

PROJET D'ETABLISSEMENT

Centre Départemental d'Accueil de l'Île de Ré



2020 - 2024

CDAIR

**40 Avenue du Général de Gaulle
17410 Saint Martin de Ré**

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
INTRODUCTION	4
1. DE L'HOSPICE AU CDAIR	5
2. LES HABITANTS DU CDAIR ET LEUR ENTOURAGE	7
2.1. COMMENT LES DECRIRE ?.....	7
2.2. QUELLES SONT LEURS CARACTERISTIQUES ?	8
2.3. ET EUX, QU'EST-CE QU'ILS EN DISENT ?	9
2.4. QUELQUES STATISTIQUES.....	10
2.5. UNE PRECISION ET DES DEFINITIONS IMPORTANTES	10
2.6. QU'EST-CE QUE L'ENTOURAGE ?.....	12
3. LES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT	13
3.1. DES MISSIONS QUI DOIVENT EVOLUER	13
3.2. DES OBLIGATIONS QUI NOUS ENGAGENT.....	14
3.4. DES EVOLUTIONS ATTENDUES.....	15
4. UN CPOM POUR ENVISAGER L'AVENIR	16
4.1. QU'EST-CE QU'UN CPOM ?.....	16
4.2. PRINCIPAUX OBJECTIFS DU CPOM	16
5. LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION	17
5.1. UN PROTOCOLE D'ADMISSION SOUPLE.....	17
5.2. UN ENVIRONNEMENT DE PROXIMITE AU SERVICE DU RESIDENT	17
5.3. UNE ORGANISATION QUI APORTE DES REPERES	18
5.5. DES OUTILS AU SERVICE D'UNE ORGANISATION.....	19
5.7. UN CADRE BATI PERFECTIBLE.....	23
5.8. UNE IMPLANTATION TERRITORIALE REUSSIE	27
6. LES PRINCIPES D'INTERVENTION	30
6.1. LE SERVICE PUBLIC : CONTINUITE, EGALITE, ADAPTABILITE.....	30
6.2. LA BIENTRAITANCE ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	30
6.3. L'ETHIQUE.....	32
6.4. QUELQUES PRECISIONS SEMANTIQUES.....	33
6.5. LE PRENDRE SOIN GLOBAL	35
7. LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES	37
7.1. UN PERSONNEL DIPLOME	37
7.2. LA FORMATION AU SERVICE D'UN PROJET	42
7.4. LE TRAVAIL EN RESEAU ET LE PARTENARIAT	43
7.5. LES COMPETENCES ATTENDUES ET LES MUTATIONS ACTUELLES DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL.	44
7.6. LE POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS A L'EGARD DES USAGERS	45
8. QUELLES PRIORITES POUR LE CDAIR	46
8.1. UN RECENTRAGE DES MISSIONS DU CDAIR	46
8.3. UN EXERCICE DES DROITS ET DES LIBERTES INDIVIDUELS MIS A MAL.....	49
8.4. UN CONSTAT PARTAGE	50
8.5. UN CHOIX A OPERER.....	51
8.6. UN PROJET QUI SE PRECISE MAIS QUI NE POURRA ABOUTIR.....	52
8.7. UN NOUVEAU PROJET QUI SE DECLINE	52

9. ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT.....	53
9.1. UN ENGAGEMENT FERME DANS UNE MODIFICATION IMPORTANTE DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL PAR LA CONDUITE DE TRAVAUX DE REHABILITATION ET D'EXTENSION DES LOCAUX (2020-2021-2022). 53	
9.2. UNE VOLONTE D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT DANS UNE DYNAMIQUE METTANT EN QUESTION SA RESPONSABILITE SOCIETALE ET ENVIRONNEMENTALE.....	54
9.3. UN NECESSAIRE RENFORCEMENT DE NOS COMPETENCES POUR AMELIORER NOTRE ACCOMPAGNEMENT DANS 3 DOMAINES SPECIFIQUES EN LIEN AVEC NOS ENGAGEMENTS (CPOM) ET LES EVALUATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES DANS LE DOMAINE DU HANDICAP.....	54
10. POUR CONCLURE.....	56

PREAMBULE

Pourquoi un projet d'établissement ?

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement... »

Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil de Vie Sociale ou le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation... »
Article L311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Au-delà de la contrainte réglementaire, écrire un projet engage l'établissement à s'interroger sur lui-même.

La pression du quotidien nous entraîne souvent à gérer l'immédiateté comme si l'instant présent n'était pas relié à notre avenir et ne traduisait rien de notre passé.

« À force de sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel¹. »

Élaborer un projet et le rédiger, c'est aussi réussir à assumer son passé pour pouvoir espérer rêver son avenir, c'est affirmer qu'il peut y avoir un risque pour chaque personne impliquée à remodeler ses idées au regard de l'autre, avec la peur de ne plus s'y reconnaître.

Une telle démarche accompagne sans doute une équipe vers plus de maturité en la contraignant à se confronter à ses limites mais aussi à repérer des potentialités souvent méconnues.

Le précédent projet portait jusqu'en 2015.

Il était grand temps d'en rédiger un nouveau.

¹ Edgard Morin, « La méthode éthique », 2004.

INTRODUCTION

Le Projet d'Établissement a pour finalités principales de clarifier le positionnement institutionnel de la structure, d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.

C'est un outil dynamique qui garantit les droits des personnes accompagnées dans la mesure où il définit les objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Inscrit dans une démarche fortement participative, avec notamment la création d'un Comité de Pilotage associant représentants des professionnels, du Conseil de la Vie Sociale et du Conseil d'administration, et au-delà des objectifs visant à toujours améliorer la qualité de l'accompagnement proposé, le CDAIR s'est aussi engagé « en même temps » à réfléchir sur la qualité de vie au travail.

Cette démarche proactive de l'encadrement a pour objectif de transformer le travail pour le mettre au service du développement des compétences relationnelles des salariés et de la clarification des missions assignées à l'établissement.

Dans cette dynamique, la qualité de vie au travail des professionnels doit venir nourrir et renforcer celle des services rendus aux personnes en situation de handicap accueillies et hébergées.

Après avoir interrogé notre histoire, présenté les habitants du CDAIR (appelés Résidents), regardé notre fonctionnement actuel, nos principes d'intervention et les valeurs auxquelles ils se réfèrent seront déclinés.

Avant d'évoquer les évolutions espérées et attendues pour notre structure et de conclure, une présentation des femmes et des hommes qui s'engagent au quotidien auprès des Résidents vous sera également proposée.

Pour accompagner, illustrer la lecture de ce document, nous avons fait réaliser un support vidéo que vous pouvez consulter sur notre site : cdair.fr

1. DE L'HOSPICE AU CDAIR

C'est au début des années 90 sur les bases d'un hospice et d'un centre pour mineurs « délinquants et/ou cas sociaux » (Le Feu Vert), implantés au sein de l'hôpital local de Saint Martin de Ré, que s'est construite l'histoire du CDAIR.

Après la fermeture administrative en 1980 du centre pour mineurs, 80 pensionnaires de l'hospice sont déplacés et relogés dans des locaux ainsi libérés.



Figure 1 : « Cueillette et tri des oignons – Feu Vert »

Cette entité appelée « Foyer pour malades et handicapés mentaux » reste un service de l'hôpital, transformé en FOH (Foyer Occupationnel et d'Hébergement) le 26 mai 1988.

Ce n'est que le 1^{er} janvier 1992, que le FOH est érigé en établissement public autonome et qu'une Direction y est nommée.

Revendiquant une indépendance légitime par rapport à l'hôpital et afin d'offrir des conditions d'hébergements conformes aux nouvelles exigences en la matière, le Foyer Occupationnel et d'Hébergement déménage le 25 Septembre 1995 pour les locaux actuels dont il est propriétaire.

Le Centre Départemental d'Accueil de l'île de Ré (CDAIR) prend alors son envol. En tant qu'établissement public autonome, son Conseil d'Administration est présidé par un Conseiller Départemental du Territoire.

Cette nouvelle implantation géographique, l'amélioration générale du cadre de vie et le développement de nouvelles activités favorisent grandement un « mieux vivre » pour les personnes concernées. Des liens avec l'environnement se tissent et se renforcent au fil du temps.

Ainsi, la création d'une association loi 1901, « parallèle » à l'établissement, dénommée LA VAGUE BLEUE, participe d'une meilleure intégration du CDAIR dans le territoire grâce aux nombreuses actions qu'elle accompagne pour et avec les Résidents.

Cette association créée à l'origine par la Directrice fondatrice et gérée principalement par des professionnels du CDAIR, est administrée depuis 2018 par les familles, parents et amis des Résidents. Une convention de partenariat fixe clairement les responsabilités et obligations entre l'association et l'établissement.²

L'évolution du CDAIR se poursuit : confronté au vieillissement des Résidents et soutenu par le Département, l'établissement s'agrandit avec la création et la construction d'une Maison de Retraite Spécialisée (MRS) le 1^{er} Janvier 2003 pour 10 places d'hébergement permanentes et une chambre d'accueil temporaire. Des locaux dédiés au service administratif sont également mis en service dans ce nouveau bâtiment.

Toujours en 2003, un Foyer Occupationnel de Jour de 5 places est créé (une sixième place sera accordée en 2007). En 2005 une place d'accueil temporaire est autorisée pour le FOH. Enfin, en 2010 la place d'accueil temporaire de la MRS est transformée en accueil permanent.

La situation actuelle est donc la suivante :

- FOH : 55 places d'hébergement permanent et une place d'hébergement temporaire
- FOJ : 6 places
- MRS : 11 places d'hébergement permanent.

FOH : Le Foyer de vie accueille les personnes adultes en situation de handicap qui ne peuvent travailler, disposant d'une autonomie suffisante pour participer à des activités ludiques, éducatives et une animation sociale. L'accueil peut être permanent ou temporaire en internat ou en Accueil de Jour (FOJ) selon les établissements. Une orientation de ce type permet également de déposer, auprès des services habilités, une demande vers un placement en famille d'accueil.

MRS : La Maison de Retraite accueille des personnes en situation de handicap dépendantes de plus de 60 ans ou de moins de 60 ans par dérogation. Ce n'est pas un établissement médicalisé. Les personnes en situation de handicap accueillies sont des retraités d'ESAT ou n'ayant jamais travaillé. Elles bénéficient d'un accompagnement adapté permettant de maintenir des liens avec leur environnement.³

Cette brève présentation historique doit permettre de retracer l'évolution des valeurs et du potentiel d'accompagnement des personnes accueillies, faces à un contexte politique et social en constante mutation. Il ne s'agit donc pas toujours d'un « long fleuve tranquille », et il faut rendre ici hommage à chaque membre de l'équipe, toutes fonctions confondues, pour ses capacités à s'adapter dans certains moments difficiles, au travers des crises et des conflits, parfois nécessaires à la construction de repères nouveaux.

