaliser les dossiers uniques des usagers ; Création d'un observatoire des usagers dans le diffus.
Promouvoir le principe d'égalité dans la cité	Réaliser des actions et des événements spécifiques visant à valoriser la place et la reconnaissance du citoyen handicapé, et plus largement, des publics en difficulté sociale ; Promouvoir le principe d'égalité de traitement en matière d'accès aux droits et aux soins ; Adapter l'environnement social aux besoins des familles (ex : accueil des enfants en dehors des heures couvertes par l'IME) ; Participer à une réflexion relative à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap.

PRIVILÉGIER LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE LOCAL

3 objectifs	7 propositions d'actions
Associer développement associatif et développement économique local	Réaliser une étude mettant en évidence la contribution économique de l'association au développement local ; Mettre en œuvre des processus financiers internes intégrant les objectifs du développement durable.
Promouvoir l'économie sociale et solidaire	Développer le partenariat avec les acteurs de l'économie sociale et solidaire ; Appuyer la création de structures coopératives.
Promouvoir un développement économique durable	Doter les activités de production de l'association d'objectifs de développement durable ; Construire un annuaire des partenaires et d'indicateurs, permettant la mise en œuvre d'une politique d'achats « 2D ¹⁰ » ; Construire et mettre en œuvre une charte « 2D » de nos fournisseurs.

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE ASSOCIATIVE RESPECTUEUSE DE L'ENVIRONNEMENT

3 Objectifs	11 propositions d'actions
S'approprier les enjeux environnementaux	Engager des actions de formation visant à sensibiliser et former les résidents et les salariés aux enjeux environnementaux (tri sélectif et consommation d'eau) ; Développer une information/sensibilisation en direction de l'ensemble des salariés sur toutes les petites actions du quotidien (lumière, tri, etc) ;
Maîtriser et réduire notre consommation énergétique	Réaliser un diagnostic « carbone » ; Construire et mettre en œuvre un plan associatif de déplacement ; Mettre en place un plan associatif de gestion des déchets ; Mettre en place un plan associatif d'économie des énergies ; Mettre en place le co voiturage ; Mettre en place un chauffage solaire ; Mettre en place des actions de récupération et de recyclage (papier, verre, carton, plastique) ; Mettre en place des actions spécifiques impactant sur le quotidien des établissements (poubelles à tri sélectif, éclairage à détection, ...).
Construire « HQE »	Inscrire nos différentes opérations immobilières à venir dans un label « HQE ¹¹ ».

¹⁰ 2D = Développement durable.

¹¹ HQE = Haute Qualité Environnementale.

STRUCTURATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Un acteur au service du développement local - Les liens avec les acteurs locaux ; Complémentarités avec le secteur sanitaire. **L'organisation des moyens d'hébergement** - La notion de « maison » ; L'accueil temporaire ; Les services transversaux. **La mobilisation des ressources humaines** - Le projet de l'équipe de direction ; Les équipes opérationnelles ; Organigramme général de l'établissement.

I. UN ACTEUR AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT LOCAL

La Maison d'Accueil Spécialisée « Lucie NOUET » s'est inscrite depuis octobre 1984¹², dans le développement d'une politique de coopération et de collaboration avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social de proximité. Cette politique s'est voulue d'emblée volontariste (pro active), au bénéfice des personnes adultes en situation de handicap accueillies dans la structure. Il s'agit pour notre établissement, le premier de ce type créé ex nihilo en Midi-Pyrénées après les lois génériques de 1975, d'éviter toute dérive *asilaire* telle que le stipulait la circulaire 62 AS du 28 décembre 1978. Ainsi notre mobilisation en termes de formations pluriannuelles de personnels novices dans l'accompagnement de la personne adulte polyhandicapée. Ceci impliquant un ensemble de conventions avec les praticiens libéraux de proximité mais aussi, la création d'un réseau professionnel¹³ que les Directeurs des MAS de SAINT-SULPICE et de CAGNAC développeront par la suite au niveau régional. Cette volonté de coopération pour l'ensemble des personnels de l'établissement a deux objectifs :

1. Promouvoir la pleine citoyenneté des usagers accueillis par le développement de leurs droits : À un accompagnement de qualité par des personnels formés en permanence et inscrits dans des réseaux professionnels ; À la santé en combattant toute discrimination ; Au sport, à la culture et aux loisirs ;

2. Promouvoir un projet social, pour eux et avec eux, par l'intégration dans leur environnement en favorisant tous les échanges possibles avec la création d'un flux de l'intérieur vers l'extérieur mais aussi de l'extérieur vers l'intérieur pour éviter tout isolement lié encore à la méconnaissance de la personne en situation de handicap par les habitants du territoire.

Ces objectifs reposent sur deux principes structurants. Le premier consiste à dépasser : La pluralité d'acteurs, d'instances et d'institutions qui sur le territoire relèvent souvent et jusqu'à ce jour d'un émiettement des réglementations et de logiques contradictoires, au bénéfice de la promotion des droits et devoirs de la personne en situation de handicap ; La dichotomie entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial pour l'accès aux soins de cette personne. Le second consiste à mettre à disposition des acteurs du territoire (autres institutions, associations), sur la base de conventions, des locaux ou matériels de l'établissement quand ceux-ci ne sont pas utilisés par les usagers. Ce principe repose sur une règle éthique : celle qui consiste à optimiser ces atouts logistiques financés ou subventionnés par l'argent public. Elle génère deux effets : L'un sur le fond du projet social qui favorise les flux et rencontres précités ; L'autre qui amène des économies de gestion ou des recettes en atténuation pouvant aller jusqu'à la délivrance de prestations de services réglementées. Ces pratiques, développées depuis plus de 20 ans, positionnent favorablement la MAS « Lucie NOUET » quant aux dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » en particulier sur l'Article L.1434-16 du Code de la Santé Publique : « L'ARS¹⁴ définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médicosocial ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. » Ainsi, notre inscription dans les actions transversales développées par l'APAJH du Tarn viennent elles en prolongement d'orientations et d'actions déjà existantes. L'on pourra en ce sens mettre en avant quatre axes complémentaires d'intervention. Soit :

- 1. Les actions en faveurs des publics ;**
- 2. Celles en direction des professionnels et de l'optimisation des compétences ;**
- 3. Celles en direction du système local d'acteurs ;**
- 4. Rapprochement et complémentarité avec le secteur sanitaire.**

¹² Date de son ouverture.

¹³ GREAP : Groupement de Réflexion des Etablissements pour Adultes Polyhandicapés.

¹⁴ ARS : Agence Régionale de Santé.

LES LIENS AVEC LES ACTEURS LOCAUX

Accompagnement et intégration sociale

Conventions avec des organismes agréés (organisation des transferts) ;
Conventions d'accueil d'usagers de la MAS d'Arsens-Marsous (séjours de rupture) ;
Convention de partenariat avec la CMCAS d'EDF Toulouse ;
Co organisation avec la Mairie de Saint-Sulpice et les clubs sportifs de la commune de la fête annuelle du vélo ;
Partenariats avec l'association locale Amitiés Handicap ;
Relations avec des clubs et organismes sportifs pour l'obtention de places aux usagers (Stade Toulousain, TFC, SCA...).

Droit au sport et à la culture

Prises de licences de sports adaptés auprès de l'AFSL de Saint-Sulpice ;
Collaborations permanentes avec le Comité Départemental de Sport Adapté ;
Organisation de journées départementales annuelles de sport adapté en collaboration avec les clubs sportifs de la et/ou des communes(s) ;
Convention de prestation de service avec le club équestre agréé ;
Convention avec la mairie de Saint-Sulpice sur l'accessibilité à la médiathèque.

En direction des personnes âgées dépendantes

- **Convention de création d'un GCSMS entre l'APAJH du Tarn et la Mairie de Saint-Sulpice** avec en projet la création d'un dispositif multi-générationnel comprenant en particulier la création d'un foyer d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ou pathologies assimilées, (en attente de validation par l'ARS Midi-Pyrénées) ;
- **Convention de prestations avec l'Association de portage de repas à domicile** de Lisle sur Tarn (ADMR) ; les repas confectionnés par notre cuisine centrale agréée (29932 en 2009) sont distribués par cette association au près d'une centaine de personnes âgées vivant à leur domicile sur 27 communes des territoires de proximité ainsi qu'aux personnes accompagnées sur l'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER de Gaillac ;
- **Instruction, en 2009, conjointe entre l'APAJH du Tarn et la Fédération ADMR du Tarn** pour la création de deux équipes spécialisées pilotes (appel d'offre CNSA) avec la mise à disposition de personnels qualifiés de la MAS « Lucie NOUET » (en attente d'autorisation sur le programme pluriannuel après instruction favorable de l'ex DDASS) ;
- **Convention de mise à disposition de personnels** de la MAS avec l'Association « Accueil Dame Guiraud » (composée du CHG de Lavaur, l'Association France Alzheimer 81, APAJH du Tarn et l'AFP de Lavaur) pour son foyer d'accueil de jour ; le Directeur de la MAS est membre coopté du Conseil d'Administration de cette association.

COMPLÉMENTARITÉS AVEC LE SECTEUR SANITAIRE

En cohérence avec le CPOM, est réalisé un travail permanent avec le secteur sanitaire local :

- **Listing de services ressources** du secteur sanitaire dans le cadre de consultations ou d'hospitalisations d'un usager (Centres Hospitaliers Universitaires Régionaux de Toulouse, Centres Hospitaliers d'Albi et de Lavaur, Clinique de l'Union) ;
- **Listing de fournisseurs** pour les matériels et aides techniques ;
- **Conventions de prestations** avec les praticiens libéraux : pédicure podologue, officine de pharmacie... ;
- **Convention** avec le réseau local de soins palliatifs SARA sous l'égide de la Fédération Départementale des Réseaux de Soins palliatifs et de prise en charge de la Douleur Chronique dans le Tarn ;
- **Relations continues avec le service de soins palliatifs** et antidouleur de l'Hôpital J. DUCUING de Toulouse et le CMP de Saint-Sulpice.

II. L'ORGANISATION DES MOYENS D'HÉBERGEMENT

LA NOTION DE « MAISON »

Le vieillissement relatif d'une partie importante des personnes en situation de handicap, accueillies depuis l'ouverture de l'établissement, aura entraîné à compter du milieu des années 2000 :

- **L'augmentation progressive du nombre de journées d'hospitalisation** (+ 260 % entre 2004 et 2007) liée à l'arrivée de pathologies intercurrentes comme à l'aggravation de certains handicaps ;
- **Le décès de 11 résidents depuis 2005 dont 4 en 2007** alors qu'entre 1984 et 2004 seuls 9 décès avaient du être déplorés, ce constat se démontrant être un véritable effet générationnel.

Jusqu'en 2007, année symptomatique, le respect du précédent projet d'établissement prônant l'hétérogénéité des handicaps accompagnés sur une même unité s'est alors confronté à plusieurs effets indésirables :

- La présence d'une ou deux personnes handicapées malades, sur chacune des 7 unités, entrainera la fixation à leur lit de toute ou partie de l'équipe pluridisciplinaire dans le soin et l'accompagnement,
- Par la même les autres résidents de l'unité verront progressivement une baisse de leurs activités,
- Enfin les services paramédicaux, en particulier le service infirmier, seront confrontés à des difficultés d'organisation et un manque d'efficacité.

Face à ces constats, la nécessité de faire évoluer le projet d'établissement, par avenant, sera partagée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en particulier pour aller à la création de deux unités dites « médicalisées ». Par la même, la problématique de l'hétérogénéité des handicaps se posera sur les autres unités pour mieux adapter nos réponses aux nouveaux besoins à prendre en compte tant liés au vieillissement, par la définition de nouveaux rythmes de vie, qu'aux nouvelles admissions de jeunes adultes nécessitant le maintien des stimulations, engagées le plus souvent en IME, comme de certains apprentissages.

Ceci donnera lieu à la création de 5 unités dites spécialisées. Pour bien marquer cette adaptation historique le choix sera fait de rebaptiser les unités en maison, intégrant par la même le concept de stimulation basale développée depuis quelques temps dans l'établissement dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette restructuration en maisons, ayant reçu l'avis favorable de toutes les instances représentatives et participatives de l'établissement, en particulier celui du Conseil de la Vie Sociale, a entraîné de nombreux mouvements tant chez les usagers que chez les personnels.

Depuis le milieu de l'année 2008 les maisons sont structurées de la façon suivante :

Accompagnement « médicalisé »

1. Une maison dite médicalisée, « **les Marguerites** », où la prise en compte des besoins des personnes présentant un polyhandicap grave avec pathologies intercurrentes associées voit la mise en œuvre d'un fil conducteur plus médicalisé dans la prise en charge ;
2. La maison « **Pervenches** » dite « pré-médicalisée » où le prendre soin individualisé est important au regard de l'évolution du rythme de vie et de l'aggravation de certaines déficiences en lien avec l'avancée en âge ou le surhandicap.