² Les statuts de l'Association LA VAGUE BLEUE cf. cdair.fr

³ Définition : Schéma Départemental des personnes handicapées, portail CD17.

2. LES HABITANTS DU CDAIR ET LEUR ENTOURAGE.

2.1. Comment les décrire ?

Les personnes accueillies sont des adultes en difficultés. Ce sont des personnes :

- différentes, extraordinaires, ayant des besoins spécifiques,
- authentiques, avec moins de barrières et peu ou pas de filtres. Elles sont dotées d'une grande capacité d'adaptation, sensibles, reconnaissantes, en attente d'être reconnues comme différentes, uniques et vulnérables ;
- un peu philosophes : avec un rapport au temps particulier et qui appréhendent la vie telle qu'elle se présente, présentant parfois des déficiences et désignées par la société comme Personnes en Situation de Handicap⁴.



Une définition du handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant⁵. »

⁴ Toutes ces dénominations ont été citées par les participants au groupe de travail projet sur « le public et son entourage ».

⁵ Article L 114 du CAS (Code de l'Action Sociale et des Familles).

En 2005, la prise en compte, dans cette définition, de la notion de « l'environnement » de la personne est nouvelle et est appréciée comme une évolution notable par les associations et professionnels du secteur du handicap. Cela implique assurément qu'en accompagnant au mieux la personne mais en agissant aussi sur l'environnement nous puissions atténuer « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société...* »

Il faut entendre par environnement l'ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) dans lequel nous baignons tous.

2.2. Quelles sont leurs caractéristiques ?

En fonction de l'environnement dans lequel elles évoluent, comme d'ailleurs pour chacun d'entre nous, ce sont des personnes qui peuvent avoir des difficultés par exemple à se repérer dans le temps et dans l'espace.

Elles peuvent avoir besoin de plus de temps pour accomplir certains actes de la vie quotidienne.

Elles peuvent avoir des difficultés à comprendre, à intégrer certaines consignes, certaines règles de la vie en société.

Elles peuvent être paniquées si confrontées à l'exercice d'un choix.

Elles peuvent manifester des difficultés à éprouver des sentiments vis-à-vis des autres et fuir certaines situations vécues comme anxiogènes.

Elles peuvent présenter une impossibilité à exprimer leurs émotions et/ou maîtriser leurs pulsions dans certaines circonstances, surtout dans la relation aux autres et/ou confrontées à de la frustration.

Elles peuvent avoir des difficultés à préserver leur intégrité physique et à prendre soin de leur image.

Mais elles peuvent aussi développer certaines habilités manuelles, physiques ou artistiques. Elles sont souvent riches d'un potentiel que les activités proposées par l'établissement doivent concourir à repérer, maintenir ou développer.

Souvent, ce sont des personnes qui tissent des liens affectifs forts avec leurs pairs et peuvent s'engager dans des échanges sexués réguliers et acceptés. « **Je peux avoir des relations sexuelles avec qui je veux sous réserve que mon partenaire soit d'accord, mais jamais en public ou devant les autres.** » ⁶

⁶ Ce principe est souvent rappelé par les professionnels...

Le maintien des liens avec les proches, pour ceux qui ne sont pas en situation d'abandon, est encouragé et participe grandement de leur capacité à supporter une vie collective souvent pesante.

Comme tout le monde, parfois ces personnes souffrent ... et nous ne savons pas toujours pourquoi. Notre devoir est bien d'accompagner « le bonheur » comme « la souffrance » et de les aider à apprivoiser au mieux cette dernière pour leur faciliter l'accès à une certaine quiétude et au désir de vivre.

2.3. Et eux, qu'est-ce qu'ils en disent ?

Dans cette démarche d'élaboration d'un nouveau Projet d'Établissement, il nous semblait important d'entendre l'avis des principaux intéressés.

Pour essayer de recueillir au mieux « ces paroles » de Résidents, garantir une certaine neutralité et favoriser la liberté d'expression, nous avons mobilisé les intervenants de l'Association Ré Clé Ré. Dans le cadre de leurs ateliers « Autour des mots », des échanges au sein des groupes ont pu naître sur la base d'un questionnaire élaboré en amont et validé par le COPIL.

Parallèlement, pour élargir et enrichir notre échantillonnage, le consultant accompagnant la démarche Projet d'Établissement, a pu rencontrer deux autres groupes de Résidents sur la base du même questionnaire⁷.

Ré Clé Ré a ainsi pu mobiliser 31 personnes, et 22 personnes ont été sollicités par le Consultant. Certaines personnes ont pu participer aux deux consultations.

Les questions posées avaient pour objectifs d'explorer certains aspects :

- La perception qu'elles peuvent avoir des difficultés qui sont les leurs et des raisons pour lesquelles elles sont au CDAIR : comment en parlent-elles ?
- Comment perçoivent-elles les rôles des professionnels et l'accompagnement proposé ?
- Leur sentiment de bien-être au sein de l'établissement ?
- Leur sentiment d'autonomie au sein de l'établissement ?
- Leur désir de changer certaines choses dans le fonctionnement ?

Avec les professionnels de Ré Clé Ré, les Résidents participants, ont été sollicités les uns après les autres et ont tous pu, s'ils le souhaitaient, exprimer une parole en rapport avec la question posée. Avec le consultant, la confrontation au questionnaire s'est réalisée en groupe, avec la possibilité pour chacun de s'exprimer.

⁷ Intégralité des réponses cf. site cdair.fr

En synthèse, les réponses obtenues par Ré Clé Ré apparaissent plutôt positives quant au sentiment de pouvoir aller et venir librement, sans trop de contraintes et dans le respect du désir de chacun. Il semble beaucoup plus compliqué de recueillir des réponses claires et signifiantes sur la raison de leur présence au CDAIR.

Avec la baguette magique (pour changer quelque chose !), le souci de faire évoluer l'architecture et le cadre de vie a été prioritairement exprimé.

Avec l'intervenant, il ressort de ces échanges des réponses correspondant aux questions posées, mais souvent, les Résidents en profitent pour exprimer leurs préoccupations du moment. A de nombreuses reprises, il a été nécessaire d'insister pour ramener le groupe aux questions posées.

Une seule Résidente a quitté le groupe après 20 minutes, mais les autres ont semblé apprécier cette « activité sociale » et l'attention qui leur était accordée quant à leur avis sur le Projet d'Établissement.

Chacun a besoin d'une attention singulière et le nombre de personnes présentes était trop important. Il s'est révélé difficile de solliciter chacun pour chaque question et de le laisser s'exprimer en dehors du sujet abordé lorsqu'il en éprouvait le besoin.

Les Résidents semblent apprécier les conditions d'accompagnement proposées par l'équipe.

Le sentiment d'être trop nombreux a cependant été exprimé et cela se ressent notamment lors du petit déjeuner, un moment vécu difficilement par un certain nombre.

2.4. Quelques statistiques.

Ce sont tout d'abord des femmes et des hommes entre 20 et 79 ans.

- | | |
|--------------------------------------|------------------------|
| – Sur le FOH = 22 femmes + 34 hommes | moyenne d'âge = 41 ans |
| – Sur le FOJ = 3 femmes + 3 hommes | moyenne d'âge = 36 ans |
| – Sur la MRS = 3 femmes + 8 hommes | moyenne d'âge = 70 ans |

(Statistiques arrêtées au 31 mars 2020)

2.5. Une précision et des définitions importantes.

Les personnes accueillies et hébergées au CDAIR sont reconnues, dans la grande majorité, soit comme des personnes en situation de handicap mental soit comme des personnes en situation de handicap psychique. Toutes et tous sont désignés par les vocables Résidentes et Résidents.

2.5.2. Le choix d'orthographe Résident ainsi est volontaire.

Même si en 2007, l'académie française a entériné l'usage du mot Résident comme un nom et du mot Résidant comme un adjectif, les dictionnaires « Petit Robert » et « Larousse » maintiennent leur approche de deux définitions qui confortent notre choix :

- celui qui est Résident, ne pourrait être que de passage (réside dans un autre endroit que son pays d'origine) et donc subir un habitat pas obligatoirement choisi
- en opposition avec le Résidant qui a choisi son lieu d'habitation et qui y réside de façon permanente.

Ont-ils tous choisi librement de venir vivre ici ?

Dans une très grande majorité, les habitants du CDAIR relèvent d'une mesure de protection judiciaire : tutelle ou curatelle, et ils sont pour la plupart originaires de Charente-Maritime. 6 personnes sont toujours rattachées administrativement à leurs départements d'origine.

2.5.3. Différence entre handicap mental, handicap psychique et Trouble du Spectre de l'Autisme.

Source UNAPEI

L'expression « **handicap mental** » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision etc.

Ces difficultés peuvent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. C'est à la solidarité collective qu'il appartient de reconnaître et de garantir cette compensation.

Le handicap psychique est quant à lui, la conséquence d'une maladie mentale. Comme le définit l'UNAFAM, la personne en situation de handicap psychique est un individu « qui souffre de troubles d'origines diverses qui entachent son mode de comportement d'une façon momentanée ou durable et inégalement grave. ». Le handicap psychique n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre. Il est toujours associé à des soins et ses manifestations sont variables dans le temps.

Pour mémoire : Les 5 maladies mentales les plus connues sont les suivantes : schizophrénie, trouble bipolaire ou psychose maniacodépressive, dépression sévère et persistante, troubles de personnalité limite ou borderline et trouble obsessionnel-compulsif ou TOC.

Également, certaines peuvent aussi relever d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) : Le diagnostic de TSA est posé à partir de deux groupes de symptômes :

- des déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales quel que soit le contexte,
- des modes restreints et répétitifs de comportements, d'intérêts ou d'activités.

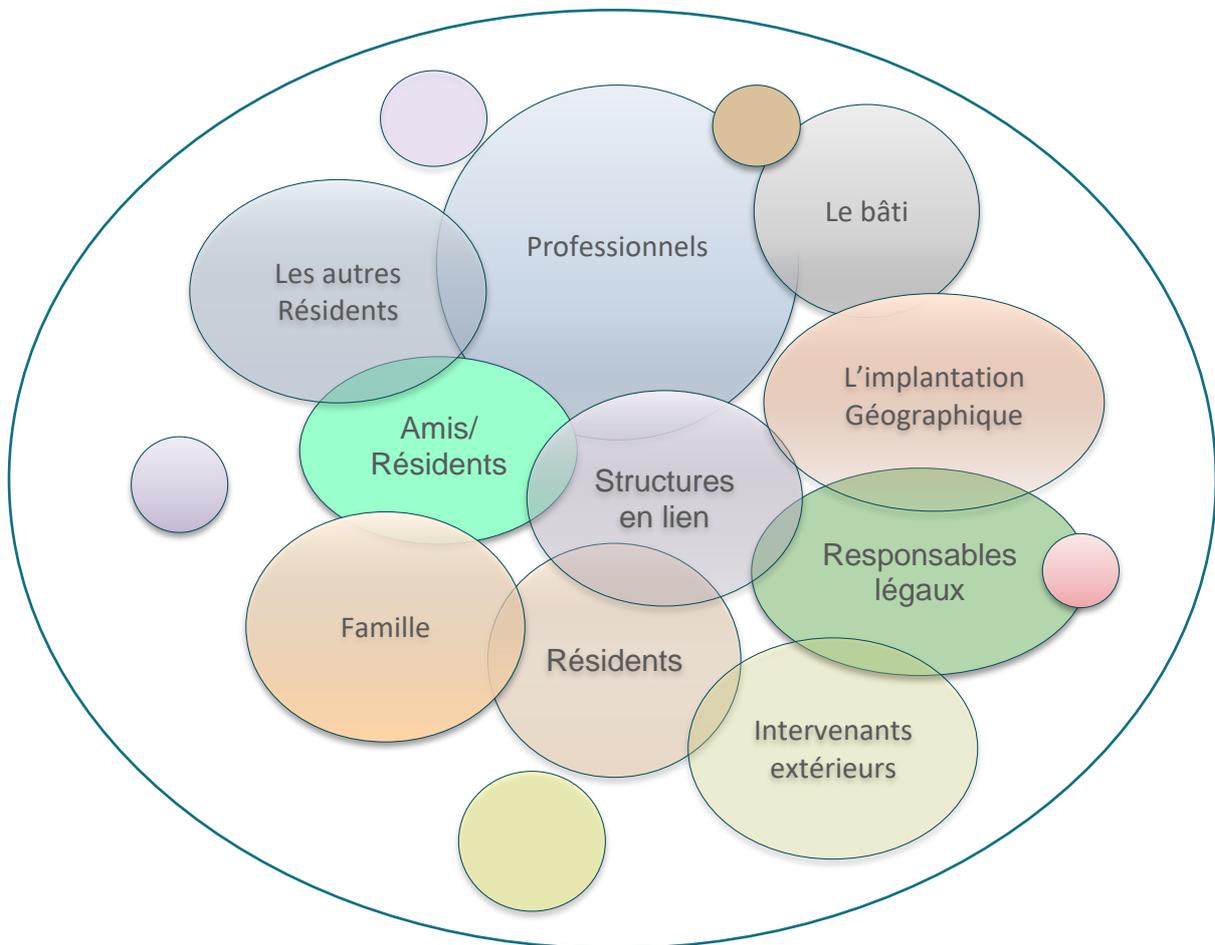
2.6. Qu'est-ce que l'entourage ?

Il nous semble important de considérer l'entourage dans une double définition :

- ce sont des personnes qui entourent habituellement quelqu'un : cercle, compagnie, milieu etc. ...
- mais aussi ce qui entoure quelque chose, qui est disposé autour : bordure, cadre, encadrement, grilles etc. ...

Pour illustrer au mieux l'importance de l'entourage nous avons pensé qu'un schéma serait probablement plus pertinent pour décrire les très nombreuses interactions avec lesquelles le Résident doit composer et qui constituent son entourage.

Comment illustrer l'entourage ?



Cette présentation n'a pas la prétention d'être exhaustive mais permet d'avoir une représentation proche du quotidien du Résident au sein de son environnement et en lien avec son entourage.

Comme tout un chacun, en fonction du temps, des circonstances et de ses propres difficultés, chaque Résident peut vivre des interactions multiples et fluctuantes dans leur intensité.

3. LES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT.

3.1. Des missions qui doivent évoluer.

Aujourd'hui le CDAIR trouve sa définition dans les catégories d'établissement relevant du 7^{ème} point de l'article L312-1.

« I. Sont des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) au sens du présent code, les Établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

7^{ème} : Les Établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologie chronique, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes du quotidien de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ... »

À noter : le décret N°2017-982 du 9 Mai 2017 prévoit une nomenclature simplifiée et opposable des ESMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques. Cette nouvelle nomenclature est applicable pour les décisions d'autorisation (nouvelles ou modificatives) prises à la suite de demandes ou d'appels à projets postérieurs au 1^{er} Juin 2017.

Nos autorisations ayant été renouvelées pour 15 ans à compter du 3 Janvier 2017, nous ne sommes pas concernés dans l'immédiat par cette nouvelle classification. Cependant, la négociation d'un CPOM ou son renouvellement pourrait être l'occasion de faire évoluer autant que de besoin les autorisations, dans le cadre de transformations, sans appels à projet. Dans cette perspective, le CDAIR deviendrait un Établissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM) pour personnes handicapées.

Les EANM ont vocation à regrouper l'ensemble des structures relevant de la seule aide sociale départementale, qu'ils interviennent ou non en complément d'une activité professionnelle (actuellement classée, sans que cette classification repose sur une définition normative, comme foyers de vie, foyers d'hébergements, foyers polyvalents).

Cette évolution s'articule avec la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et doit permettre aux établissements d'adapter leurs accompagnements à des publics toujours plus diversifiés dans leur typologie, besoins et aspirations⁸.

⁸ Protocole de coopération avec la MDPH, Janvier 2016, Avenant Mars 2018. Cf. site cdaair.fr

Elle engage les services gestionnaires vers plus de souplesse administrative propice à l'individualisation des parcours et à la prévention du refus de prise en charge. Ces préoccupations sont d'ailleurs partagées par les élus départementaux et exposées dans le schéma de l'autonomie 2018/2022, dans la fiche action N°7 : favoriser la fluidité des parcours, les transitions et répondre aux situations complexes⁹.

Au regard des missions qui nous sont assignées par les pouvoirs publics, il nous a semblé important de redéfinir notre engagement avec des valeurs partagées, au service des personnes accueillies ou hébergées.

3.2. Des obligations qui nous engagent.

- Face à des demandes ou des comportements déroutants, il est important de ne pas oublier cette réalité fondamentale. Cependant, la présence d'un représentant légal, pour la majorité d'entre eux, ne doit pas nous amener à les considérer comme des enfants.
- Nous devons reconnaître leur fonctionnement psycho-affectif, intellectuel et culturel. Les liens qu'ils font entre les éléments de connaissances et d'informations sont d'une autre nature que les nôtres. Leur perception de l'environnement est différente, marquée par les caractéristiques d'un fonctionnement intellectuel qu'il nous appartient de décoder. Leur structuration affective est souvent révélatrice d'une histoire dominée par la difficulté à se construire quelles qu'en soient les raisons.

La conscience de pouvoir penser reste le seul « garde-fou » face aux agissements pulsionnels et c'est à nous de les accompagner vers cet objectif.

- Nous devons leur assurer un hébergement permanent qui leur garantit une domiciliation et affirme leur appartenance à la communauté humaine. Il est souvent ardu de les accompagner dans ce renoncement à un « vrai chez eux ». La vie en collectivité et les contraintes architecturales imposent des limites que nous ne pouvons nier, au risque de les leurrer. En contrepartie, leur offrir l'assurance d'un soutien 24h/24h doit toujours demeurer un principe fondamental.
- Nous devons reconnaître et préserver les liens familiaux et sociaux existants dans un souci primordial.

Même s'ils apparaissent parfois compliqués et parfois même peu structurants, les liens qu'ils ont tissés leur appartiennent et eux seuls peuvent choisir de les délier.

⁹ Schéma départemental de l'autonomie 2018/2022, p.135, en ligne sur le portail du CD17.

3.3. Des évolutions attendues

Comme nous l'avons déjà exposé plus haut, les nouvelles orientations des politiques publiques dans le domaine du handicap viennent questionner, de fait, le fonctionnement et peut-être à l'extrême la pertinence du maintien d'un établissement comme le nôtre, tout du moins son organisation actuelle.

Les lois du 2 Janvier 2002 et du 11 Février 2005 ont fortement encouragé (contraint) les gestionnaires de structure à revisiter leur fonctionnement.

De façon très réductrice, nous sommes passés d'une approche très collective de la « **prise en charge** », construite au fil des années, à une dimension plus individualisée de **l'accompagnement**, centré sur la personne, ses besoins, ses désirs et son projet, et ce en très peu de temps. Il nous apparaît dorénavant primordial de :

- Garantir aux personnes en situation de handicap le libre choix de leur projet de vie
- Permettre une participation effective des personnes en situation de handicap à la vie sociale
- Placer la personne en situation de handicap au centre du dispositif.

Très prochainement, nous allons être encouragés à quitter une logique d'admission dans une structure pour nous inscrire dans une logique de parcours résidentiel dans des parcours de vie et à nous engager dans la création de plateforme de service.

La notion de parcours peut être mise en avant comme :

- Un cheminement individuel dans les différentes dimensions de la vie ; personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.
- L'ensemble des événements et périodes que connaît une personne et qui affecte son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions, à maîtriser ses conditions de vie.

Les évolutions attendues par le législateur nous engagent dès maintenant à développer nos compétences dans l'accueil d'un public plus diversifié, et à penser l'accompagnement encore plus en lien avec les aspirations, désirs, besoins individuels de chaque personne accueillie. L'admission au CDAIR doit s'inscrire dans un parcours de vie, envisagée comme une étape et non plus comme une fin en soi.

Dans l'attente d'une prochaine réforme de la tarification des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux du secteur du handicap (projet SERAPHIN), le Département de la Charente-Maritime a « fortement » invité les gestionnaires à s'engager dans la signature de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en référence à l'article L313-11 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles).

Le Conseil d'Administration du CDAIR a validé cette démarche en 2015.

4. UN CPOM POUR ENVISAGER L'AVENIR.

4.1. Qu'est-ce qu'un CPOM ?

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est en droit français, le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements des services sociaux ou médico-sociaux, s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle, en fonction des objectifs d'activité poursuivis par les établissements, afin de bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes.