La mise en place de ces nouvelles maisons alliant le travail conjoint, en équipe pluridisciplinaire de jour comme de nuit, d'infirmières, d'aides soignants et d'aides médico-psychologiques favorisent l'anticipation et le pré-diagnostic infirmier au profit des personnes présentant des problématiques médicales. Les phases critiques comme le repas, l'alimentation, la surveillance, le soin, sont organisées de façon à privilégier une prise en charge individuelle. Ces deux maisons fonctionnent en binôme pour mettre en œuvre ces prise en charge individuelles

Accompagnement « spécialisé »

Maisons	Projets	Publics
Lilas	<p>La motricité dans le maintien de bon état de santé général y compris avec des actions en sport adapté ;</p> <p>La stimulation éducative avec comme visée le maintien des acquis dans la vie quotidienne ;</p> <p>Les activités quotidiennes sur des objectifs de socialisation et de citoyenneté ;</p> <p>Les activités de médiation en mobilisant l'animal.</p>	<p>Cette maison accueille des personnes qui conservent une bonne autonomie à la marche. Particulière par ses projets d'externalisation de la structure, elle fonctionne en monôme.</p>
Coquelicots	<p>L'intégration sociale progressive de l'intérieur vers l'extérieur de l'établissement ;</p> <p>La stimulation basale en particulier pour les personnes atteintes de syndromes autistiques ;</p> <p>Les apprentissages en direction des jeunes adultes en situation de handicap nouvellement admis.</p>	<p>Cette maison accueille des résidents présentant en particulier des troubles du comportement à caractère autistique mais aussi de jeunes adultes récemment admis.</p>
Lys	<p>L'intégration sociale plutôt centrée en interne au regard de l'avancée en âge des personnes accompagnées présentant des troubles du comportement ;</p> <p>La convivialité dans la reconnaissance de la place de chacun dans la vie quotidienne partagée en groupe ;</p> <p>Les activités de la vie quotidienne comme supports d'animation.</p>	<p>Coquelicots et Lys dont les fils conducteur dans l'accompagnement sont proches travaillent en binôme pour mieux répondre aux actions contractualisées dans les projets personnalisés.</p>
Mimosas	<p>Le maintien des capacités motrices et intellectuelles, dans la mobilisation des actes simples de la vie quotidienne ;</p> <p>La communication pour des personnes présentant toutes des systèmes de communication verbale ;</p> <p>Le respect des rythmes de vie au regard du vieillissement relatif de chacune des personnes.</p>	<p>Mimosas et Tulipes accompagnant les résidents dans le respect de leur rythme de vie, résidents majoritairement présents depuis de très nombreuses années, fonctionnent en binôme pour maintenir les</p>
Tulipes	<p>La notion de calme sur des rythmes de vie a appelés par les différents projets personnalisés ;</p> <p>La stimulation sensorielle, dans des systèmes de communication non verbale ;</p> <p>Des activités occupationnelles quotidiennes et adaptées au rythme de vie.</p>	<p>ratios d'encadrement nécessaires.</p>

Cette restructuration stabilisée par l'actuel projet d'établissement, est confortée dans cet écrit par l'exemplarité des premiers bilans posés en 2009 dans une démarche participative des personnels concernés à l'élaboration de ce projet d'établissement. Cette organisation permet une meilleure congruence entre des projets de maison resserrés autour de la réponse à certaines problématiques clairement identifiées et l'ensemble des projets personnalisés des résidents concernés au bénéfice des contractualisations actées.

Elle trouve de plus, dans l'ensemble des actions d'amélioration proposées de nouvelles perspectives et ceci pour les cinq prochaines années. Ceci, même si à terme et en fonction de l'évolution du public accueilli, elle peut être adaptable ou réversible.

L'ACCUEIL TEMPORAIRE

La spécificité de cet accueil s'inscrit dans le projet d'établissement et est le résultat d'une réflexion sur l'organisation de la prise en charge et pour la MAS la résultante d'une expérience au long court bien avant la parution des textes officialisant ce type d'accueil¹⁵. En effet elle l'évoque et le propose depuis son ouverture en 1984. En 2000 une place d'accueil temporaire est officialisée. En 2008 une autre place est accordée. Ce mode de prise en charge innovant se situe simultanément bien dans les évolutions actuelles du secteur en diversifiant l'offre de prestation de l'institution en direction des personnes handicapées. Leur proposant ainsi un réel choix de vie. Il complète l'aide de service de soins à domicile ou intervenir en complément d'un accueil à temps complet.

Objectif poursuivi dans le cadre de l'accueil temporaire

Il doit garantir la mise en place de projets diversifiés et adaptés dans la continuité pour l'ensemble des personnes handicapées accueillies. Il répond à plusieurs situations. Tout d'abord permettre : **Des temps de répit** aux aidants familiaux, qui assurent la relation permanente dans le quotidien de la personne handicapée au domicile. Ces périodes de prise de distance et de repos sont aussi une perspective de prévention des situations de maltraitance qui peuvent s'installer aussi bien pour la personne que son entourage ; **Une distanciation et évolution** de l'organisation des équipes et de l'accompagnement par le projet de vie de la personne, dans un accueil temporaire construit avec d'autres structures dans l'instauration d'une prise en charge partagée peuvent permettre également à plusieurs équipes de se relayer sur des problématiques difficiles de l'usager ; **Un mode d'expérimentation** et de ce fait un outil d'observation pour accompagner des modifications de modes de vie dans un autre environnement ; **Une réponse à des situations d'urgences** qui doit garder un caractère exceptionnel. Il faut dans ce cas prévoir un temps et un travail nécessaires au établissement des relations détériorées ; **Une période vacances** en relais des fermetures des établissements médico sociaux d'enfants et de jeunes adultes. Ce sont alors pour les personnes lourdement handicapées une période où elles bénéficient d'activités éducatives et de socialisation.

Aspects organisationnels

L'article D312-10-1 du code de l'action sociale et des familles limite la durée de l'accueil à un maximum de 90 jours par période de 12 mois. Il peut se dérouler en une seule fois ou en discontinu dans la limite des 90 jours. L'orientation sur ce type d'accueil est prononcée par la CDAPH et correspond à une orientation en établissement de type MAS. **Les moyens mobilisés par la MAS** - Il existe 2 places d'accueil temporaires distinctes au sein de 2 maisons dont les orientations de projet sont un peu différentes. Ainsi la maison Pervenches, orientée sur les problèmes de déglutition avec l'option de médicalisation dont le rythme de vie très calme privilégie les moments de prise de repas très technique. Et la maison des Lys orientée sur l'intégration sociale avec ses temps de repas en salle à manger collective et des temps de sorties et d'activités plus importantes. À noter que la maison Marguerite projette des accueils temporaires médicalisés en relation avec le Centre Hospitalier de Lavaur. Ceci offre donc, la possibilité d'accueils bien spécifiques en fonction des orientations des projets de maison. **L'accueil** - Un premier contact est établi avec l'équipe d'accueil au moyen d'un séjour de prise de contact. La famille rencontre des membres de l'équipe sur la maison d'accueil. Puis un planning annuel est établi en tenant compte de ces points un échange de courrier marque sur les dates d'accueil concrétise les accords de principes. **Le plateau technique** - Les professionnels proposant un accompagnement pluridisciplinaire en fonction des besoins de l'usager. Soit : Actes de la vie quotidienne ; Suivi des prescriptions médicales du médecin traitant (autre que celui de la structure) ; Suivi médical ; Conseils et accompagnements divers peuvent être proposés compte tenu des apports du plateau technique ; Conseils ergonomiques, conseils en kinésithérapie, conseils sur les orientations à prendre, diététique. **Les compétences des équipes d'accueil** - Il s'agit de souplesse et de réactivité avec des temps d'accueil qui peuvent être variables selon les usagers. L'équipe doit donc travailler à établir l'équilibre social du groupe d'usagers concernés. Les accueils sont souvent répétés, l'équipe participe donc d'un réel travail avec les familles d'usagers et ou établissements d'origine. Celle-ci est en situation de formaliser rapidement des projets, de les faire aboutir et de les évaluer.

¹⁵ Signalons ici que la MAS Lucie Nouet de Saint-Sulpice est le seul établissement du département à proposer ce type d'accueil (voir en ce sens le schéma départemental 2011).

LES SERVICES TRANSVERSAUX

En cohérence avec les orientations en matière de pilotage de l'établissement, les services généraux (et de fait transversaux) ci-dessous décrits concourent de manière continue à la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité en direction des usagers.

<i>Services</i>	<i>Missions</i>	<i>Objectifs</i>
Général	Créer les conditions d'hygiène des locaux et de convivialité dans le service des repas.	Maintenir une vigilance maximum en matière d'hygiène ; Participer à un meilleur confort pour les résidents dans la prise des repas ; Tendre vers une gestion harmonieuse des tâches ménagères en collaboration avec le personnel des maisons.
Entretien	Ce service œuvre pour maintenir les locaux et le matériel de l'établissement dans un bon état de confort et d'agrément en directions des résidents.	Optimiser l'adaptation des locaux et du matériel aux besoins des usagers.
Technique	Assure principalement une fonction d'entretien des bâtiments et du parc.	A pour objectif de porter une attention particulière à la sécurité de l'établissement (sécurité incendie et sécurité électrique).
Restauration	Sur l'établissement, l'activité de restauration s'exerce en deux directions : D'une part, une production de repas directement liée à l'hébergement des 52 usagers ; D'autre part, et dans le cadre d'un partenariat développé avec l'association des trois cantons et l'ADMR, la production et livraison de repas en direction des personnes âgées. Ceci implique une production annuelle de repas qui n'a cessé de progresser pour atteindre aujourd'hui un volume d'environ 30 000 repas/an (soit une production mensuelle d'environ 2 500 repas).	Outre le respect des réglementations en vigueur en matière de sécurité, d'hygiène et de qualité, il convient de mentionner ici, concernant l'activité de restauration, tout particulièrement en direction des usagers de la MAS, les objectifs suivants : Avancer vers une plus grande coordination avec les professionnels en charge de l'accompagnement médical et paramédical des usagers ; Renforcer les capacités d'individualisation des repas proposés aux usagers.
Lingerie	Participation au maintien de l'hygiène corporelle des résidents et au développement du « prendre soin de soi ». La mission implique : Le traitement du linge ; Le suivi vestimentaire des résidents ; Le contrôle des quantités nécessaires de linge aux divers services et unités ; Les petits travaux de couture ; Une participation aux manifestations exceptionnelles ; L'accueil des résidents qui viennent en lingerie (à la demande des professionnels).	Sensibilisation de l'ensemble des personnels des services sur les incidences de l'augmentation des quantités de linge à traiter ; Réévaluation de la dotation de linge en circulation en fonction de l'augmentation des besoins des résidents ; (voir ici l'impact du vieillissement des usagers) ; Réajustement des temps de travail nécessaires à l'évolution de la charge actuelle ; Gestion d'un budget lingerie ; Préparation d'un inventaire du stock actuel ; Réorganisation du rangement et du stockage de linge.

III. LA MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

LE PROJET DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION

L'équipe de Direction de la MAS fonctionne sur trois lignes majeures : 1. La **collégialité** préparatoire à la prise des décisions ; 2. La **complémentarité** sur la base des délégations reçues profitant des domaines d'expertise de chacun de ses membres ; 3. La **participation** active et intégrée à la nouvelle gouvernance associative renforçant le siège social tant au niveau du Conseil Stratégique de Direction qu'à celui de la Conférence de Direction réunissant l'ensemble des cadres de l'association. Ceci en cohérence avec le pôle Adultes Handicapés de l'APAJH du Tarn. Le mode de management est participatif dans l'élaboration des décisions et leur mise en œuvre :

- Sous la responsabilité du Directeur en particulier en fin de processus dans le domaine des gestions et pour la garantie des projets,
- Sous la responsabilité, dans « son autonomie déontologique » du médecin coordinateur,
- Portée par les adjointes de Directions puis les responsables de secteur et les coordinatrices de « maisons » selon leurs délégations.

Le projet de Direction est partie intégrante du projet d'établissement car il est à l'interface du projet associatif, des projets personnalisés et de ceux des services dans un contexte d'évolution permanente des politiques sociales, de leur financement comme de la réglementation auxquelles il doit se conformer. En tant que garant des différents projets, de leur élaboration, de leur mise en œuvre, de leur suivi et de leur évaluation, le projet de Direction entre dans le projet d'établissement comme élément de base de l'organisation générale et fonctionnelle du dispositif. Il le dépasse, pour les mêmes raisons, par la nécessité d'anticipation, moteur des adaptations. En outre, le projet de Direction s'appuie sur le pré-requis qu'un établissement ne peut évoluer que si l'ensemble des personnels qui le compose est concerné, chacun à partir de sa place, de son propre niveau de responsabilité et de compétences reconnues par tous en cohérence avec la mission confiée ; les moyens donnés à sa mise en œuvre ; le développement et la protection de l'outil de travail commun. En conséquence, le projet de l'équipe de direction s'ancre sur **quatre fonctions** respectueuses du projet associatif et de ses valeurs. Soit :

La fonction de pilotage. Soit :

- Définir des objectifs cibles et identifier des objectifs opérationnels au regard de l'évaluation interne,
- Planifier les tâches, préciser les fonctions et les niveaux de responsabilités,
- Déléguer et coordonner toutes actions dans le respect des fonctions,
- Mettre en œuvre les décisions prises,
- Suivre le déroulement des actions et en évaluer le résultat sur la base d'un contrôle interne toujours plus en adéquation avec la réglementation.