4.2. Principaux objectifs du CPOM.

Signé en Décembre 2015, avec le Département de la Charente-Maritime, ce contrat nous engage jusqu'à fin 2020.

Au-delà de la fixation d'une enveloppe budgétaire contrainte sur 5 ans et d'objectifs d'activités à atteindre en termes de taux d'occupation, 4 grands engagements sont à respecter :

1er. Développer la prise en compte des droits des usagers.

2e. Adapter les structures aux besoins des personnes en situation de handicap notamment vieillissantes.

Évolution des équipements au regard des objectifs du schéma départemental et des besoins des personnes en situation de handicap.

3e. Rechercher l'efficacité des fonctionnements.

4e. Renforcer les relations avec les services du Département et les autres partenaires.

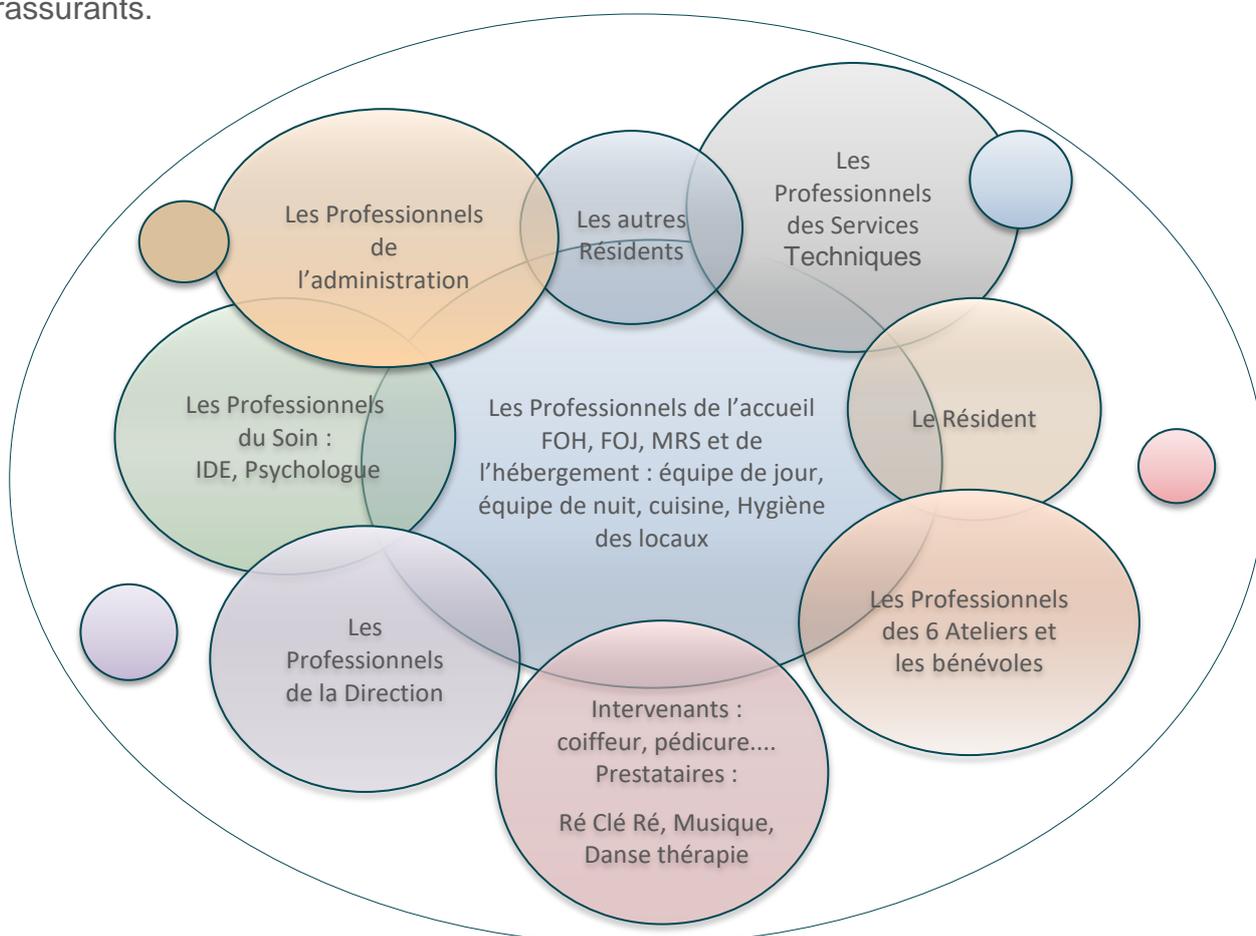
5. LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION.

5.1. Un protocole d'admission souple.

Considérant que l'accueil et notamment le premier accueil est un élément important dans le parcours des personnes concernées et de leur famille, le CDAIR met une attention toute particulière à ce premier contact qu'il soit téléphonique ou lors d'une première visite sans conditions préalables¹⁰.

5.2. Un environnement de proximité au service du Résident.

Prises dans de multiples interactions, les personnes accueillies et hébergées doivent pouvoir trouver dans leur environnement proche des repères clairs, stables et donc rassurants.



¹⁰ Cf. protocole d'admission, cf. site cdair.fr

Tous les professionnels salariés, les intervenants extérieurs et les bénévoles participent à l'accompagnement des Personnes en situation de handicap accueillies et hébergées. Chaque Résident, de par l'attention qu'il va pouvoir porter et développer vis-à-vis de ses pairs, est aussi acteur de l'accompagnement.

5.3. Une organisation qui apporte des repères.

Le CDAIR est ouvert toute l'année et des professionnels y sont présents en continu 24h/24h.

Le fonctionnement général de l'établissement s'articule à partir d'un principe de dissociation entre les temps consacrés aux actes de la vie quotidienne : manger, dormir, se reposer, se distraire, s'ennuyer etc. ; et des temps d'ateliers auxquels la participation est toujours encouragée.

6 ateliers sont proposés du lundi au vendredi ¹¹ :

- Atelier travaux manuels
- Atelier créatif et art thérapie
- Atelier lingerie
- Atelier activité physique adaptée
- Atelier bois
- Atelier peinture et décoration.

Les Résidents en hébergement permanent ont bien sûr toute latitude pour maintenir des liens avec leurs proches.

Des sorties pour convenances personnelles sont possibles selon les modalités du règlement d'Aide Sociale du Département qui encouragent les établissements à en limiter si possible le nombre (105 nuitées/an).

Des séjours avec des organismes de vacances adaptées sont également possibles voire encouragés mais leur fréquence reste dépendante des moyens financiers disponibles pour chacun.

¹¹ Pour en savoir plus, cf. site cdair.fr

5.5. Des outils au service d'une organisation.

5.5.1. Un projet de vie

Le FOH et la MRS sont d'abord des lieux d'accompagnement au quotidien. Les objectifs poursuivis sont les suivants et concernent en partie également le FOJ :

- Permettre à chaque adulte accueilli de s'assumer dans les actes de la vie courante dans la mesure de ses moyens,
- Garantir son mieux-être dans son environnement proche, accompagner l'inclusion dans son environnement élargi, favoriser son épanouissement, lui permettre de créer, jouer et communiquer,
- Soutenir et développer sa capacité de choisir pour lui-même et l'accompagner dans son propre rythme aux exigences de la vie collective,
- Valoriser le rôle et les capacités de chacun, pour lui-même et pour sa participation à la vie collective,
- Maintenir ou développer ses capacités cognitives et psychologiques tout en considérant les capacités de chacun,

Il s'agit donc de garantir à chacun une certaine qualité de vie.

« En fait la qualité de vie c'est simple. Ce que nous voulons savoir c'est si les personnes avec un handicap vivent comme elles ont envie de vivre et sinon comment nous pouvons y remédier »¹².

Nous voulons permettre aux personnes accueillies d'être ce qu'elles sont et de vivre dans une micro société avec les autres. Vivre dans un espace privé, intime, social, avec des professionnels qui veillent à la préservation et à l'articulation de ces espaces. Ainsi, pour que le CDAIR ressemble à un « Univers Social » il faut que chacun ait le sentiment d'être acteur parmi d'autres acteurs. La personne accueillie ne peut pas être qu'un objet de soin au centre de toutes les attentions, mais sujet désirant, autonome, au même titre que les professionnels.

Pour participer à la mise en œuvre de ces objectifs, des actions concrètes sont élaborées, planifiées et évaluées entre les différents intervenants, en lien direct avec les personnes accueillies.

5.5.2. La référence, le contrat de séjour, le projet personnalisé

Dès leur accueil au Foyer d'Hébergement, ainsi qu'à la MRS, un référent est désigné (ainsi qu'un co-référent au Foyer d'hébergement). Pour le Foyer occupationnel de Jour ce sont deux référents (professionnels des ateliers) qui sont désignés auprès des Résidents.

¹² Selon E.V Roberts, Président de l'Institut Mondial du Handicap.

Les objectifs de la référence visent à :

- Garantir à la personne accueillie le bénéfice d'un regard privilégié et d'une attention particulière au sein du collectif,
- Définir un repère pour le Résident, sa famille et/ou son représentant légal,
- Garantir un projet personnalisé actualisé pour chaque Résident en coopération avec les différents partenaires.

La coréférence vise à maintenir une continuité en l'absence d'un référent et écarter les risques d'appropriation qui pourraient émerger d'une telle pratique¹³.

Pour le Foyer Occupationnel d'Hébergement et la MRS, un contrat de séjour est signé dans les 15 jours suivant l'arrivée de la personne accueillie. Un document individuel de Prise en Charge pour le Foyer Occupationnel de Jour est rédigé dans les mêmes délais.

Un Projet Personnalisé est élaboré dans les six mois après l'arrivée¹⁴.

Figurent également sur le site du CDAIR le document « REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT » rédigé en FALC (Facile A Lire et à Comprendre) et le descriptif de journées types des Résidents pour les différents services : Maison de Retraite Spécialisée, Foyer Occupationnel d'Hébergement, Foyer Occupationnel de Jour.

5.5.3. Un projet de soin ?

Bien que non médicalisé, le CDAIR dispose d'un poste infirmier assurant la coordination des soins. L'agent en poste est chargé d'animer un important volet de prévention au quotidien, notamment concernant la diététique et l'alimentation.

Il organise les rendez-vous et planifie les consultations des spécialistes de manière préventive (dentiste, ophtalmologue, gynécologue, psychiatre...) en concertation avec les familles qui, si elles le souhaitent et en accord avec leur protégé, peuvent assurer elles-mêmes ce suivi.

L'agent en poste assure l'interface avec les médecins, l'accompagnement et le soutien des équipes dans le domaine de la prévention et de la mise en œuvre des prescriptions de soins quotidiens non infirmiers.

Un médecin généraliste désigné comme médecin traitant par une grande partie des Résidents effectue des visites trois fois par semaine. Il se déplace à la demande le cas échéant. Le choix du médecin traitant reste libre.

¹³ Pour en savoir plus : La référence au CDAIR, cf. site cdair.fr

¹⁴ Pour en savoir plus sur le Projet Personnalisé, cf. site cdair.fr

Pour des questions pratiques nous ne pourrions pas assurer les accompagnements chez des médecins traitants qui ne se déplaceraient pas au CDAIR. Ainsi dans ce cas, le résident et/ou sa famille ou tuteurs doivent assurer les déplacements.

Nous pouvons être amenés à utiliser les services de la plate-forme médicale de CAP'SOINS 17 (hôpital Marius Lacroix), pour les Résidents dont la prise en charge médicale s'avère complexe.

Le CMP (Centre médico-psychologique) de Saint-Martin-de-Ré assure l'accompagnement des Résidents ayant besoin d'un suivi psychiatrique. C'est l'agent en poste infirmier du CDAIR qui assure la coordination des soins avec les créneaux que nous proposent les médecins psychiatres (Médecins du secteur 1 de l'hôpital Marius Lacroix)¹⁵.

Les familles qui le souhaitent peuvent se mettre directement en lien avec les médecins du CMP, ou choisir un autre praticien. Dans ce cas l'organisation des rendez-vous et les déplacements restent à leur charge.

Un psychologue intervient (0, 40% ETP) chaque semaine. Il assure des entretiens individuels pour les Résidents qui en font la demande.

Le CDAIR a établi une convention avec une pharmacie locale qui assure la préparation des médicaments en sachets individuels pour chaque prise quotidienne. Les traitements sont livrés chaque semaine sous forme de rouleaux nominatifs.

Les professionnels ont recours aux numéros d'appel d'urgence le cas échéant. En cas de recours aux urgences de La Rochelle, le Résident (sauf cas particulier) est systématiquement accompagné d'un professionnel du CDAIR, afin de rassurer ce dernier et faire le lien avec les acteurs médicaux pour une meilleure prise en charge.

Le CDAIR est signataire de la **charte Romain Jacob et s'efforce d'appliquer ses recommandations**. Les personnels d'astreinte assurent ces accompagnements en dehors des horaires habituels des professionnels de l'hébergements.

5.5.4. Un projet d'animation

Rappel : le fonctionnement général de l'établissement s'articule à partir d'un principe de dissociation entre les temps consacrés aux actes de la vie quotidienne et les temps d'ateliers auxquels la participation est toujours encouragée.

¹⁵ Convention de partenariat avec le CHS Marius Lacroix, cf. site cdair.fr

Ces ateliers proposent différentes activités manuelles ou physiques, toutes adaptées aux envies et besoins des Résidents. Éveiller leurs appétences, développer leur force de proposition et leur esprit collectif, conforter et développer leur autonomie, susciter leur intérêt pour découvrir de nouvelles activités sont les principales finalités des ateliers.

Des activités récurrentes sont également mise en œuvre par les professionnels de l'hébergement comme par exemple : l'équithérapie, la pêche à pied, la cuisine, etc. ...¹⁶

Enfin, des animations à visées plus institutionnelles, bénéficiant souvent du soutien de l'association La Vague Bleue, sont proposées tout au long de l'année et participent à renforcer le repérage dans le temps :

- Les vœux et la galette des rois
- Halloween et la chandeleur
- La kermesse
- La fête de Noël
- Les repas à thème trimestriels...

¹⁶ Pour en savoir plus : cdair.fr (rapport d'activités).

5.7. Un cadre bâti perfectible.



« À travers un bâtiment, un aménagement, un espace, on pose un cadre à la vie de ses occupants, mais aussi un support à leurs relations.

On permet ou on interdit, on favorise ou on suggère des échanges, des rencontres, des parcours, des détours... On invite à cheminer, à s'approprier un espace, à en faire un chez soi. On propose des repères, un environnement, un cadre pour la mise en place du projet de vie de chacun¹⁷. »

Le CDAIR regroupe sur un même patrimoine foncier deux bâtiments principaux.

Le plus grand, construit au début des années 1990, abrite le FOH et FOJ.

Le second bâtiment, érigé au début des années 2000, concerne la MRS et les locaux administratifs.

Les différents ateliers sont situés dans des bâtiments spécifiques soit annexes soit contigus au bâtiment principal.

¹⁷ Congrès de l'UNAPEI 2012.

5.7.1. LE FOH : Foyer Occupationnel d'Hébergement*



Les 55 Résidents du Foyer Occupationnel d'Hébergement sont accueillis sur un même bâtiment dans lequel nous retrouvons :

- **19 chambres doubles** d'environ 18 m², disposant d'une salle de bain avec douche et WC et d'un placard par personne.
- **17 chambres individuelles** d'environ 16 m² disposant d'une douche Salle de bain et WC, d'un balcon pour certaines d'entre elles et d'un placard.

L'attribution d'une chambre seule est conditionnée à l'incapacité manifeste de partager son espace privatif. Ce point est apprécié par l'ensemble des professionnels qui y sont extrêmement attentifs.

Une chambre d'accueil temporaire nous permet de proposer des séjours de découverte ou de répit familial.

Nous accueillons ainsi :

- Des jeunes encore en IMPRO ou en IME qui viennent vérifier la pertinence d'une orientation future en collaboration avec leurs encadrants.
- Des patients de l'hôpital psychiatrique bénéficiant d'une orientation en FOH, afin de vérifier la pertinence de cette orientation en collaboration avec les équipes de l'hôpital.
- Des personnes avec une orientation FOH vivant à leur domicile ou celui de leurs parents, en accueil familial dans l'attente d'une place (séjour de répit).
- Des bénéficiaires du FOJ (Foyer occupationnel de Jour) pour qui nous travaillons à plus ou moins long terme avec les familles.

Ces séjours de découverte du CDAIR permettent aussi de valider, ou pas, l'inscription sur notre liste d'attente.

*cf. Protocole d'Admission sur le site du cdair.fr

- **L'ensemble des locaux est réparti sur deux étages**, sans ascenseur et une baignoire est disponible à chacun des étages. Une salle à l'étage est réservée aux soins esthétiques et soins de coiffure.
- **Une grande salle à manger** permet d'accueillir l'ensemble des Résidents du FOH pour les petits déjeuners, les repas du midi et les repas soir. Les bénéficiaires du Foyer Occupationnel de jour se joignent également aux repas du midi durant les jours de semaine. Au total, 62 Résidents, une dizaine de professionnels et les Résidents de la MRS, pour des occasions festives, partagent les temps de repas. La salle à manger donne sur un espace extérieur qui peut être investi pour les repas à la belle saison.
- **Une cuisine est mise à disposition** de la société de restauration qui assure la prestation des repas.
- **Un coin salon** avec TV près de l'entrée.
- **Un poste téléphonique** permettant de recevoir des appels et un ordinateur permettant des échanges en « visio ».
- **Une salle d'activité** faisant office de salle de réunion pour les professionnels.
- **Les professionnels de l'hébergement disposent d'un bureau** donnant sur le salon et la salle à manger, lieu de travail et de transmission. Y sont conservés les dossiers dits éducatifs. Une salle de stockage et les vestiaires des professionnels sont en sous-sol, ainsi que les locaux de la chaufferie.
- **Une salle d'infirmierie** avec un bureau et une table d'auscultation est également disponible. Y sont conservés sous clé, les dossiers médicaux de l'ensemble des Résidents du CDAIR ainsi que les médicaments.

5.7.2. LA MRS : Maison de Retraite Spécialisée*

Située à l'entrée de l'établissement et attenante aux locaux administratifs, elle dispose de :

- **11 chambres individuelles de 22 m²**, incluant une douche/salle de bain/WC et un grand placard.
- **Des locaux collectifs** qui comprennent un salon / salle à manger ainsi qu'un coin cuisine équipée et une terrasse attenante avec un jardin arboré.
- **Une salle de bain** avec baignoire adaptée.
- **Une laverie** avec machine à laver et sèche-linge (pour le linge délicat).

Les professionnels de l'hébergement partagent un bureau où sont conservés les dossiers éducatifs, les médicaments de la semaine en rouleaux individuels, les dossiers médicaux étant conservés dans l'infirmierie du FOH.

Les repas quotidiens sont préparés par la cuisine située au FOH. Néanmoins la cuisine équipée permet la préparation et la cuisson de repas (un soir par semaine).

Les Résidents de la MRS sont invités à participer, à leur rythme, aux activités proposées par les ateliers occupationnels et bénéficient de sorties et activités organisées par les professionnels de la MRS.

En sous-sol du bâtiment se trouvent des lieux de stockage, les vestiaires du personnel, les locaux des services techniques et la chaufferie du bâtiment.

*cf. Protocole d'Admission sur le site du cdair.fr

5.7.3. LE FOJ : Foyer Occupationnel de Jour*

Horaires : de 9H00 à 16H30 tous les jours ouvrables.

Les bénéficiaires de l'accueil de jour disposent d'un petit local aménagé dans une partie de l'atelier créatif meublé d'une table et de chaises avec quelques petits matériels à disposition (papiers, crayons, jeux). Ils peuvent déposer leurs effets personnels dans un placard. Chacun a la clé du local et peut s'y rendre dans les temps hors atelier. Les bénéficiaires de l'accueil de jour sont répartis sur chaque atelier, avec les Résidents du FOH et de la MRS, suivant un planning élaboré dans le cadre de leur projet. Ils prennent le repas du midi ainsi que la collation de 16H00 dans la salle à manger du FOH.

Les Résidents peuvent bénéficier, en fonction de leurs centres d'intérêts, de certaines activités organisées par le FOH ou par l'animateur sportif au-delà de ces horaires. Le CDAIR doit assurer la prise en charge des transports pour les usagers du FOJ qui en feraient la demande.

Dans cette hypothèse, il faut savoir qu'une participation, dont le montant est arrêté par l'assemblée délibérante du CD17, est exigible en contrepartie.

Un arrêt de bus étant à proximité de l'établissement, nous encourageons les participants de l'accueil de jour à utiliser les transports en commun.

Cette inscription dans le droit commun peut se faire graduellement en fonction des capacités de chacun.