La fonction de maintenance. Soit : La maintenance a pour but de pérenniser l'organisation au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées donc de la développer. Elle est basée sur des mécanismes de régulation afin de donner à l'établissement :

- Une sécurité dans son fonctionnement et son organisation comme dans son environnement,
- Une stabilité dans sa hiérarchie et ses équipes ainsi que dans sa manière de communiquer,
- Une continuité dans sa ligne d'action permettant toute dynamique de changement,
- Des relations de confiance équilibrées à l'intérieur de l'établissement.

La fonction d'interface. Elle consiste à assurer le passage de l'information tant au point de vue des actions programmées ou réalisées qu'au point de vue professionnel, dans un cadre respectant le droit des usagers, sur un mode utile et nécessaire à leur prise en charge. Cette fonction s'élargit dans le développement de la nouvelle gouvernance associative au bénéfice de l'harmonisation de l'ensemble des dispositifs gérés mais également dans l'analyse de la mutation en cours du secteur social et médico-social. Dans ce contexte, l'équipe de Direction continue de développer l'ouverture à l'environnement de l'établissement pour mieux l'ancre et le mettre au service des territoires de proximité, les passages de l'intérieur vers l'extérieur, de l'extérieur vers l'intérieur mais aussi dans l'association ou en interne continue d'être soutenus. Une gestion efficiente des systèmes de communication et de circulation dans le cadre des nouveaux projets associatif et d'établissement permet d'améliorer le service rendu aux usagers.

La fonction symbolique. Elle consiste à favoriser l'expression d'une culture propre à la MAS « Lucie NOUET » (respectueuses des usagers, solidaire ou d'emploi formation) en adéquation avec les messages de l'association et signant un sentiment d'appartenance à l'institution. Elle est différente des trois précédentes fonctions parce qu'elle les traverse toutes en leur donnant du sens comme en portant les valeurs associatives en particulier de laïcité. L'établissement non centré sur la notion de profit financier peut favoriser chez chacun des acteurs le sentiment de participation, l'exigence de responsabilité, en un seul mot : **la citoyenneté**. Sur cette base, le projet de Direction s'organise autour de 4 axes majeurs :

1. Les délégations qui responsabilisent tout personnel dans sa fonction et son rôle. Développer les délégations revient à dire que chaque membre du personnel aura davantage de latitude dans l'exercice de sa fonction (d'où sa reconnaissance comme force de proposition), cela signifie, également, que le Directeur (et, donc, l'équipe de Direction) devront se doter de façon permanente d'outils efficaces de suivi et d'évaluations (relevé de décisions, tableaux de bord et indicateurs) et, donc, de contrôle effectif des tâches réalisées et des résultats obtenus ;

2. La promotion d'un projet d'institution au sens du projet associatif permettant :

- La définition d'une charte de bientraitance de la personne en situation de handicap tout au long de sa vie ;
- L'affinement de l'organigramme hiérarchique et fonctionnel au bénéfice de mutualisations transversales efficaces ;
- La pérennité d'un projet social prenant en compte les parcours professionnels grâce aux entretiens de progrès et à une politique de formation permanente tout au long de la vie dans le cadre de l'accord associatif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

3. L'information qui doit circuler (en traçabilité) à chaque niveau de responsabilité, est indispensable à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire quant à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de tout projet. L'optimisation de la qualité des systèmes de communication pertinents est nécessaire à la viabilité du système de délégation mais aussi au développement, dans le respect des droits de l'utilisateur et à son bénéfice, de partenariats et collaborations ;

4. La participation de chacun des acteurs à la mission confiée à l'établissement par :

- La fréquence respectée des réunions des instances de pilotage et de concertation déjà créées,
- Le respect des prérogatives du Conseil de la Vie Sociale et des instances représentatives du personnel
- L'investissement dans l'ensemble des commissions transversales créées au plan associatif.

L'ensemble de ces actions de changement dans la continuité défini par le projet de Direction s'appuie sur une politique d'appropriation définitive de la démarche qualité et de ses méthodes, une politique de développement de l'évaluation qui dynamise les projets d'adaptation ou innovants et une politique de développement des contrôles internes de gestion. Ce projet de Direction doit permettre à l'établissement de répondre à l'évaluation externe le moment venu.

Le Directeur garant, par délégation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du projet d'établissement et des projets personnalisés, dans leur contractualisation, comme des actions de sécurité et des contrôles internes de gestion, veillera, sur la base d'une mission au service du public, à la juste utilisation de l'argent public au bénéfice d'un service rendu de qualité aux personnes accueillies ou accompagnées.

Composition de l'équipe. L'équipe de Direction (réunion mensuelle) est composée actuellement du Directeur, des deux adjointes de Direction, du Médecin Coordinateur et du Psychologue.

Modalités de fonctionnement. Un Comité de Direction fonctionnel est créé (réunion à minima bimensuelle). Il est composé du Directeur, des deux adjointes de Direction, il peut y être appelé tout responsable de secteur en particulier le référent qualité de l'établissement.

Ce projet se doit d'être garant du cadre éthique comme du service rendu à la personne adulte polyhandicapée accueillie ou accompagnée.

LES ÉQUIPES OPÉRATIONNELLES¹⁶

Une répartition des moyens humains et des compétences par services et/ou secteurs

Services / Secteurs	Fonctions	ETP
Direction	Directeur ¹⁷ (1 ETP) ;	1
	Adjointes de direction dont une redéployée à 0,30 ETP en tant que Responsable Qualité auprès du Siège ; 1 Psychologue.	1,90 0,235
Secrétariat Administration Qualité	1 Secrétaire de direction redéployée partiellement sur la plate-forme paye associative ;	1
	1 Secrétaire comptable ;	0,80
	1 Secrétaire administrative ;	0,65
	1 Référent action Qualité déployé à 0,30 ETP au siège social.	0,92
Médecins	1 Médecin généraliste coordinateur (0,20 ETP) ; 1 Médecin rhumatologue et de rééducation fonctionnelle (0,080 ETP) ; 1 Médecin dermatologue (0,029 ETP).	0,315
Paramédicaux	1 Kinésithérapeute (1 ETP) ;	2,53
	2 Ergothérapeutes (2x0,5 ETP) ;	
	1 Psychomotricienne (0,25 ETP) ;	
	1 Orthophoniste (0,17 ETP) ;	
	1 Diététicienne (0,11 ETP) ;	
	4 Infirmières (1 ETP ; 0,95 ETP ; 0,80 ETP ; 0,75 ETP) ; 13 Aides-soignantes de jour (9 ETP : 0,80 ; 0,75 ; 0,50 ; 0,39) ; 6 Aides soignantes de nuit (5 À 1 ETP ; 1 à 0,90 ETP).	3,50 11,44 5,90
Service d'animation et d'accompagnement	1 Animatrice 1^{ère} catégorie (0,75 ETP), Pilote de la mission associative transverse Sport Adapté) ;	0,75
	27 AMP (16 à 1 ETP ; 2 à 0,90 ETP ; 4 à 0,75 ETP ; 3 à 0,50 ETP ; 2 à 0,28 ETP).	22,86
Services logistiques	4 Cuisiniers (3 à 1 ETP, 1 à 0,50 ETP) ;	3,50
	2 Lingères (2 à 1 ETP) ;	2,00
	4 ASSG (2 à 1 ETP, 2 à 0,75 ETP) ;	3,50
	2 Ouvriers d'entretien (1 ETP, 0,50 ETP).	1,50
Contrats aidés	1 CAE en secrétariat ;	1
	5 CAE en formation qualifiante d'AMP.	3,56
Remplacement	2,4 (ETP budgétés).	2,40
Total	80 personnes salariés en CDI sur 64,30¹⁸ ETP	71,26¹⁹

Remarques : Signalons en complément du tableau ci-dessus proposé, l'existence d'un référentiel²⁰ particulièrement détaillé de présentation et d'explicitation de l'ensemble des métiers présents sur l'établissement. Celui-ci ayant été produit dans le cadre du processus d'élaboration et de formalisation du projet d'établissement.

¹⁶ Hors services logistiques.

¹⁷ Également Directeur du pôle Adultes Handicapés de l'APAJH du Tarn auprès de la Direction Générale.

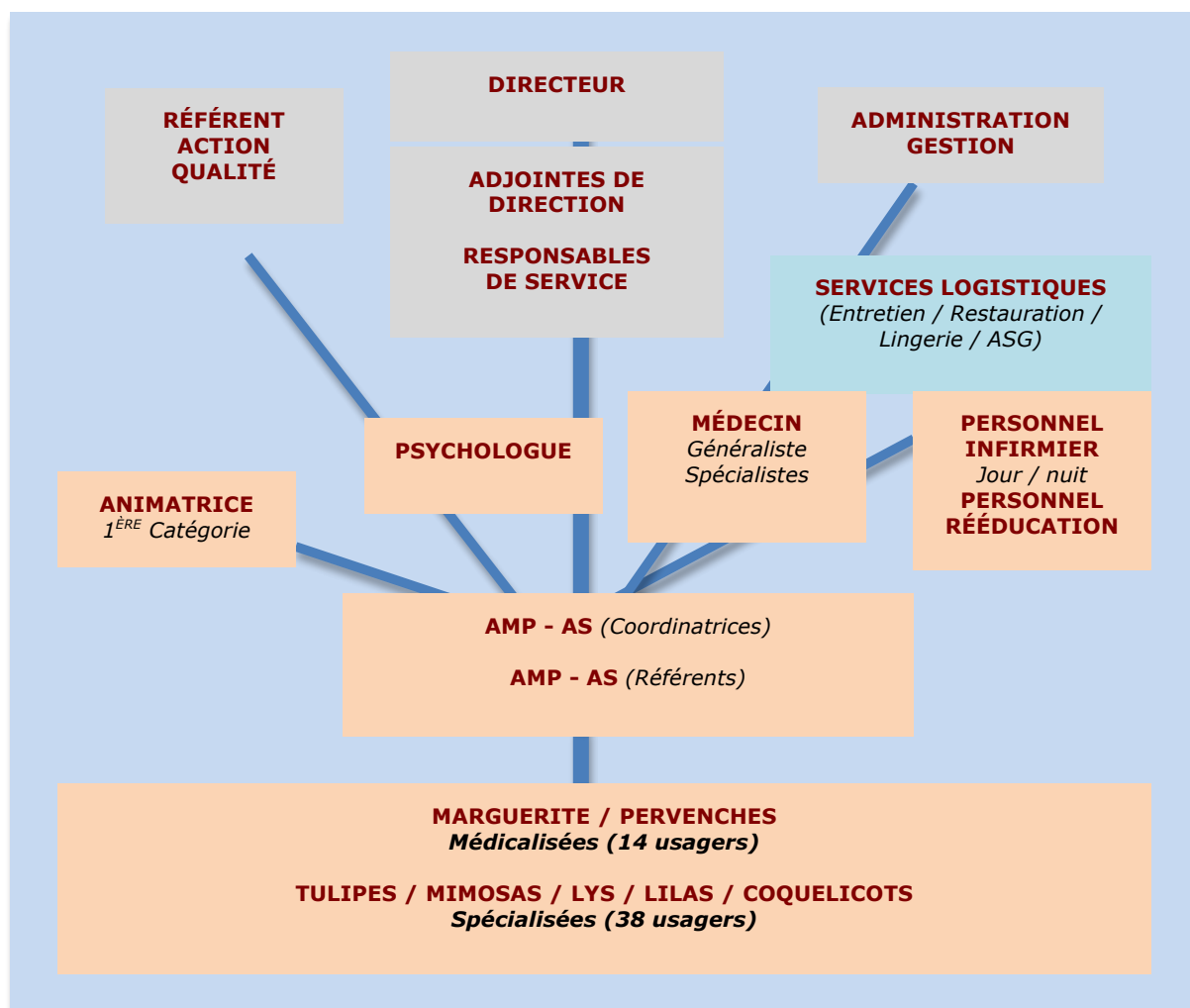
¹⁸ Hors CDD et Contrats Aidés.

¹⁹ 71,26 ETP pour 71,87 autorisés.

²⁰ Métiers et fonctions, le référentiel de la MAS Lucie Nouet. Document MAS 2010, mentionné en annexe au présent projet d'établissement.

ORGANIGRAMME²¹ GÉNÉRAL DE L'ÉTABLISSEMENT

Le schéma ci-dessous propose une vue d'ensemble des professionnels mobilisés par le projet d'établissement :



Dans son esprit comme dans ses déclinaisons opératoires, l'ensemble des ressources humaines et professionnelles de la MAS Lucie Nouet est ainsi organisé vers les usagers. La qualité de l'accompagnement et du soin proposée sur le site s'appuie sur un management participatif intégrant tout autant, l'équipe de direction, les professionnels des services logistiques que ceux, plus directement dans la prise en compte des besoins des usagers.

²¹ Il est possible de consulter dans le référentiel « métiers et fonctions » de la MAS Lucie Nouet (annexé au projet d'établissement) les organigrammes hiérarchiques et fonctionnels de chacun des services de l'établissement.