Cet apprentissage est cependant facilité par la solidarité des plus anciens Résidents du FOJ, qui savent rassurer les nouveaux arrivants, et par la bienveillance manifestée des chauffeurs qui pour la plupart, connaissent le CDAIR et ses habitants.

5.7.4. Transports et déplacements

Pour les transports et déplacements, le CDAIR dispose également de deux minibus de 9 places et de 3 berlines de 5 places dont une est plus spécifiquement dédiée à la MRS.

En fonction bien sûr du projet de chacun, le recours au droit commun en matière de déplacement est privilégié.

Le passage du pont étant payant, les familles des Résidents bénéficient toutes, depuis 2018, d'un tarif préférentiel avantageux lors de leurs venues sur l'île soit pour visiter leur proche ou venir le chercher soit pour participer à une réunion ou à une manifestation festive organisée par le CDAIR.

*cf. Protocole d'Admission sur le site du cdair.fr

5.8. Une implantation territoriale réussie.



Au cœur de la zone artisanale de Saint-Martin-de Ré, à proximité des commerces, des installations sportives, culturelles et de loisirs (Piscine, stade, gymnase, pistes cyclables, plages, forêt) l'établissement est idéalement situé ; ouvert sur l'extérieur les Résidents peuvent circuler librement.

Les Résidents créent des liens avec les voisins et nous voyons des partenariats individuels fugaces ou plus durables, se mettre en place : untel ramène des palettes mises de côté par certains commerçants et qui seront utilisées dans l'atelier Bois, un autre récupère des bouchons de liège pour l'atelier peinture décoration etc.

Le Cercle Nautique Martinais invite chaque année une quarantaine de Résidents pour une sortie en mer.

L'attractivité des Marchés de Printemps, de Noël et de la Kermesse, organisés annuellement par les salariés de l'établissement avec le soutien de la Vague Bleue, témoigne de la richesse des relations avec l'environnement du CDAIR.

Dans un autre registre, nous utilisons autant que faire se peut les services de proximité, du cabinet de radiologie, du laboratoire d'analyse, de la pharmacie, du cabinet dentaire et cabinet de kinésithérapie, des commerçants et services divers.

Plusieurs types de conventions ont été élaborés et permettent de clarifier et d'encadrer les relations avec nos différents partenaires :

CONVENTION DE BENEVOLAT	
Bénévoles	Conventions nominatives Conventions annuelles nous liant à des personnes intervenant en renfort dans les ateliers ou pour certaines activités.

CONVENTIONS DE PRESTATION DE SERVICES	
PHARMACIE DU CENTRE Saint-Martin-de- Ré	Préparation des médicaments.
PEDICURE / PODOLOGUE	Intervention mensuelle.
ECOLE DE MUSIQUE l'île de Ré	Mise à disposition d'une intervenante 2H chaque jeudi hors vacances scolaires (de la zone A), pour un atelier Musique/Rythme.
THERADANSE Danse Thérapie	Un atelier de 2h toutes les deux semaines.
Association RE CLE RE Le Bois Plage en Ré	Mise à disposition d'une intervenante (plus une personne en service civique), trois heures chaque vendredi hors vacances scolaire. Participation aux rencontres avec des acteurs sociaux associatifs de l'île de Ré dans le but de développer des partenariats sur des actions collectives. (Dans le cadre des activités de pôle social de l'association RE CLE RE).
PISCINE AQUARE Saint Martin de Ré	Un créneau d'1h15 tous les lundis hors vacances scolaires.
CENTRE EQUESTRE DES EVIERES	Activité Équestre selon un calendrier établi hors vacances scolaires.
BUSINESS PLUME	Edition d'une gazette en partenariat avec l'atelier Créatif : « PAPOTAGES » Un atelier de 2h tous les quinze jours.

CONVENTIONS DE PARTENARIATS	
HOPITAL SAINT HONORE Saint-Martin-de-Ré	Convention régissant le prêt gracieux d'une salle pour assurer certaines prestations de formation en direction des professionnels de l'établissement.
MAIRIE de Saint-Martin-de-Ré 3 Conventions	Convention de mise à disposition gracieuse de la salle de sport sur certains horaires. Convention de partenariat avec le centre de loisirs pour des activités partagées avec des enfants du CLSH et l'atelier bois et/ou créatif. Convention avec l'école de Saint-Martin pour des activités partagées avec les enfants de l'école et l'atelier Bois et/ou créatif.

MUSEE Ernest Cognacq Saint-Martin-de-Ré	Convention de partenariat avec l'atelier créatif.
SURF CLUB RETAIS Sainte Marie de Ré	Convention saisonnière pour la pratique du surf.
OCEAN KARATE CLUB La Flotte	Pratique du karaté adapté 2 heures les jeudis matin en dehors des vacances scolaires.
MEDIATHEQUE Michel Crépeau LA ROCHELLE	Convention de prêt (livres, magazines, CD, etc...)
LA VAGUE BLEUE	Convention régissant les rapports de l'association (gérée par des parents) et le CDAIR.
HOPITAL MARIUS LACROIX	Organisation de séjours de découverte et d'évaluation en hébergement ou en accueil de jour pour des personnes avec orientation ayant besoin de travailler leur projet.
MDPH	Protocole de coopération

6. LES PRINCIPES D'INTERVENTION.

6.1. Le service public : continuité, égalité, adaptabilité.

Le régime juridique du service public est organisé autour de trois grands principes :

- La continuité du service public qui repose sur la nécessité de répondre aux besoins de l'intérêt général sans interruption.
- L'égalité devant le service public qui procède de l'application à ce domaine du principe général d'égalité de tous devant la loi, proclamé par la déclaration du droit de l'homme et des citoyens de 1789. Ainsi le défaut de neutralité (principe qui est un prolongement du principe d'égalité) d'un agent du service public, par exemple une manifestation de racisme à l'encontre d'un usager, constitue une faute déontologique grave.
- Le principe d'adaptabilité. Le service ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société. Il doit suivre le besoin des usagers ainsi que les évolutions techniques.

Les Résidents, public vulnérable, sont accueillis dans un établissement par des professionnels « compétents », soucieux de mettre en œuvre un accompagnement fondé sur la bientraitance et l'éthique, concourant tous au « prendre soin global ».

6.2. La bientraitance et la qualité de vie au travail.

La bientraitance est une culture partagée inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement et d'un service¹⁸.

Il s'agit d'une démarche globale d'accompagnement des Résidents et d'accueil de leur entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et liberté, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche favorise :

- L'implication des Résidents dans leur accompagnement et une recherche permanente de personnalisation de la prestation,
- La promotion du bien-être des Résidents,
- La qualité de vie au travail en se centrant sur le sens du travail.

¹⁸ Recommandation ANESM sur la bientraitance.

Une culture de la bientraitance ne peut se construire qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.

Il s'agit pour le professionnel :

- D'être attentif à sa manière d'être, de dire et d'agir, soucieuse de l'autre,
- D'être réactif à ses besoins et ses demandes,
- D'être respectueux de ses choix et de ses refus,
- D'être attentif à la qualité des relations avec l'ensemble des professionnels.

La culture de la bientraitance induit une attitude en tension du fait qu'elle veille à maintenir :

- Un cadre institutionnel stable,
- Des règles claires connues et sécurisantes pour tous,
- Un refus sans concession de toute forme de violence.

Avec une exigence de personnalisation de l'accompagnement de chacun.

La qualité de vie au travail :

Un travail important sur une culture partagée de la bientraitance a été réalisé par l'ensemble de l'équipe en se questionnant sur la qualité de vie au travail.

La bientraitance est toujours évoquée comme une exigence professionnelle nécessaire à la qualité de vie des Résidents. Ce qui apparaît indispensable pour les uns, ne l'étant pas moins pour les autres, la qualité de vie au travail questionne nécessairement une forme de bientraitance vis-à-vis des professionnels.

Compte tenu des raisons pour lesquelles ils sont présents dans l'établissement, la qualité de vie pour les professionnels, lorsqu'ils s'expriment sur ce sujet, peut être ramenée à la qualité du travail que chacun a le sentiment de produire, dans son rapport aux Résidents, aux familles, aux partenaires, aux collègues et avec la hiérarchie.

« Toute puissance et Autorégulation » :

La culture qui est la nôtre est profondément marquée par ce que nous pourrions désigner comme « le mythe de l'autorégulation », sentiment que chacun serait un adulte autonome et « tout puissant », et qui, s'appuyant sur des valeurs morales altruistes, serait capable à lui seul de maîtriser la qualité des rapports qui sont les siens.

Pour en rester au cadre plus restreint des relations entre professionnels du même établissement, personne ne peut produire un travail sans rapport le plus souvent avec l'activité des collègues et des cadres. Nous pouvons donc considérer que chacun devient par là même, vulnérable, sujet parfois à des incompréhensions, confrontations et conflits.

Le conflit, loin d'être un obstacle, est un élément moteur pour la dynamique d'équipe. Encore faut-il donner les moyens aux professionnels, de traiter correctement ces conflits et de les dépasser pour mieux coopérer. Une coopération qui implique alors pour chacun la possibilité de s'exprimer sur son travail, et d'échanger dans de bonnes conditions avec tous, sur la meilleure manière de le faire ensemble.

Des temps d'échanges nécessaires :

Depuis que nous nous sommes engagés ensemble à améliorer la qualité de vie au travail, nous sommes particulièrement attentifs à organiser des temps de rencontre permettant à chacun de s'exprimer, dans un cadre favorisant des échanges bienveillants et constructifs. Nous veillons ainsi à ne pas émettre des jugements de nature morale ou remettant en cause les compétences des professionnels.

Il ne peut y avoir une réelle bientraitance avec les Résidents, si ce souci de bientraitance n'est pas cultivé, non seulement entre collègues, tous niveaux hiérarchiques confondus, mais avec toute personne présente dans l'établissement.

Le souci de prendre soin :

La bientraitance peut être considérée comme le souci de prendre soin de l'autre. L'éthique vient préciser qu'il est davantage question de prendre soin de la nature du rapport à l'autre, que de l'autre.

Si je prends soin de mon rapport aux autres, je prends soin des autres et de moi.

6.3. L'éthique.

L'éthique est de l'ordre de la recherche individuelle et collective. Elle cherche à dépasser une logique d'action purement technique ou morale.

L'éthique est un positionnement critique sur les normes de conduites de différentes natures. Elle suppose un questionnement permanent des principes susceptibles d'ouvrir des perspectives aux professionnels accompagnants.

Cette posture implique :

- De se détacher des certitudes que nous offrent au quotidien les principes et valeurs morales qui orientent notre action,
- Que le professionnel accepte de se sentir lui-même vulnérable.

Cette posture suppose également, comme le rappelle l'ANESM/HAS, tant au sujet de la bientraitance que de l'éthique :

- la promotion de la parole de tous les professionnels,
- une dynamique de travail d'équipe et une organisation de l'interdisciplinarité, indispensables à un travail de qualité dans la coopération.

Trois éléments rendent compte de l'exigence d'une réflexion éthique qui fonde l'action des professionnels :

- La vulnérabilité du public accompagné,
- L'articulation entre les dimensions individuelles et collectives du travail d'accompagnement,
- L'évolution permanente du travail social.

L'éthique est donc questionnée par des situations concrètes et singulières où entrent en contradiction des valeurs ou principes d'intervention d'égale légitimité :

- Liberté et sécurité,
- Protection et émancipation (autonomie),
- Exercice de la citoyenneté et mise en œuvre de mesures contraintes,
- Personnalisation de l'accompagnement et règles de la vie collective.

Ainsi dans le souci de mettre en œuvre la liberté d'aller et venir, le portail d'entrée de l'établissement est ouvert en journée. Les Résidents ne pouvant sortir seuls sont accompagnés.

Les autres peuvent sortir librement après avoir prévenu les professionnels qui évaluent le contexte d'une sortie en sécurité.

L'accompagnement professionnel vise à engager le Résident dans l'acceptation d'une règle qui le protège. Il s'agit là d'un vrai travail vers l'autonomie.

6.4. Quelques précisions sémantiques.

Autonomie–Dépendance–Indépendance :

Alors que l'objectif affirmé de tout accompagnement vise toujours à préserver et développer l'autonomie, nous avons tendance à mélanger autonomie et dépendance en faisant le raccourci suivant : Être autonome reviendrait à n'avoir besoin de personne ! Il apparaît donc important, notamment à la MRS qui accueille des personnes vieillissantes, de préciser ces termes.

Francis Kuntzmann, Professeur de médecine au CHU de Strasbourg propose les définitions suivantes, partagées par l'ensemble des salariés dans le cadre du travail commun sur le Projet d'établissement.

- **L'autonomie** est la capacité de se gouverner selon ses propres lois, ou la possibilité de disposer librement de soi, concept proche de la notion de liberté.
- **La dépendance** est la situation de la personne qui a besoin d'aides pour mener une vie normale.
- **L'indépendance** est la capacité d'effectuer sans aides les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociales.

Dès lors il résulte qu'une personne peut être :

- **Autonome et indépendante** c'est à dire capable de choisir d'effectuer sans aide les activités de la vie courante.
- **Dépendante mais autonome**, qui ne peut faire seul certains actes de la vie courante mais être capable de décider.
- **Dépendante et non autonome**, qui ne peut faire ni décider seule.

La confusion de sens nous amène à dire d'une personne qui ne peut plus s'habiller seule qu'elle est en perte d'autonomie alors qu'elle peut n'être seulement qu'un peu plus dépendante et toujours autonome.

Cette confusion révèle les effets d'une relation d'accompagnement qui mettrait en suspens l'autonomie de la personne et sa capacité à se gouverner soi-même.

Dans ce cas l'accompagnant risque, malgré lui, de se retrouver en position de domination en tant que personne « compétente » pour apporter l'aide ou réaliser le soin que l'autre est dans l'incapacité de faire.

« On demande à l'individu stigmatisé de nier le poids de son fardeau et de ne jamais laisser croire qu'à le porter, il ait pu devenir différent de nous. En même temps, on exige qu'il se tienne à une distance telle que nous puissions entretenir sans peine l'image que nous nous faisons de lui. En d'autres termes, on lui conseille de s'accepter et de nous accepter, en remerciement naturel d'une tolérance première que nous ne lui avons jamais totalement accordée. Ainsi, une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme¹⁹. »

Passer d'une posture de « bonne distance », enseignée dans les Institutions de formation des travailleurs sociaux à celle de « bonne proximité » réclamée par Marcel NÜSS²⁰, reste un objectif pour tous les professionnels du CDAIR.

« L'aspiration des personnes en situation de handicap à vivre avec le sentiment d'appartenir pleinement au monde ordinaire doit être plus résolument soutenue par les professionnels. Pour cela, de nouvelles compétences sont nécessaires, ainsi qu'une profonde réorientation des services et des établissements. Savoir développer les capacités (les Canadiens parleraient de « capacités ») des personnes au service de leur inclusion suppose une technicité importante et une posture nouvelle, autour de leurs compétences et non comme encore trop souvent, sur leurs difficultés ou leur souffrance²¹. »

¹⁹ Erving GOFFMAN, « Stigmates. Les usages sociaux des handicaps », éditions de Minuit, 1975.

²⁰ Marcel NÜSS, Président de l'APPAS (Association pour la promotion de l'accompagnement sexuel), essayiste, poète, romancier, consultant.

²¹ Claude VOLKMAR, Directeur du CREA I Auvergne-Rhône-Alpes, « Donner le pouvoir d'agir aux personnes handicapées », publié dans le magazine Journal Direction[s], Octobre 2016.

6.6. Le prendre soin global.

« Le prendre soin global », concept qui peut paraître simple ou évident, n'en est pas moins une petite révolution culturelle. Il implique en effet une véritable déconstruction de nos modes de pensées habituels, souvent cloisonnés dans des logiques corporatistes. Chaque intervenant dans son domaine et son organisation de travail doit être convaincu que son activité contribue à l'offre de service du CDAIR, dont le Résident est le destinataire : des professionnels de la cuisine à la santé, de l'accompagnement du quotidien à la gestion administrative, des services techniques aux moniteurs d'ateliers, des intervenants réguliers ou ponctuels, salariés ou bénévoles, tous participent de la qualité de vie du Résident.

Ce concept associé à notre engagement, dans une culture de la bienveillance et au regard de notre positionnement éthique, nous oblige à revisiter les petites choses du quotidien tout en se questionnant sur la manière dont nous travaillons ensemble. Cela implique d'aller au-delà de la simple collaboration entre les personnes pour tendre vers un principe de coopération. Au-delà de la collaboration, la coopération sous-tend une réelle ouverture à l'autre, créatrice de sens dans l'action.

« Coopérer, c'est œuvrer librement de concert, y compris - c'est le point fondamental - dans un but autre que la survie, la reproduction ou le travail. »

« En somme, si l'on collabore pour faire, on coopère pour savoir. »

« La démocratie est l'espace de la coopération par excellence, [...] »

« La construction commune des lois et leur connaissance partagée peuvent être considérées comme une forme de coopération civique. Elles permettent la collaboration [...] mais ne s'y réduisent pas. Elles favorisent des interactions humaines libres et fécondes [...] En démocratie, idéalement, on peut coopérer en tout, le plus souvent sans savoir où cela mènera²²... »

Les principes d'intervention concernant les Résidents n'ont de valeur que s'ils peuvent s'appliquer aux professionnels entre eux.

Prendre soin et éthique de la vulnérabilité :

Le rapport à l'autre est toujours orienté par des affects qui s'imposent à nous, sans que nous puissions toujours en comprendre la cause. Qu'il s'agisse d'un Résident ou d'un collègue, nous pouvons parfois subir un sentiment d'incompréhension et d'agacement que notre attitude ne manquera pas de transmettre. Sentiment désagréable, autant pour soi que pour l'autre.

²² Eloi LAURENT, « l'Impasse Collaborative, Pour une véritable économie de la coopération », éditions Les Liens qui libèrent, 2018.

Ces réactions sont la marque de notre vulnérabilité. L'attitude éthique s'impose comme désir de comprendre, au-delà des premières réactions et des jugements venus faire obstacle à cette compréhension.

Nous posons le principe que les différents professionnels, les différents intervenants et les Résidents ont en commun la vulnérabilité inhérente à la condition humaine. Loin d'être une fragilité, elle est l'ouverture de soi à l'autre.

Ce terme retranscrit à la fois la fragilité de l'existence mais également le constat de l'interdépendance des individus. Nous sommes toujours et à tout âge en situation de dépendance, il est donc indispensable de recourir au « *prendre soin* ». Ce terme ne se limite pas au soin, mais renvoie à l'idée de sollicitude et d'importance accordée aux autres, non pas par compassion ou altruisme désintéressé, mais parce qu'il n'y a pas de vie humaine possible sans entraide. Le terme anglais « care » qui n'a pas son équivalent français rend compte de cette subtilité.

« CONSENTIR À NOTRE PROPRE VULNERABILITE EST CE QUI NOUS HUMANISE. SE SAVOIR VULNERABLE, C'EST CONSENTIR À NE PAS SE CROIRE INVULNERABLE : NI IMPUISSANT NI TOUT PUISSANT. CECI EST LE FONDEMENT DE L'ETHIQUE²³. »

Cette réflexion éthique et une culture partagée de la bientraitance doivent « accompagner » nos actions au quotidien.

²³ Philippe MERLIER, professeur de philosophie, formateur en travail social.

7. LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES.

7.1. Un personnel diplômé.



Photo réalisée le 18/12/20 pour « la journée du pull de Noël »

Les professionnels d'accompagnement du quotidien sur les hébergements (FOH et MRS) sont de qualification **Aide Médico Psychologique** (à présent **AES**, Accompagnant Éducatif et Social), et **Aide-Soignant**. Dans un établissement non médicalisé cette dernière qualification s'explique par l'histoire du CDAIR, anciennement rattaché à l'hôpital. Ces deux qualifications partagent les mêmes fiches de tâches. Le croisement des regards, Éducatifs/Soignants, nous apparaît tout à fait pertinent au regard de la population accueillie, qui manifeste des troubles très divers et dont une grande majorité fait l'objet de traitements médicamenteux journaliers.

Ces professionnels accompagnent les temps du lever, les soins d'hygiène, aident à l'entretien et au rangement des espaces de vie personnels, accompagnent certains rendez-vous médicaux ou paramédicaux, assurent la distribution des médicaments, aide aux achats, accompagnent les temps de repas, les diverses activités de loisirs, encouragent les liens sociaux, apportent les médiations et l'écoute nécessaire, veillent au respect des règles, participent à l'élaboration des projets personnalisés et leur mise en œuvre, etc.

- **FOH** : 16 (AMP et AS, un ASH faisant fonction d'AMP) avec un effectif journalier minimum de 8 personnes (4 le matin, 4 l'après-midi).
- **MRS** : 4 personnes avec un effectif journalier minimum de 2 personnes (1 le matin, 1 l'après-midi)

Un poste d'éducateur spécialisé assure la coordination des activités, la planification et l'accompagnement des équipes à la mise en place des projets personnalisés, le suivi et la planification des absences des Résidents en contact étroit avec leur famille.