UNE RÉPONSE GLOBALE ET INDIVIDUALISÉE AUX BESOINS

Approche de la personne en situation de handicap - Le partage des informations relatives aux usagers ; Prendre soin et bienveillance ; L'implication des aidants familiaux ; Les projets personnalisés. **Une volonté de socialisation** - Soutenir les échanges : les activités ; Les ateliers proposés ; L'offre de sport adapté. **Des pratiques pour accompagner** - La stimulation basale ; Approche de la douleur et soins palliatifs. **L'amélioration continue des pratiques** - L'intégration d'une logique évaluative ; Structurer et animer l'évaluation interne

I. APPROCHE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

LE PARTAGE DES INFORMATIONS RELATIVES AUX USAGERS

Éléments de cadrage. Il est de nombreuses situations où les accompagnants sont amenés à parler de l'utilisateur (réunions d'équipes éducatives ; réunions de projet personnalisé ; etc...). L'article 458 du Code pénal précise que « les médecins, les chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes les autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on peut leur confié, qui hors les cas où ils sont appelés à rendre un témoignage en justice et celui où la loi oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés seront punis d'un emprisonnement de huit jours à 6 mois et d'une amende ». Le secret professionnel a donc pour objectif d'assurer la confiance qui s'impose à l'exercice de certaines professions dont on pense qu'elles ont une fonction sociale.

Le devoir de discrétion. Il constitue une obligation déontologique. Ce devoir de discrétion est notamment explicité dans les statuts. L'obligation de réserve et l'obligation de discrétion professionnelles se distinguent facilement en ce que le manquement à l'obligation de discrétion réside dans la révélation d'un fait, alors que le manquement à la réserve réside dans la manifestation d'une opinion. Cette obligation persiste après la fin d'interventions et après la fin de contrat. L'observation doit être conduite dans la discrétion tout en respectant l'intimité et la vie privée de la personne par rapport aux situations qu'elle rencontre. La divulgation de faits ou d'informations, sans nécessité et sans utilité, constitue, une faute déontologique. Cependant, le partage d'information avec d'autres professionnels tenus soit à un devoir de discrétion, soit au secret professionnel, est indispensable. Le partage doit se limiter aux informations pertinentes et exclure toute entrave au respect de la confidentialité considérée comme un droit fondamental de la personne au respect de sa vie privée. Par conséquent, les intervenants doivent régulièrement s'interroger sur ce qu'il est opportun de transmettre dans l'intérêt des personnes. Le travail social a par rapport à ces situations, comme premiers référent, sa direction qui encadrera sa mission et auprès de qui elle devra pouvoir trouver conseil.

Le secret partagé. Le nouveau code pénal n'intègre pas la notion de secret partagé. Dans les fait, compte tenu du développement du travail en équipe pluridisciplinaire, cette pratique tend à se développer. Une circulaire santé / justice (21 juin 1996) en a proposé un mode d'emploi. « Il convient de ne transmettre que les éléments nécessaires, de s'assurer que l'utilisateur concerné est d'accord pour cette transmission ou tout au moins qu'il en a été informé et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et ont vraiment besoin, dans l'intérêt de l'utilisateur, de ces informations. Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalité), présentent toutes les garanties de discrétion. Ce texte, qui n'a pas de valeur réglementaire, peut servir de guide pour organiser les modalités institutionnelles. Il s'agit donc pour l'établissement de s'interroger sur les modalités mises en place dans l'objectif de garantir que le partage d'information n'est permis que s'il est nécessaire, pertinent et non excessif. Lorsque l'on pose ce principe comme fondement de base, un certain nombre de principes nécessitent d'être posés comme incontournables :

- Nécessaire, lorsque le partage est utile à l'accompagnement, la protection ;
- Pertinent, lorsqu'il y a partage non subjectif et sans aucun jugement de valeur ;
- Non excessif, lorsque le partage respecte la vie privée et l'intimité de l'utilisateur.

Ce partage implique également qu'il soit mené qu'entre professionnels tenus au secret professionnel.

Au sein de l'établissement. Certains professionnels sont donc soumis au secret professionnel, d'autres à la discrétion professionnelle. Toutefois, la démarche d'accompagnement auprès de nos usagers nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire partageant une démarche commune, dans l'intérêt de la personne accompagnée, tout en ayant au préalable, et dès que nécessaire, analysé les bénéfices et risque pour elle. Le principe de l'information de la personne avant toute démarche doit être garanti. C'est dans ce contexte que l'établissement s'appuiera sur les principes réglementaires existant tout en adoptant la notion de secret partagé lorsque c'est nécessaire. C'est ainsi que plusieurs démarches institutionnelles devront être menées :

- Inscrire ces fondements et principes dans le règlement intérieur et les contrats de travail ;
- Réactualiser la fiche de fonction et plus particulièrement celle du coordinateur de projet ;
- Définir le cadre des réunions institutionnelles : charte ; règlement de fonctionnement ; nombre de personnes, modalité d'information de la personne ;
- Définir pour chaque réunion une personne reconnue ou sollicitée comme animateur de la réunion : elle ouvre la réunion en rappelant le but, le cadre, les conditions de secret partagé. La parole de chaque participant est entendue dans sa singularité ;
- Edicter des règles de transmission en coopération avec le Conseil de la Vie Sociale ;
- Définir les règles de rédaction des comptes rendu écrits. Il ne rapportera pas la totalité des propos, mais la teneur des analyses et des propositions. Il n'intègre que ce qui est nécessaire au projet que l'on prépare. Il n'est diffusé qu'aux participants. Il commence ou se termine par une formule rappelant les modalités de diffusion et secret partagé.

PRENDRE SOIN ET BIEN TRAITANCE

Le projet de l'établissement est d'abord fondé sur le « prendre soin », car il se pense d'abord en direction de l'usager, c'est-à-dire de la personne accueillie. Simultanément, les usagers sont immanquablement tributaires de l'acte mais aussi de l'intention de soin. Le projet ne peut pas faire l'économie de ce point de départ. Les personnes accueillies, dans ce qu'elles sont psychiquement et physiquement, ont besoin de professionnels soignants, (donc dans le prendre soin). c'est-à-dire une sollicitude bienveillante qui implique, pour le soignant, une discrimination intellectuelle l'amenant à penser le bien être de l'autre. De plus, ce n'est pas l'usager qui fait « contrat » au regard de ses incapacités ou /et sa défaillance, mais un tiers qui est amené à penser à sa place. Ainsi, l'accueil de la personne reconnue en situation de handicap demande, voir exige d'abord d'en « prendre soin », parce qu'il est ici nécessaire d'amener, ou de créer pour la personne, un environnement, une nouvelle situation, qui ne va pas supprimer sa déficience²² mais lui permettre de mieux vivre avec. Ainsi le service rendu s'inscrit dans le prendre soin, qui lui-même s'inscrit dans les pratiques de bien traitance, avec la visée et la prétention de produire du bien être aux personnes en situation de handicap. Si la notion du prendre soin est incontournable, elle reste insuffisante du fait que le prendre soin ne prend en compte que les difficultés et incapacités de la personne, mais pas ce qu'elle est en tant que personne. Pour autant, l'établissement ne peut être réduit à un espace soignant. Il constitue également un lieu de vie impliquant une notion d'accompagnement. L'accompagnement introduit la prise en compte d'une personne dans une trajectoire, une construction d'histoire qui donne sens à cet accompagnement²³. Le service se transforme en accueil, et inclue la notion de bien être de la personne dans un environnement spécifique : celui d'une MAS. En conséquence, le service à la personne accompagnée tout au long de sa vie, (le prendre soin), détermine la raison d'être de l'établissement, le sens de son action. À partir de ces positions, le service rendu par l'établissement et les professionnels se veut être une réponse à l'usager, (pas forcément à celui qui fait la demande), cette dimension étant une des caractéristiques particulière d'une M.A.S. eu égard aux caractéristiques aussi particulières des personnes accueillies appelés et ce n'est pas rien « résidents ».

Le concept de bientraitance. Cette notion est au cœur de ce qui motive la fonction professionnelle, depuis le fond de l'histoire du médicosocial autour de la question de l'altérité, c'est-à-dire le souci de l'autre, la constitution de la fonction d'aide dans l'intentionnel, de soutenir l'autre qui est à la base du mouvement qui accueille, prend en compte et prend en charge celui désigné comme ayant besoin d'aide. En ça, comme il est soutenu par l'ANESM, la bientraitance est

²² Comme le signifiant « soin », le signifiant « handicap » est porteur de confusion et d'interprétations divers. C'est la notion de déficience qui fait la situation de « handicap », pas l'inverse. Entre autre, le point de défaillance ou d'incapacité n'est pas lié à l'handicap mais à celui de déficience.

²³ La construction d'histoire est de produire et de laisser une trame de vie ? Ce qui n'est pas rien par rapport à des personnes qui ne sont pas structurellement dans cette construction.

bien au premier plan des attentes et représentations du secteur social et médicosocial. Il n'en reste pas moins que s'il est conceptualisable, soutenu en terme de projet, sa réalisation en pratique n'est pas évidente loin de là, et qu'il ne suffit pas de l'énoncer pour qu'il soit efficient. C'est dans ce sens en reprenant et s'inspirant des réflexions de l'ANESM qu'il est nécessaire de dépasser la notion de « projet » en terme de bientraitance pour évoluer à celui de « culture ».

Concernant le thème de la bientraitance, dans l'exercice de nos pratiques en MAS. Ce thème doit être une introduction à toute démarche et projet professionnel, impérativement un sujet de réflexion permanent à partir de mise en place d'analyses des pratiques et enfin à travers un souci de vigilance générale soutenu par : Un cadre éthique ; Les déontologies professionnelles ; La charte des valeurs associatives, en lien avec un ensemble de réflexions philosophiques qui concourt aux conceptualisations du médicosocial. Dans le cadre opérationnel du projet d'établissement présent, le traitement de la question de la bientraitance devra trouver sa place, dans des dispositifs de travail et réunions d'analyse des pratiques sur la thématique « soignant / soigné » et sur des commissions en travaux de réflexion et vigilance interne à l'établissement, voir mieux transversale à l'ensemble de l'activité associative. Ce thème ne peut être porté que par l'association, seule garante de la réflexion éthique, et donc garante d'une assurance à tenter la bientraitance et à en garantir un « fait de culture ».

L'IMPLICATION DES AIDANTS FAMILIAUX²⁴

Outre les droits et devoirs exposés dans le règlement de fonctionnement validé par le Conseil de la Vie Sociale et les engagements partagés dans le cadre de la signature du contrat de séjour, la MAS « Lucie NOUET » développe une politique volontariste en direction des familles. Ce projet d'établissement appelle à continuer le développement de l'aide aux aidants familiaux. Au regard des droits de la personne handicapée accueillie ou accompagnée, la maintenance de ce lien (au bénéfice de la personne et le respect de ses choix comme ceux de sa famille qui ne peuvent souffrir d'aucun jugement ou discrimination), peut être considéré comme l'enjeu essentiel de ce projet d'établissement. Cette action en direction des aidants familiaux est développée directement par les dirigeants associatifs et le siège social, avec :

- L'organisation de journées d'information en particulier sur les plans de la protection juridique et assurantielle ;
- La création au siège social d'un poste de responsable des affaires juridiques et sociales ;
- La création d'une commission avec permanence d'appel téléphonique permettant d'accompagner les familles dans : l'annonce du handicap, la communication des informations et contact nécessaires à l'orientation et au développement du projet de vie de la personne en situation de handicap ;
- La participation active de nombres de dirigeants ou de membre du siège social dans les instances départementales en particulier au niveau de la MDPH.

De même, la MAS « Lucie NOUET », depuis sa création, a toujours eu comme « objectif : **D'intégrer** les familles, qui le souhaitent, dans la démarche de suivi des projets personnalisés ; **De contribuer** au développement des relations familiales les plus positives pour les résidents qui bénéficient de ce lien. La démarche d'accompagnement consiste ainsi à :

Associer les familles à la démarche projet par la mise en place d'une information adaptée concernant les décisions prises à l'égard du résident ; **Proposer** une aide, un soutien psychologique aux familles que l'on suppose en attente et peuvent avoir des difficultés à exprimer ce besoin ; **Solliciter** le point de vue des participants au Conseil de la Vie Sociale (CVS) sur les aspects du fonctionnement de l'institution et mettre les informations à la disposition de toutes familles d'usagers ».

²⁴ Les aidants familiaux sont ici définis comme : toute personne de la sphère familiale qui garde un lien continue ou discontinue avec la personne accompagnée et soignée dans l'institution exerce le rôle d'aidant par la maintenance de la relation, la promotion des droits de la personne concernée, la défense de ses intérêts, sa participation active à l'élaboration du projet de vie de son parent, proche ou protégée.

Cet objectif et cette démarche ont permis de développer des actions opérationnelles :

- Réunion générale professionnels familles (et/ou représentants légaux) ;
- Résolution de problématiques individuelles par élargissement du service rendu ;
- Accompagnement du résident en visite au domicile de la famille y compris en institution pour personnes âgées ;
- Accompagnement des familles lors de consultation médicales ou pendant la période d'hospitalisation de l'utilisateur ;
- Droit de visite élargie ;
- Maintien et développement des systèmes de communication (téléphone, atelier courrier)...

La démarche d'association des familles n'a pas manqué d'évoluer, au regard de la loi du 2 janvier 2002, par la signature des documents de contractualisation, par leur participation aux nouvelles « réunions projets personnalisés ». identifiables dans les PP²⁵, les travaux de co-élaboration de co-construction avec les familles témoignent de cette volonté.