Les surveillants de nuit : 4 (intervention en binôme aide-soignant ou AMP et ASH), assurent des activités de soirée, l'accompagnement au coucher ainsi que la sécurité et la surveillance de nuit.

Les moniteurs d'ateliers : 6, dont un poste **d'AMP**, un poste de **moniteur éducateur**, un poste **d'animateur sportif**, **deux postes de moniteur d'atelier**, assurent du lundi au vendredi des activités variées et adaptées. Un poste **d'éducateur technique spécialisé** (atelier peinture décoration) assure deux jours par semaine les fonctions de coordination et planifications des activités, mais aussi le soutien à la mise en œuvre des projets personnalisés pour la part consacrée aux ateliers, en coopération avec le poste de coordinateur sur les hébergements.



Les services techniques et d'entretien : participent de l'amélioration du cadre de vie des Résidents et des professionnels, ils sont en contact fréquent avec les Résidents, sollicitant certains d'entre eux pour des petits coups de mains :

- 2 postes dévolus à l'entretien technique des bâtiments, petits travaux et entretien des espaces verts.
- 1 poste dédié à l'entretien courant des lieux collectifs et des bureaux.



Les services administratifs : participent de l'accueil, de la gestion des dossiers Résidents et salariés, de la gestion des budgets, la facturation des séjours, la distribution de l'argent de poche, etc. Le service comprend :

- Un adjoint des cadres, mandataire judiciaire et chargé des ressources humaines
- Deux adjoints administratifs.

Un poste infirmier : bien que non médicalisé, le CDAIR dispose d'un poste infirmier assurant la coordination des soins. Il est chargé d'animer un important volet de prévention et assure le lien avec les équipes d'accompagnement du quotidien des Résidents.

Un psychologue à 0,40 % ETP : il assure des entretiens individuels auprès des Résidents, reçoit éventuellement les familles et encadre les temps d'Analyses de la Pratique avec les professionnels.

La Direction :

- Un Directeur : Décret n°2007.1930 du 26 Décembre 2017 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux de la FPH. Les missions générales du directeur s'inscrivent dans, les valeurs du service public, dans les politiques sociales, médico-sociales et dans une démarche de Santé publique.
- Un Cadre socio-éducatif : Décret n°2007.839 du 11 Mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la FPH. Sous l'autorité du Directeur de l'établissement, le CSE est responsable de l'organisation et du fonctionnement des services. Il participe à l'élaboration du projet d'établissement ainsi qu'à ceux des différents services. Il participe à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions. Il présente chaque année au directeur le rapport d'activité des services socio-éducatifs de l'établissement.

Un chef gérant et un cuisinier salariés de la société prestataire, assurent à tour de rôle la confection et le service des repas. **Une aide à la plonge et au ménage de la salle de repas** fait partie de la prestation en semaine, les week-ends ce sont les personnes accueillies qui assurent ces tâches.



De manière générale, des réunions formalisées par service permettent le partage des informations inhérentes aux missions de chacun :

FOH

- Transmissions quotidiennes professionnels du matin et de l'après-midi, en présence du poste infirmier et coordination, du cadre (deux à trois fois par semaine)
- Une réunion projet hebdomadaire (équipe, coordination, cadre, atelier)
- Réunion ponctuelle groupe de travail le cas échéant.
- Analyse de la Pratique Éducative (Psychologue, professionnel de l'hébergement, atelier au minimum deux fois par mois).

FOJ

- Le suivi rentre dans le cadre des transmissions quotidiennes Ateliers et Hébergement + projet personnalisé.

MRS

- Transmissions quotidiennes professionnels du matin et de l'après-midi
- Une réunion par quinzaine (cadre socioéducatif, coordination) ;
- Une réunion de projet personnalisé par mois (équipe, cadre, psychologue, coordination, atelier).

ATELIERS OCCUPATIONNELS

- Transmissions quotidiennes
- Une réunion hebdomadaire (coordination atelier)
- Une réunion par quinzaine (cadre, coordinations atelier et hébergement).

ADMINISTRATION	<ul style="list-style-type: none"> • Une réunion mensuelle
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination Hébergement et Atelier une fois par semaine • Coordination Hébergement et Ateliers + Cadre une fois par semaine
SERVICE TECHNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission quotidienne informelle • Avec la direction le cas échéant et au minimum une fois par trimestre avec la personne chargée de l'économat, la CSE et les deux coordinatrices.
ENTRETIEN COURANT	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant et au minimum une fois par trimestre avec les services techniques.
INTERVENANT EXTERIEUR	<ul style="list-style-type: none"> • Un bilan annuel, avec les partenaires concernés et la Direction
CUISINE	<ul style="list-style-type: none"> • Commission « Menu » (une fois par trimestre avec les représentants des Résidents, personnels et Direction).
INSTITUTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les salariés de l'établissement au moins une fois par an.
DIRECTION	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur + Cadre, une fois par semaine. • Direction + Service administratif, une fois par mois.
PERSONNEL DE NUIT	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission quotidienne soir + matin (équipe). • Analyse des pratiques, une fois par trimestre (Psychologue, poste infirmier, coordination hébergement, cadre, professionnels de nuit).
COMMISSION D'ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne une fois par trimestre (Direction, cadre, coordination Hébergement et Atelier, poste infirmier, Adjoint administratif).

Deux postes de coordination (hébergement et ateliers) organisent la planification des activités et des mouvements des Résidents ainsi que la liaison formelle entre les différents services, l'administration, la Direction, les services techniques, la cuisine, et l'association La Vague Bleue.

Tous les professionnels et les Résidents peuvent s'adresser aux professionnels administratifs aux heures prévues dans le règlement de fonctionnement.

Les professionnels de Direction (Directeur et Cadre socioéducatif) souvent présents sur « le terrain » sont volontairement accessibles et disponibles tant pour les Résidents que les professionnels.

Nous restons attentifs aux croisements des regards et des savoirs, à la pluridisciplinarité en favorisant des temps de rencontre, des temps de coopération (formels et informels), des temps de formation, de réflexions, groupe de travail associant les professionnels dévolus à l'accompagnement de proximité des Résidents rompus à la pratique des réunions et ceux qui participent du prendre soin sur un autre registre (personnels administratifs, service technique et d'entretien, cuisine).

7.4. Le travail en réseau et le partenariat.

Un partenariat régulier est entretenu avec des IMPRO, FOYER du département (IMPRO de ROCHEFORT AYTRE, SAINT-LAURENT DE LA PREE, FOYER DE LANNELONGUE) pour l'organisation de visites et stages de découverte de notre établissement. Les professionnels du CDAIR participent à une évaluation permettant de clarifier les projets futurs des jeunes.

Un réseau fonctionnel existe entre le CDAIR et d'autres établissements du département. Une rencontre annuelle permet de planifier un certain nombre d'activités spécifiques ou manifestations organisées par un établissement avec invitations aux autres (concours de boules, après-midi dansante, radio crochets, randonnées). Ce sont des temps de rencontres importants toujours très appréciés des Résidents. Il s'agit principalement des foyers de LAGORD, LE THOU, MATHA, SURGERES, LA CHAPELLE DES POTS, BOUHET.

Avec ces mêmes établissements, nous organisons des séjours d'échange pour des Résidents en demande. Ces séjours font l'objet de convention d'échange et permettent aux Résidents concernés de faire une rupture avec leur environnement habituel pour des raisons diverses : périodes difficiles, besoin de changement, envie de voir comment cela se passe ailleurs, etc. Certains de ces échanges ont suscité par la suite des souhaits de changement de structure qui pour certains, ont pu aboutir.

Nous entretenons des liens avec les structures ayant accueillies les Résidents plus âgés ou susceptibles de pouvoir le faire : EHPAD de Saint-Martin-de-Ré, de Dompierre, Puilboreau, EHPAD des minimes, Foyer logement de Laleu. MRS de Dompierre, le Gua, EHPAD de La Chapelle des pots et Matha. Des visites des uns et des autres lors de fêtes ou manifestations exceptionnelles permettent de maintenir les liens pour les Résidents et d'entretenir le réseau professionnel.

Nous sommes en relation régulière, avec le PREFASS de Rochefort pour permettre à des Résidents dont c'est le projet, de bénéficier d'un accueil familial ponctuel, régulier ou occasionnel.

Nous assurons des liens soutenus avec les organismes de tutelle UDAF, APTA'S et ADPP par le biais des mandataires chargés de la gestion des mandats de protection des Résidents.

Par ailleurs les membres de la Direction sont invités aux rencontres organisées par le CED (Comité d'Entente Départemental) qui rassemble les associations représentatives des personnes en situation de handicap. Le CDAIR participe ainsi aux groupes de travail et de réflexion sur des sujets concernant le secteur.

Enfin le CDAIR reste très ouvert à l'accueil de stagiaires : Stagiaire aide-soignant (GRETA, IFAS ou IFSI de La Rochelle), Éducateurs, AES, (IRTS POITIERS, BORDEAUX), Cadres et Directeur (IRTS POITIERS et EHESP), découverte de l'emploi (POLE EMPLOI), Bac animation, ou aide à la personne (Lycée de La Rochelle, maison familiale), ... Nous n'accueillons pas de stagiaires mineurs, et les personnes sans expériences préalables sont accueillies dans un premier temps en journée sur les ateliers occupationnels.

7.5. Les compétences attendues et les mutations actuelles dans les organisations du travail.

Il ne peut plus être question aujourd'hui pour les professionnels de se reposer sur la « routine » de certitudes toutes faites.

L'exigence de qualité quant à l'accompagnement personnalisé de chaque Résident implique une vigilance permanente à toute forme d'évènements nécessitant une intervention toujours singulière : « *L'activité humaine se repositionne aujourd'hui sur l'affrontement à des évènements qui se produisent de manière partiellement imprévue...tout ce qu'on appelle des aléas²⁵ ...* ». Travailler aujourd'hui c'est « *être en attente vigilante de ces évènements ... résoudre les problèmes qu'ils révèlent ...* »

Chaque Résident peut être chaque jour à l'origine d'évènements. D'autant plus qu'avec le « focus » projet personnalisé, chaque Résident devient l'origine d'évènements réguliers dans le fonctionnement de l'établissement.

La compétence doit alors être auto-mobilisée par le professionnel, avec une part incontournable d'initiative qui ne peut donc pas venir de prescripteurs ni d