LES PROJETS PERSONNALISÉS

L'action médico-sociale menée par la MAS « Lucie NOUET » est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable à l'ensemble des prestations²⁶. Le règlement de fonctionnement de l'établissement expose, dans : Son chapitre 2, article 4 « déontologie institutionnelle », les grands principes de l'organisation de la prise en charge ; Son chapitre 2, article 5, les droits des usagers. Le contrat de séjour définit, dans son article 4 « descriptions des prestations », les dispositions générales et personnalisées de l'accompagnement et des soins. Le choix sémantique est fait sur le terme de « projet personnalisé » plutôt que « projet individualisé ». Ce terme, en effet, témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne (et/ou de sa famille et/ou de son représentant légal), en englobant la question de l'individualisation. Ainsi, au-delà de l'utilisateur, c'est la personne que nous accompagnons. Et c'est bien la personne qui est le sujet de notre « prendre soin », c'est elle qui est le bénéficiaire direct des accompagnements, des soins et des prestations²⁷. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire consiste à aider l'ensemble de ses personnes à comprendre toute situation et à co-construire un projet personnalisé de la personne adulte lourdement handicapée répondant de façon adaptée à ces attentes mais aussi aux besoins repérés dans une dynamique projet autour de l'accompagnement et des soins. Le projet personnalisé n'est pas le contrat de séjour, il l'affine, en particulier à la MAS, par le fait : Qu'il est annexé au contrat de séjour ; Que deux documents contractualisés y sont joints (Un sur les objectifs, partagés et décidés ; Un sur le plan d'action envisagé et donc l'emploi du temps de l'utilisateur). Le projet personnalisé de la personne est un acte et un outil fédérateur dans l'accompagnement et les soins de celle-ci d'autant plus que ses attentes ne sont pas obligatoirement celles de la famille et du représentant légal et qu'il peut exister des contradictions dans l'analyse des situations entre ces derniers et les professionnels ou des différences d'approche dans l'équipe pluridisciplinaire elle-même. C'est la raison pour laquelle, cette co-construction se base sur le respect des droits et devoirs de chacun (règles, règlements et contrats...) mais aussi sur un compromis ne pouvant obérer : La définition de ce qui est modifiable ou non modifiable ; L'évolution de l'état de santé de la personne concernée. Cette dynamique passe par un dialogue régulier et suivi rythmés par les temps repérés de l'élaboration du projet, sa mise en œuvre, son suivi, son évaluation et de son renouvellement. La condition comme la conséquence en est : la reconnaissance de la place de chacun, la personne, la famille et les proches, le représentant légal et les professionnels et pour ceci de chaque professionnel dans l'équipe pluridisciplinaire.

La MAS « Lucie NOUET » en est à sa « deuxième génération » de projets personnalisés, les professionnels ont été formés depuis 10 ans à cette méthodologie validée en gestion documentaire de démarche qualité.

²⁵ PP : Projet Personnalisé.

²⁶ Une vigilance est apportée en ce sens, tout particulièrement du point de vue du renforcement d'un principe d'égalité de traitement entre personnes, tant en termes d'accès aux soins, que de mise en œuvre effective des traitements.

²⁷ Ici, nous devons différencier les attentes de la personne, de celles de la famille ou des proches et de celles du représentant légal tout en permettant l'expression d'autant plus que pour la personne dépourvue d'avis éclairé celles-ci sont plus implicites qu'explicites.

II. UNE VOLONTÉ DE SOCIALISATION²⁸

Éléments de cadrage. La vie quotidienne, les ateliers et les animations constituent les axes et les supports stratégiques de l'accompagnement autour desquels vont se construire les projets personnalisés de chaque résident. Une professionnelle (animatrice) est en ce sens, chargée de coordonner les activités au sein de l'établissement, elle assure le suivi des projets d'activités et leurs bons fonctionnements. Elle anime aussi les activités de sa compétence²⁹ (diplôme dans les Sciences et techniques des activités physiques et sportives) à partir des projets s'inscrivant dans les orientations de l'institution et répondant aux besoins des résidents. Rappelons également ici les objectifs associatifs en ces domaines. En effet, l'APAJH du Tarn a pour objectif : La mise en œuvre de toute action destinée à favoriser l'épanouissement des personnes en situation de handicap, de dépendance, de perte d'autonomie ou de difficultés sociales et à assurer leur intégration dans les différents domaines de la vie. L'art, l'expression et le sport ont ainsi toute leur place dans le dispositif pour répondre aux besoins fondamentaux de la personne accueillie. En cohérence, des moyens associatifs ont été mis en place pour développer et optimiser les compétences de chacun sur l'ensemble des établissements de l'APAJH 81. Des commissions transversales se sont créées dont, une commission sportive pilotée par l'animatrice de la M.A.S. L'objectif étant de fédérer l'ensemble des établissements de l'APAJH 81 et de développer la pratique sportive au bénéfice des personnes accueillies.

SOUTENIR LES ÉCHANGES : LES ACTIVITÉS

Inscrites dans le quotidien de la vie de l'établissement et dans celle des usagers, un ensemble d'activités sont mobilisées en intelligence de situation par les professionnels en vue de faciliter les processus d'échanges et d'interactions sur le site. Soit :

- Toilette sensorielle / suite à la toilette hygiène ; Moments conviviaux ;
- Piscine en activité ponctuelle et spontanée ; Baignoire bulle ;
- Activités motrices (sorties, activités physiques adaptées, marche parc, vélo) ;
- Soins de relaxation ponctuel maison ;
- Musique (ponctuel maison), Karaoké ;
- Lecture – Conte dans la maison (ponctuelle) ; Activité correspondance ;
- Restau du cœur ; Cuisine (de la maison) ;
- Soins du visage et du corps (main – pied) (interne à la maison) ;
- Sorties Magasins / achats / Restaurant / Marché du village ;
- Vidéo/photo/informatique/DVD/Jardin ;
- Animaux à la MAS (bouboule ,arco , perruches , poissons) ;
- Journées ponctuelles ;
- Luge/mer/rugby/foot/concert ;
- Journées thématiques (ou exceptionnelles).

²⁸ Cette volonté de favoriser une dimension socialisante à l'accompagnement proposé aux usagers se décline concrètement à partir des trois formes : les activités, les ateliers et enfin les moments dits conviviaux. Rappelons ici les définitions des termes utilisés, conformément au glossaire élaboré par le comité de pilotage de l'auto évaluation interne. Soit :

- **Activités** : moments d'activités de la vie quotidienne. Ces activités peuvent prendre la forme de moments conviviaux, d'AVJ (activités de la vie journalière) (ex : toilette sensorielle) ou d'activités occupationnelles. Elles sont individuelles ou collectives. Elles sont une réponse spontanée aux besoins, désirs et attentes des résidents. Elles ne se déroulent pas dans un lieu et un temps définis d'avance. Elles peuvent nécessiter un projet écrit selon leur nature (sortie, transfert, toilette sensorielle,...). Elles sont en référence au projet de maison et/ou de service comme au projet personnalisé.
- **Ateliers** : moments d'activités régulières et programmées dans un temps et un lieu déterminés. Les ateliers sont définis par un projet écrit comprenant son organisation, son budget, ses moyens et objectifs. Des référents de projet sont nommés. Les ateliers comprennent des évaluations périodiques et sont intégrés aux projets personnalisés des personnes.
- **Moments conviviaux** : moments d'activités simples et informels se déroulant sur l'unité de vie (maison). Ces moments conviviaux et toujours collectifs permettent de rassembler les résidents afin de créer des interactions.

²⁹ La professionnelle est diplômée en Sciences et techniques des activités physiques et sportives. L'importance de l'activité physique pour la santé n'est plus à démontrer. Suite à une étude effectuée en 2000 et 2003 (« recherche action »), l'institution et les équipes ont bien réalisées quel impact avait la pratique d'activités physiques sur la qualité de vie des résidents. Depuis cette expérience, la pratique de la marche (entre autre) s'est faite plus régulièrement. Les sorties dans les rencontres du sport adapté se sont inscrites dans le prolongement du programme d'activités des résidents.

LES ATELIERS PROPOSÉS

Types d'ateliers

Domaines	Ateliers proposés	Professionnels mobilisables
Arts et expression	Contes et histoires	12
	Journal	14
	Art plastique	6
	Musique	4
	Ciné cinéma	3
Sport	Piscine	12
	Snoezelen	11
	Marches et sorties	15
Vie sociale	Recyclage	12
	Dégustation	8
	Esthétique et coiffure	6
	Temps libre	Coordonné par l'animatrice

Modalités de fonctionnement des ateliers

1. Les usagers sont orientés sur l'activité en fonction de leur projet personnalisé ; et compte tenu des soutiens en encadrants ;
2. On privilégiera la participation de l'utilisateur qui bénéficie le moins d'activités. Ceci en fonction de l'objectif de son projet personnalisé ;
3. En fonction des faiblesses de l'encadrement, certains ateliers peuvent être supprimés (mais pas toujours les mêmes) ;
4. L'atelier aura un nombre d'utilisateurs permettant l'évaluation tant des actions programmées pour les participants que de l'adéquation du projet ;
5. La durée de présence à l'atelier suit donc un projet personnalisé ;
6. Durée de l'atelier : 1h à 1h30. Plages horaires (De 10h45 à 11h45 - De 14h30 à 16h)
7. Un objectif d'évaluation et de traçabilité (Sur les portes des salles le programme d'utilisation avec la liste des personnes ressources et la liste des usagers qui l'utilisent. Enfin, la traçabilité sera effective sur les classeurs individuels de chaque usager permettant une évaluation au moment de la remise à jour du projet personnalisé).

Organisation des ateliers transversaux

Les ateliers de la psychomotricienne et l'animatrice, sont programmables à l'année et de ce fait un planning de l'utilisateur peut être tenu. Pour l'équipe d'animation, nous repérons les temps forts des planifications des encadrants pour programmer de façon repérable les ateliers (ex snoezelen proposition sur un cycle de roulement de ces services.)

Autre exemple la Piscine est programmée le samedi ou dimanche après midi. cet atelier étant remplaçable l'hiver par des sorties de type marche. Un petit groupe d'utilisateurs bénéficie d'un atelier pendant que leurs collègues sont dans un atelier ou dans une activité avec une animation très large exemple : séance de ciné cinéma. Un après midi peut être réservé à l'invitation par la maison perverche à un Atelier « dégustation »

Exemple de planification des ateliers des usagers sur un cycle de 4 semaines

Lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Kiné balneo	Balneo		Balneo Cuisine		Soezelen des maisons	
Kiné petits marcheurs	Contes Invitation marguerites	Dégustation Pervenches		Balnéo Psychomot en salle mot	Piscine des maisons	Marche des maisons

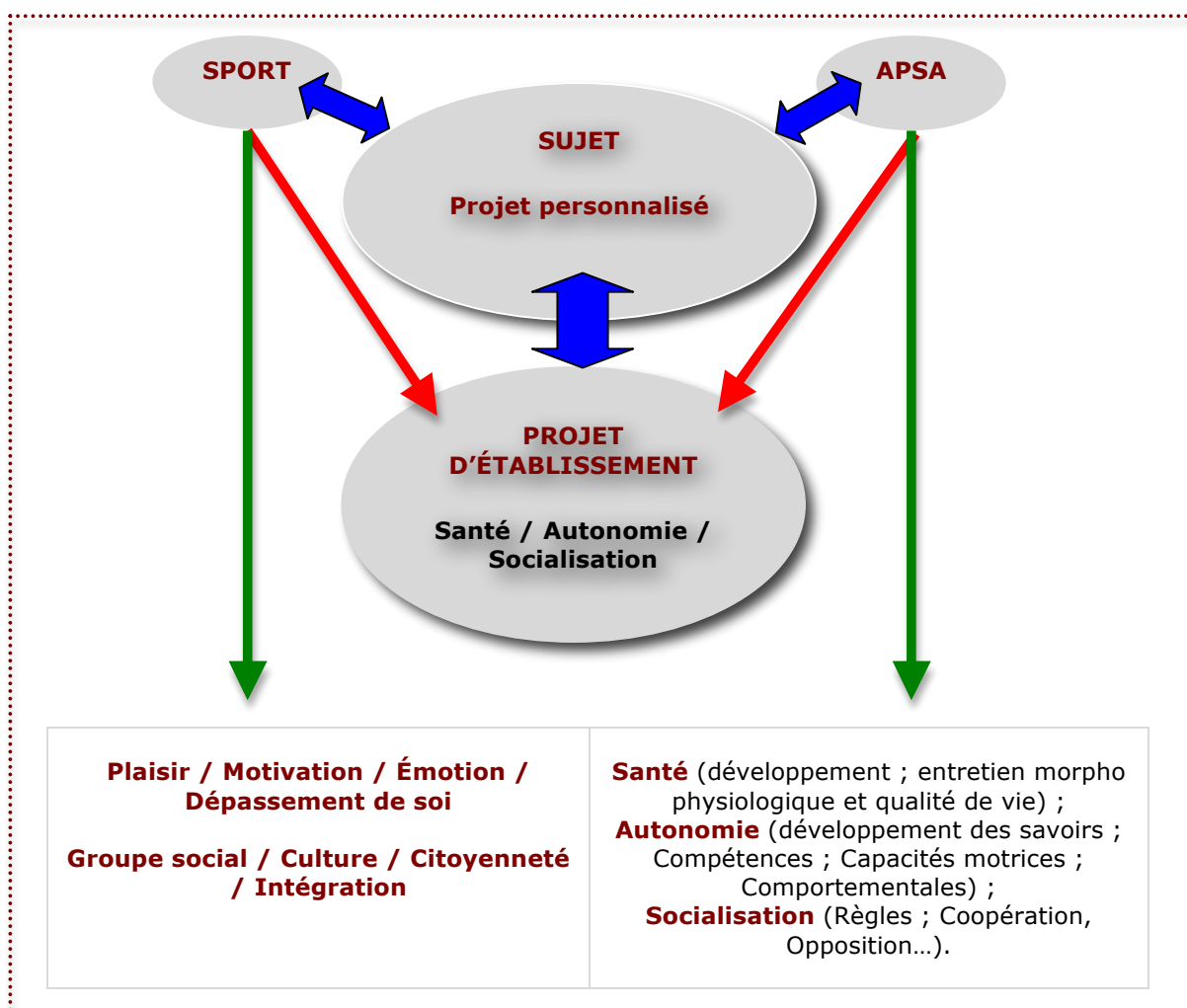
L'OFFRE DE SPORT ADAPTÉ

En 1994, L'association de formation, sport et loisir de la MAS Lucie Nouet (l'AFSL) a créé une section sport pour permettre aux adhérents (résidents de la MAS) de prendre des licences. Cette année là, la fédération proposait aux associations l'organisation en Kit d'une journée nationale d'activités motrices. La MAS s'est portée volontaire pour mettre en place cette manifestation et depuis, le sport adapté à l'APAJH du Tarn n'a pas arrêté de se développer. Le sport adapté est le prolongement d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées (APSA) institutionnel. Les résidents participent aux manifestations du secteur non-compétitif. L'établissement participe à la dynamique sportive départementale du sport adapté en organisant des manifestations sportives non compétitives. Aujourd'hui, l'AFSL a intégré dans sa section sportive les établissements de l'APAJH du Tarn et organise avec le comité départemental 7 manifestations sportives dans l'année (randonnées pédestres, parcours basket, journée pêche, concours de pétanque, parcours moteurs). La pratique d'activité physique et sportive est en parfaite harmonie avec les orientations des lois du secteur médico-social (lois 2002 et 2005).

Le sport adapté fait partie intégrant du projet personnalisé du résident, il répond aux besoins fondamentaux de la personne. Soit :

- Lutte contre la Sédentarité ; Prévention du vieillissement ; Lutte contre le surpoids et l'obésité ; Lutte contre la solitude, le sentiment d'isolement ;
- Amélioration de la résistance à la fatigue ; Développement de l'Autonomie ; Poursuite d'un projet personnel.

Place des activités physiques et sportives dans le projet d'établissement



III. DES PRATIQUES POUR ACCOMPAGNER

LA STIMULATION BASALE

Les formations en stimulation basale ont commencé en avril 2005. Depuis l'ensemble des salariés à été sensibilisé à cette technique. Nous avons formé depuis 2003 l'ensemble des professionnels de la structure : Aux techniques d'accompagnement de la déglutition ; Aux réflexions relatives à la prise en charge globale médicale et éducative ; **Au concept de la stimulation basale.** Actuellement 42 personnes ont été sensibilisées au concept. Ce type d'approche permet de comprendre et repérer les besoins fondamentaux de chaque être humain et donc d'étayer une philosophie des projets personnalisés des résidents de la MAS.

Un outil privilégié : La carte sensorielle du résident, qui implique...

L'observation de l'usager. La lecture sensorielle se fait à partir de l'observation des résidents :

- Dans les moments où ils sont livrés à eux-mêmes (stéréotypies, conduites auto vulnérantes) ;
- Dans leurs positions de repos (sommeil et sieste) ;
- Sur la manière dont ils utilisent leurs possibilités motrices (incomplétude sensorielle).

La question de base est : que fait-il spontanément ? que pourrait-il faire qu'il ne pense pas à utiliser ? La lecture est facile pendant la toilette pour certains, lors d'un bonjour pour ceux qui ne bougent que très peu.

- Sur le plan affectif, repérer ceux qui sont toujours collés aux adultes ;
- S'ils aiment toucher, ou non, quand, comment... (Toilette, ateliers..) ;
- S'il a des difficultés pour toucher ;
- S'il sait écouter, regarder (état attentionnel).

La carte d'identité résume rapidement : le comportement habituel ; le code de communication s'il existe ; les stratégies communes que tout le monde doit connaître pour « le rencontrer » avant toute intervention ; les stratégies communes pour gérer les « crises » s'il y en a.

Chaque élément est discuté par l'équipe pluridisciplinaire, le recueil de données se fait avec la participation de l'ensemble de l'équipe, qu'elle s'occupe du résident au quotidien ou seulement très ponctuellement. Les personnels de proximité possèdent une connaissance très fine des résidents et, grâce à leurs observations, permettent le plus souvent une très bonne compréhension des comportements de base par l'ensemble de l'équipe. Par exemple, leur expérience va permettre de différencier plusieurs types de cris chez un même résident, n'exprimant pas la même chose, et permettant de proposer des **réponses adaptées**.

Il est toujours très important d'affiner son observation des personnes handicapées et de ne pas se satisfaire d'une compréhension « logique » comme : je souris parce que je vais bien, je pleure parce que je suis triste. Les personnes polyhandicapées peuvent utiliser les mimiques, cris, rires (et autres manifestations émotionnelles que nous pensons pouvoir décoder simplement) avec une toute autre signification. À l'issue du recueil de données, on peut se demander : Qu'est-ce que je connais de cette personne ? Quelles sont mes certitudes ? Quels sont mes doutes ? Qu'est-ce qui reste difficile à comprendre ? Qu'est-ce qui reste difficile dans les soins ? Cette démarche permet de répondre au mieux aux besoins fondamentaux des résidents :

- Elle aide à la définition d'une conduite que chaque professionnel doit s'approprier afin de permettre à la personne handicapée de ne pas être agressée par le quotidien et de pouvoir devenir, continuer à être, ou être encore mieux **acteur** d'une partie de sa vie ;
- Elle permet d'encourager les comportements « d'ouverture » : **relation, communication, mouvement**; grâce à un travail sur l'approche personnalisée et sur l'environnement ;
- Enfin, elle permet de mieux accepter les comportements « aut centrés » (stéréotypies, auto-stimulations diverses) en les considérant comme des modes d'expression propres à la personne polyhandicapée, qui nous donnent des pistes de compréhension de la personne (par exemple, les stéréotypies de balancement sont une auto-stimulation vestibulaire : il est donc possible d'accentuer le travail sur le vestibulaire dans le quotidien).

APPROCHE DE LA DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS

La prise en compte de la « douleur ». La douleur, qui se définit comme une « expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à un dommage tissulaire ou décrites en terme d'un tel dommage », est un symptôme fréquent chez la personne polyhandicapée, difficile à évaluer et à prendre en charge. La classification des douleurs est particulièrement complexe. On identifie les douleurs aiguës, faite par la physiologie entre douleur lente et douleur rapide. La douleur chronique se différencie de la douleur aiguë par l'adjonction de phénomène traduit par l'organisme qui trouve son origine dans l'entretien de sensations douloureuses, la mémoire douloureuse, la mémoire psycho affective exprimant des préjudices subis ou les bénéfices retirés. La douleur devient souvent un syndrome invalidant majeur avec quêtes médicales, demande médicamenteuse, dépression, inactivité, dépendance, étalement complaisant de la douleur. Dans ce type de douleur, certains symptômes de types neuro-végétatifs, tels que les troubles du sommeil, de l'appétit, de l'humeur, de l'adaptation sociale, de la tolérance sont des signes. L'évaluation de la douleur a une grande importance en clinique. Évaluer la douleur c'est essayer de quantifier le phénomène douloureux mais aussi envisager son impact sur la vie de la personne et tout particulièrement sur sa quotidienneté comportementale.

Quelques principes incontournables : La personne est seule juge de sa douleur. Il faut toujours croire une personne qui se plaint de douleur ; Toute modification du comportement peut correspondre à une douleur. (expressions faciales, grognements, gémissements, raidissement, agitation, refus alimentaire, troubles du sommeil, irritabilité...) ; Il existe des échelles spécifiques pour évaluer la douleur des personnes handicapées ; Quelle que soit l'intensité attendue de la douleur (importance d'un traumatisme, d'une chirurgie) il faudra toujours s'interroger sur l'intensité effectivement ressentie par la personne et donc l'évaluer ; Attention aux facteurs de sous estimation : peur de « déranger », peur du diagnostic, des investigations, du traitement (morphine ++), de la mort prochaine, troubles sensoriels, de la mémoire, du langage, des fonctions intellectuelles, comportements atypiques (anorexie, confusion, mutisme). **Identifier si possible les mécanismes de la douleur.** Le traitement dépendra du type de douleur même si bien souvent les douleurs sont mixtes : douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques, douleurs idiopathiques (lombalgie banale, fibromyalgie...), les douleurs psychogènes. **Évaluer la douleur.** Les échelles globales permettent d'évaluer l'intensité d'une douleur : il peut s'agir de l'échelle visuelle analogique, échelle numérique simple... S'il existe des troubles de la communication verbale, l'échelle Doloplus 2 et l'échelle comportementale San Salvador permettent de démasquer la douleur. **Prévenir la douleur induite par les soins.** Repérer les soins potentiellement douloureux . Soins d'hygiène et de confort : toilette, réfection de lit, installation ou mobilisation, transfert du patient, rééducation, pansements soins de cathéters veineux et artériels, de poches de colostomie, de sonde de gastrostomie, ponctions veineuses périphériques ou centrales, ponctions artérielles, intramusculaires, sous-cutanées, injection intra-veineuse, prélèvement pour gaz du sang, ponction de chambre implantable, pose de sonde naso-gastrique ou de gastrostomie, pose de sonde rectale, sondage vésical, prise de température par l'anus.

La mise en œuvre de soins palliatifs au sein de la MAS. Les soins palliatifs sont des soins actifs, délivrés par des équipes pluridisciplinaires, dans une approche globale de la personne atteinte de maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver une meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage. En MAS, les résidents en soins palliatifs doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée visant leur confort de vie dans un respect de leur dignité. Un projet de vie a été mis en place dès l'arrivée du résident en MAS. Il convient de le suivre afin de respecter les habitudes de vie du résident, sa spiritualité et ses souhaits. Le concept de soins palliatifs privilégie l'approche globale du résident. Il implique un travail en équipe pluri disciplinaire où la réflexion éthique est à la source de toute décision. Que faire, quand il n'y a plus rien à faire ? La plupart des prises en charge peut se faire au sein des MAS. Dans certains cas (symptômes gênants non contrôlés, famille en grande difficulté, déni total de la personne...), cette prise en charge peut s'avérer difficile. Il est alors important de se rapprocher de structures ou d'unités mobiles de soins palliatifs ou sanitaires. En conséquence, le dispositif d'accompagnement doit donc s'appuyer sur un ensemble de réponses graduées permettant d'adapter finement la prise en charge aux besoins des personnes en mettant en priorité l'accent sur la proximité lorsque les soins sont simples, en privilégiant l'adossement à des plateaux techniques plus conséquents lorsque les soins requis deviennent plus complexes et en facilitant la fluidité des interventions.

IV. L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

L'INTÉGRATION D'UNE LOGIQUE ÉVALUATIVE

Une démarche d'amélioration continue de la qualité a été initiée dans l'établissement depuis fin 2001. La mise en place de cette démarche s'était traduite par plusieurs objectifs :

- Développer une démarche participative avec l'ensemble du personnel de l'établissement.
- Faire un bilan global de la structure,
- Développer une transparence de fonctionnement à tous les niveaux,
- Initier la notion de responsabilité individuelle du personnel,
- Développer la notion de délégation à tous les niveaux de l'organisation.

Ces objectifs s'inscrivent dans une démarche d'évolution de l'établissement qui vise l'optimisation de la qualité des services à rendre aux usagers. Elle permet aux personnels participants de faire évoluer certaines méthodes de travail, de repenser leur mission, d'améliorer les pratiques professionnelles, d'actualiser les connaissances, dans le but principal de garantir la mise en œuvre, le suivi et les moyens nécessaires au respect du service rendu aux usagers. Une première autoévaluation a été conduite en 2002 grâce au référentiel du CREAMI Poitou-Charente, qui a permis de réaliser une évaluation du fonctionnement suivant plusieurs objectifs. L'arrivée à la MAS fin 2003, d'une adjointe de direction Qualificatrice a relancé toute la démarche pour la développer jusqu'à vraiment entrer dans une « amélioration continue de la qualité ». Enfin, la Démarche évaluation/qualité aura connu une avancée conséquente en 2006, suite aux travaux de l'année précédente par la mise en place d'une gestion documentaire institutionnelle qui aura abouti par une méthode de classement et d'archivage, la codification, les principes de diffusion et de mise à jour des documents (dossier unique).

Quelques repères méthodologiques

Définition. L'auto évaluation est une étape de la procédure de l'évaluation externe à l'occasion de laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement effectue sa propre évaluation de la qualité au regard de son propre référentiel. L'auto évaluation porte sur l'ensemble des activités de l'établissement; elle permet de questionner les pratiques professionnelles, le sens de l'action d'un établissement, ses missions et ses obligations. Elle est donc un outil qui nécessite à la fois un engagement de l'établissement, une rigueur de fonctionnement, mais aussi l'implication de tous les professionnels quelque soit les secteurs d'activité. L'évaluation dans notre secteur d'activité n'est pas une évaluation somatique, car elle ne peut pas servir à vérifier le produit (c'est-à-dire la prestation) de l'intervention, mais le processus. Ces évaluations sont dites formatives. Elles participent au processus des changements engagés et des améliorations que nous visons.

Objectifs. L'évaluation doit s'inscrire dans une dynamique et une finalité qui lui donne du sens. L'évaluation a pour objectif principal d'apporter l'assurance que les droits et les attentes des personnes bénéficiaires d'un accompagnement social sont bien au centre des préoccupations des professionnels et que les effets produits par l'activité d'un établissement remplissent de manière effective les buts visés. Tout repose donc sur un projet au sens de la loi du 2 janvier 2002. Dans notre démarche, l'autoévaluation constitue donc l'opportunité de :

- Mettre à plat et d'analyser le sens commun des différentes actions ;
- Vérifier l'adéquation des pratiques aux normes externes ;
- Valoriser les valeurs et les spécialisations développées par l'établissement en cohérence avec les valeurs associatives ;
- Dégager les forces et les faiblesses de notre organisation ;
- Dégager des pistes de débat et les points à améliorer ;
- Faire émerger les compétences et les connaissances pour nourrir le dialogue et favoriser les décisions institutionnelles ;
- Donner les perspectives à moyen et long terme au projet d'établissement.

Élaboration du référentiel. Le référentiel a été élaboré par le comité de pilotage qualité (constitué dans ce cadre) grâce à un processus interactif conduit avec les professionnels exerçant dans l'établissement. Ce travail d'analyse a porté sur l'analyse : Des référentiels existants ; Des activités de la structure ; Des processus et des interactions. Le référentiel constitue donc un outil exhaustif qui couvre l'ensemble des activités de l'établissement dans une approche transversale.

STRUCTURER ET ANIMER L'ÉVALUATION INTERNE

Instances	Éléments descriptifs
Responsable et référente qualité	Adjointe de direction qualitiennne et AMP - Elles sont les guides méthodologiques en charge de conduire entièrement la démarche, c'est dire de mener et d'accompagner tous les groupes de travail, d'assurer la cohérence de la démarche, de planifier les réunions, de la coordonner et de mettre en place tous les outils méthodologiques nécessaires ainsi que les différents documents finaux.
Comité de pilotage	<p>Il est constitué d'un salarié représentant chaque service de l'institution dont deux représentants élus du personnel, un représentant au CHSCT et un au Conseil de la Vie Sociale, du Directeur, du Directeur Général et de l'inspecteur de l'ARS du Tarn. Ce groupe compte 14 personnes. Il a pour objectif d'élaborer la mission de l'établissement et d'en déduire les buts. C'est à partir de ces premiers éléments qu'il sera en charge d'élaborer le référentiel de la structure destiné à la conduite du diagnostic interne. Il doit aussi élaborer la méthode que l'établissement a choisie pour mener ce diagnostic interne qualitatif, établir les groupes d'évaluation, assurer le suivi de la démarche et produire une synthèse. Il est également en charge de participer à la définition des orientations avec l'équipe de direction élargie. Le comité de pilotage qualité, créateur du référentiel et les groupes d'auto évaluation ont été séparés pour deux raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'objectivité de la démarche • Provoquer un questionnement obligatoire dans chacun des groupes et éviter la facilité. Par conséquent, aucun membre du comité de pilotage n'a été intégré dans ces groupes.
Équipe de direction élargie	Cette équipe de Direction regroupe l'ensemble des cadres de l'établissement, les médecins assistés du psychologue et du Directeur Général. Sa mission est d'établir un diagnostic d'activité quantitatif, une analyse de l'environnement et les orientations en concertation avec le comité de pilotage.
Groupes d'évaluation	Ils ont en charge d'élaborer le diagnostic sur le terrain et d'en réaliser la synthèse auprès du comité de pilotage. Ils sont constitués au maximum de 4 à 5 personnels de la structure et prennent en compte tous les salariés de l'établissement. Les groupes sont multi professionnels, indépendants les uns des autres et ils sont définis par le comité de pilotage afin de garantir une homogénéité des différents groupes. L'aspect pluridisciplinaire permet d'obtenir un regard complet et enrichi des compétences de chacun des acteurs. L'indépendance de chaque groupe a pour but de donner une objectivité à la démarche tout en impliquant un maximum de personnel.
Groupes d'auto évaluation sur le terrain	<p>Chaque groupe a été formé et accompagné lors de l'autoévaluation par une référente qualité pour garantir l'efficacité de l'équipe. La formation préalable a porté sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de l'évaluation et d'un diagnostic • La méthodologie arrêtée • L'utilisation et l'exploitation du référentiel <p>Une fois formé, chaque groupe a été en charge d'établir le questionnaire nécessaire à l'évaluation des références et des critères. L'évaluation a reposé sur la consultation de preuves mais aussi sur la rencontre et l'échange de points de vue entre différents professionnels et équipes de l'établissement. Chaque groupe a prévu une organisation rigoureuse sur différents points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planification des visites et des temps de synthèse ; • La rédaction des comptes-rendus de visite ; • L'élaboration des fiches de synthèse ; • Le regroupement des éléments de preuve vérifiables ; • Le retour au comité de pilotage.

NOS OBJECTIFS SUR LA PÉRIODE 2010-2014

Objectifs transversaux - InSCRIPTION territoriale et dynamiques partenariales ; L'enjeu de la formation professionnelle. **Objectifs opérationnels** - Accueil et sécurité ; Développement de l'établissement ; L'accompagnement des usagers et des familles.

I. OBJECTIFS TRANSVERSAUX

INSCRIPTION TERRITORIALE ET DYNAMIQUES PARTENARIALES

L'ensemble des partenariats et coopérations décrites positionne la MAS « Lucie NOUET » comme une entreprise qualifiante et apprenante ayant acquis un rôle pivot et ressource sur le territoire de l'ouest du Tarn. Ce rôle est reconnu par l'ARS en particulier dans l'axe 2 : « renforcement des coopérations » de l'article 7 du CPOM signé avec l'Etat le 1^{er} décembre 2008. Ainsi notre projet d'établissement peut poser les actions d'amélioration et de développement contractualisées sur un plan pluriannuel. Ceci au bénéfice direct des usagers ou de la confirmation des bonnes pratiques des professionnels qui les accompagnent. Soit :

Renforcement de la coopération avec l'association de formation, sports et loisirs (AFSL)

- En Mai 2009 une convention de constitution de GCSMS a été signée entre l'APAJH du Tarn et l'AFSL, à ce jour, en instruction auprès des services de l'ARS. À travers cette initiative, il s'agit pour les deux associations de se doter, en cohérence avec leurs valeurs, des moyens nécessaires au développement sur le département du Tarn, d'une offre de formation de qualité en direction des professionnels du secteur³⁰.

Renforcement de la coopération avec le secteur hospitalier - Le renforcement de la coopération avec le secteur sanitaire et hospitalier s'appuie sur les axes de travail suivants :

L'accès aux médicaments. L'établissement n'a réglementairement pas la possibilité d'accéder pour l'achat des médicaments à un groupement d'achat privé ou une pharmacie hospitalière ce qui ne manque pas d'avoir un impact sur ses budgets et donc sur les financements publics. Il s'agit, donc, d'étudier la possibilité d'intégrer, sous l'égide de l'ARS, le groupement d'achat et d'avoir recours aux services du pharmacien hospitalier. Plus largement, cette coopération sur le territoire pourrait s'élargir aux services hospitaliers par le recours à un Hygiéniste un Diabétologue ou par le rapprochement des CLIN des deux institutions. L'ensemble de ces actions menées à bien confirmera l'inscription de la MAS « Lucie NOUET » dans le territoire de santé du Tarn en particulier sur l'ouest du département ;

L'accompagnement pré et post opératoire des usagers et plus largement, des personnes adultes handicapées présentes sur le territoire. L'objectif est de définir et d'aller à la signature d'une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier de Lavaur quant au suivi pré et post opératoire des usagers. Il s'agit de faciliter l'accès aux soins, en ce cas l'hospitalisation en amont, mais aussi de réduire, dans le respect des contraintes sanitaires et de sécurisé la durée de la phase post opératoire (toute problématique aigue étant levée). Deux solutions peuvent être évoquées :

- Donner une assise réglementaire et budgétaire à l'accompagnement de la personne handicapée par ses référents habituels en soutien des personnels hospitaliers ;
- Accueillir sur les places d'accueil temporaire existantes à la MAS dans les unités médicalisées ces usagers en renforçant leur médicalisation comme en faisant venir en ambulatoire les personnels hospitaliers.

L'ÉTABLISSEMENT ET LE CHAMP D'INTERVENTION MÉDICO SOCIAL

Dès ses origines la MAS Lucie Nouet a cherché à inscrire son action en lien avec les acteurs et opérateurs de son champ professionnel d'intervention. Soit, deux axes de partenariat :

Réseaux professionnels

Représentation du GREAP au conseil d'administration du CREAI Midi-Pyrénées ; Participation aux travaux du GSO ; Intervention dans de nombreux congrès et conférences ; Participation de nombreux personnels de

³⁰ Voir également en page 33 le chapitre consacré à l'enjeu de la formation professionnelle.

Réseaux inter professionnels	l'établissement aux jurys d'examen ARS sur différentes qualifications (AMP, CAFERUIS, CAFDES...); Participation aux travaux d'élaboration du schéma départemental des personnes adultes handicapées (proposition de création d'une commission de suivi des listes d'attente auprès de la MDPH).
	Participation aux travaux d'action recherche sur la mise en place de nouveaux concepts d'accompagnement ; Appuis conseils en diététique et sur les problématiques de déglutition à des associations de services à domicile ; Création, en 2006, de la Cure Ambulatoire A Domicile (CAAD) adossée à la MAS « Lucie NOUET » (premier établissement de type SAMSAH créé en Midi-Pyrénées) aura permis un rapprochement substantiel avec : Les CLIC de proximité de Graulhet ; La MDPH quant à la mise en œuvre du projet de vie des personnes accompagnées mais aussi quant à l'évaluation de problématiques résiduelles d'isolement de personnes en situation de handicap ; (Le CLIN de l'établissement est adhérent au réseau des CLIN du Sud-Ouest).

Il est convenu pour la période 2010-2014 de poursuivre le développement de ces liens en visant une plus grande mutualisation des compétences et des ressources.

L'ENJEU DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Maintien et renforcement de la coopération avec les centres de formation initiale et continue - La culture d'emploi formation de l'établissement étant reconnue, il s'agit ici de continuer à développer l'accueil de stagiaires ou les interventions dans les écoles et centres de formation. En 2009 90 stagiaires ont été accueillis contre 77 en 2008. Cette action favorise la qualité des prestations servies aux usagers par le fait que tout professionnel apprenant ou tuteur par la transmission de son expérience, de ses savoirs faire et de ses bonnes pratiques profite de sa propre pédagogie pour se questionner ses propres pratiques ou s'évaluer quant aux actions développées en démarche qualité par l'établissement. La notion d'organisation apprenante peut être ici avancée pour la MAS. Rappelons également, qu'en l'état, les **conventions** permettant de positionner l'établissement comme quasiment plate-forme de formation professionnelle sont³¹ :

Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • AFSL pour la mise à disposition de locaux et d'un pool de formateurs issus des rangs du personnel de l'établissement.
	<ul style="list-style-type: none"> • L'institut Saint-Simon pour les AMP (ARSEAA) ; • La Croix-Rouge Française/IRFSS d'Albi pour les Auxiliaires de Vie Sociale ; • IFSI et IFAS du Centre Hospitalier d'Albi ; • IFSI de la fondation Bon Sauveur d'Albi ; • Le Centre de Formation de Travailleurs Sociaux de la Rouatière ; • La Maison Familiale Rurale de Peyregoux.
Site qualifiant	
Accueil stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> • IFAS du Centre Hospitalier de Lavaur ; • La Maison Familiale Rurale de Bel Aspect de Gaillac ; • Inéopole Formation, MFR Midi-Pyrénées ; • Lycée d'enseignement professionnel agricole privé de Montastruc ; • Lycée professionnel Toulouse Lautrec d'Albi ; • Lycée professionnel et technique Sainte Cécile d'Albi ; • Le lycée de Carmaux ; • Le Centre de Formation Professionnelle de Brens ; • L'Université de Toulouse Le Mirail UFR de psychologie ; • Le CRFMS de Toulouse (ERASME) ; • Vidal Formation de Toulouse ; • Le Collège Pierre SUC de Saint-Sulpice...
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • En milieu de travail avec les Pôles Emploi d'Albi et de Graulhet.

³¹ Liste non exhaustive.

II. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS³²

Les objectifs opérationnels posés par l'établissement s'organisent autour de trois grands axes de travail : La maîtrise des **conditions premières d'accueil et de sécurité** ; Le développement de **l'établissement** (positionnement, gouvernance, management) ; **L'accompagnement des usagers** et des familles.

ACCUEIL ET SÉCURITÉ

Sont regroupés ici des objectifs relevant de la capacité de l'établissement à assurer les besoins quotidiens de la personne. Ceux-ci visent :

L'établissement

RENFORCER ET GARANTIR LA GESTION DE LA QUALITÉ ET LA PRÉVENTION DES RISQUES ;

RENFORCER ET GARANTIR UNE SÉCURITÉ ENVIRONNEMENTALE.

Les personnes

GARANTIR LES BESOINS HOTELIERS ET D'HÉBERGEMENT DE LA PERSONNE ;

ASSURER ET RENFORCER LES RÉPONSES APPORTÉES AU REGARD DES BESOINS QUOTIDIENS DE L'USAGER ;

ASSURER ET RENFORCER LA GESTION ET L'ADMINISTRATION DES BIENS DE LA PERSONNE.

DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Sont regroupés dans la thématique « développement de l'établissement », des objectifs opérationnels portant sur :

Le sens et le lien avec le territoire local

S'ASSURER DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DES VALEURS ET DE L'ÉTHIQUE ASSOCIATIVE ;

RENFORCER LA PARTICIPATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT.

La gestion des ressources humaines

POURSUIVRE L'OPTIMISATION DU MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ;

POURSUIVRE LA QUALITÉ DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ;

RENFORCER LE MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES SECTEURS D'ACTIVITÉ ;

RENFORCER LA COORDINATION DES DIFFÉRENTS SERVICES AUTOUR DE LA PERSONNE.

³² Est ici proposé une synthèse des objectifs opérationnels portés par l'établissement. Nous ne pouvons qu'inviter le lecteur APAJH du Tarn. MAS Lucie Nouet : **Projet d'établissement 2010-2014**. Octobre 2010

L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS ET DES FAMILLES

Enfin, deux axes de travail concernant les personnes. L'un portant sur la dimension administrative et réglementaire. L'autre en direction des usagers et des familles.

Accompagnement administratif et réglementaire de l'utilisateur

**RENFORCER ET ASSURER LES DROITS ET INFORMATIONS DU RÉSIDENT ;
ASSURER UNE GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION ET DU DOSSIER DU
RÉSIDENT ;**

GARANTIR UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ.

Accompagnement des personnes et des familles

**MAINTENIR LES ACQUIS EN PRÉVENANT LES RÉGRESSIONS PAR UNE PRISE EN
CHARGE ADAPTÉE DE LA PERSONNE ;**

VEILLER AU BIEN ÊTRE DES RÉSIDENTS ;

**PROPOSER ET ANIMER DES ACTIVITÉS ADAPTÉES D'ÉVEIL ET UNE OUVERTURE SUR
LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE ;**

POURSUIVRE ET RENFORCER L'AIDE APPORTÉE À L'ENTOURAGE FAMILIAL.

Enfin, signalons ici que l'ensemble des objectifs stratégiques et opérationnels proposé et porté par l'établissement s'intègre et/ou s'inscrit en cohérence avec ceux du projet associatif d'Agenda 21 de l'APAJH du Tarn.

CONCLUSION

Dans le respect du projet associatif de l'APAJH du Tarn, le projet d'établissement de la MAS « Lucie NOUET » constitue un acte contractuel avec les autorités de l'Etat, et plus largement les usagers et leurs familles, les partenaires internes comme externes, les réseaux. Moteur de l'action et pour l'action, il est fondamentalement un acte de transition. Il reste, aussi et toujours, un espace de structuration de la culture institutionnelle et, face à l'hétérogénéité des problématiques, un repère permettant de définir une cohérence dans l'approche du sujet et de l'institution. Le projet d'établissement se doit d'articuler : analyse de l'existant, prospective, prévision et action. Il est donc un argumentaire confirmant l'utilité sociale de l'établissement au bénéfice des personnes adultes handicapées accueillies dans le cadre d'une organisation cohérente et réactive qui utilise à bon escient les deniers publics. Aussi, ce projet d'établissement de la MAS « Lucie NOUET », au cœur des mutations du secteur social et médico-social se situe en continuité du précédent et assume la volonté d'exprimer des compétences et de continuer d'accompagner les changements nécessaires. Au regard des problématiques fortes que vient de connaître l'établissement, et en accord avec l'ARS du Tarn, la participation active des acteurs s'est déroulée sans discontinuité sur plus de deux ans dans l'élaboration de ce nouveau projet. Il témoigne donc d'une dynamique collective qui vise principalement à : **Assurer** la pérennité et à renforcer la qualité de l'accompagnement proposées aux usagers et aux familles ; **Renforcer** l'inscription territoriale et partenariale de l'établissement ; **Inscrire** ses missions en lien étroit avec le développement associatif de l'APAJH du Tarn. Ceci, en cohérence avec les orientations institutionnelles et les règlementations dont il dépend. Pour ce faire, il faut noter, outre le travail quotidien assuré par les professionnels, un investissement supplémentaire qui a pris les formes :

1. D'un ensemble de contributions portant sur :
 - Le fond des différentes **thématiques** qui président à l'accompagnement des usagers (ex : bien traitance ; prise en compte de la sexualité ; approche de la douleur...) ;
 - Les **techniques** d'accompagnement en tant que telle (ex : stimulation basale ; ateliers et activités ; sport adapté...)
 - La gestion et l'optimisation des ressources humaines (ex : formation ; démarche qualité ; auto-évaluation...)
 - La **stratégie de développement** de l'établissement (ex : médicalisation et spécialisation ; partenariat et réseaux ; rapprochement avec le champ sanitaire...)
2. D'un processus collectif structuré autour de six groupes de travail venant étayer et débattre de ces mêmes productions : Groupe **Relecture** ; **Comité Qualité** ; **Fonctions / Délégations** ; instances de gouvernance **CE** ; **CVS** ; **CHSCT** ; **Projets de maisons** ; **Usagers**.
3. D'un appui externe venant faciliter la mise en cohérence et la formalisation de l'ensemble de ces travaux.

Il va de soi que les quelques pages qui composent le présent document, n'est mis à la disposition du lecteur qu'une vue synthétique de l'ensemble de la démarche d'élaboration du projet d'établissement. Néanmoins, et si il est fait le souhait de disposer d'une connaissance plus précise de tel ou tel aspect de ce projet, il sera aisée de consulter les nombreuses annexes qui l'accompagnent. En outre, ce document s'inscrit dans un processus plus large d'élaboration dont les différentes étapes en auront été :

Années	Processus d'élaboration du projet d'établissement
2008	Élaboration du référentiel d'autoévaluation par le comité de pilotage qualité ; Participation active des personnels à la restructuration des unités de vie en « maisons spécialisées et médicalisées ».
2009	Autoévaluation ; Compilations des documents et premiers écrits par l'équipe de direction élargie et des personnes ressources (responsables des secteurs, coordinatrices de maison) ; Questionnaire anonyme à l'ensemble du personnel en boîte à idées ; Travaux de 4 commissions ad hoc ; Participation et avis des instances représentatives des familles et du personnel ; Travaux de groupes.
2010	Travaux de groupe ; Suite des contributions écrites des professionnels ; Mobilisation d'un appui externe en vue d'animer le processus de production du projet et de faciliter sa formalisation ; Validation par les professionnels et les instances de gouvernance de l'établissement ; Validation par le CA de l'association APAJH du Tarn.

ANNEXE TECHNIQUE

Fiche signalétique de l'établissement

Adresse : 3 Impasse Frédéric CHOPIN, BP 34, 81370 SAINT-SULPICE
Téléphone : 05.63.40.07.71 - Mail : mas@apajh81.org
Nom du Directeur : Monsieur Jean-Philippe LANTES - Mail du Directeur : jp.lantes@apajh81.org
Numéro d'identification FINESS : 81 000 4069
Code catégorie : 255 (maison d'accueil spécialisée)
Numéro SIRET : 301.691.259.00057 - Code APE : 8710C
Date d'ouverture : 1^{er} Octobre 1984
Évolution de l'agrément :

- Arrêté préfectoral portant création : 25 Octobre 1980
- Arrêté préfectoral autorisant extension : 27 Octobre 1988
- Arrêté préfectoral portant création d'un lit d'accueil temporaire : 2 Mai 2006
- Autorisation de dérogation : 21 Juillet 2008
- Arrêté préfectoral modifiant la capacité d'accueil : 18 Décembre 2009

Admission sur orientation CDAPH ;
Capacité autorisée actuelle :

- Code discipline : 917 (accueil spécialisé pour adultes handicapés)
 - Mode de fonctionnement : 11 (hébergement complet internat)
 - Code clientèle : 500 (polyhandicap), Capacité : 48 lits
 - Mode de fonctionnement : 13 (semi-internat)
 - Code clientèle : 500 (polyhandicap), Capacité : 2 places
- Code discipline : 658 (hébergement temporaire pour adultes handicapés)
 - Mode de fonctionnement : 11 (hébergement temporaire pour adultes handicapés)
 - Code clientèle : 500 (polyhandicap), Capacité : 2 lits.

Agrément aide sociale : 10 Août 1984
Conventions :
Entre la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole du Tarn-Aveyron, la Caisse Maladies régionales des Professions Indépendantes de Midi-Pyrénées et l'APAJH du Tarn en date du 12 Octobre 2005 ;
Entre la Caisse d'Action Sociale du Personnel des Industries Electriques et Gazières de Toulouse et l'APAJH du Tarn en date du 1^{er} Décembre 1987.
Autorité de compétence : ARS Midi-Pyrénées, Délégation Territoriale ARS du Tarn
Financement : C.P.A.M. du TARN
Convention Collective Nationale du Travail des Etablissements et Services pour Personnes Inadaptées et Handicapées du 15 mars 1966
Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : Signé entre le Préfet du Tarn et le Président de l'Association APAJH du Tarn en date du 1^{er} Décembre 2008.

Principal cadre réglementaire :

- Codes de la Santé Publique, de l'action sociale et des familles ;
- . Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- : 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.

Dernière visite de la commission de sécurité : le 24 juin 2009 - Avis : favorable
Registre de sécurité tenu et à jour : agent SSIAP 2 recyclé,
Dernière visite de la commission d'arrondissement pour l'accessibilité des personnes handicapées : 24 juin 2009 - Avis : favorable
Contrats de sous-traitance et maintenance à caractère sécuritaire (vérifications techniques et règles administratives) : la MAS recourt à 3 organismes agréés et 7 techniciens compétents.
Document unique de prévention des risques professionnels : en place

Implantation géographique - L'établissement est situé dans un cadre privilégié, à la sortie de Saint-Sulpice, sur la route de Lavaur et Castres, sur un terrain plat de 2 ha 500 dont l'Association s'est portée propriétaire, il y a quelques années par donation de la Municipalité. L'établissement est en cours de rachat à la société HLM Tarn Habitat. Proche d'accès de voies de communications rapides, il bénéficie d'une situation géographique permettant un contact facile et permanent avec les familles et les structures de soins relais : Au carrefour de plusieurs départements (le Tarn, le Tarn et Garonne et la Haute-Garonne) ; À 1 km de l'accès de la gare et de l'autoroute A 68, desservant Albi ou Toulouse ; À proximité de structures hospitalières : Centre Hospitalier de Lavaur et CHU de Toulouse. La ville de St-Sulpice, en plein développement, place ses derniers lotissements autour de la MAS. La population est passée de 4805 habitants en 1999 à 7378 en 2006 et la municipalité estime aujourd'hui son nombre d'habitants à plus de 8000 personnes.

SOURCES DOCUMENTAIRES INTERNES

Documents techniques (établissement)

- *Projet d'établissement de la MAS Lucie Nouet pour la période 1999-2004*. MAS 1999 ;
- *Rapport d'activité 2009 de la MAS Lucie Nouet*. MAS 2010 ;
- *Démarche qualité : Synthèse de l'auto évaluation et plan d'amélioration MAS et CAAD pour la période 2010-2014*. Document MAS 2009.
- *Métiers et fonctions, le référentiel de la MAS*. Document MAS 2010.
- *CPOM de la MAS Lucie Nouet*. Document « MAS / ETAT ». Version intégrale. 2008.

Contributions spécifiques (établissement)

- *Discrétion, obligation de réserve ou secret professionnel*. Document MAS, février 2010 ;
- *Intervention sur la sexualité. Plan de travail*. Document MAS de Mr D. BOUTERRE. Mars 2010.

Documents techniques (association)

- *Éléments de cadrage de la démarche d'Agenda 21*. Document du siège de l'APAJH du Tarn, Dossier DDASS, mars 2010 ;
- *La dynamique associative et professionnelle en 2008*. Assemblée Générale 2009. APAJH du Tarn. 2009.

SOURCES DOCUMENTAIRES EXTERNES

- *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 ;
- *Développer la culture palliative en établissement*, TSA n°12, Mai 2010 ;
- *La méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité*, Les Cahiers de l'Actif n°350 à 353, 2005 ;
- *Du projet institutionnel au projet personnalisé*, Les Cahiers de l'Actif n°372 à 375, 2007 ;
- *Recommandations, référentiels et procédures de « bonnes pratiques »*, Les Cahiers de l'Actif n°398 à 401, 2009 ;
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, ANESM, 2009.
- *Documents relatifs au projet d'établissement*, ANESM 2009 et 2010.

PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

AFSL : Association Formation Sports et Loisirs

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APSA : Association des Parrains du Sport Adapté

ARS : Agence Régionale de Santé

CAAD : Cure Ambulatoire d'Aide à Domicile

CE : Comité d'Entreprise

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CVS : Conseil de la Vie Sociale

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DD ou 2D : Développement durable

GREAP : Groupement de Réflexion des Etablissements pour Adultes Polyhandicapés

HQE : Haute Qualité Environnementale

IME : Institut

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PP : Projet Personnalisé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés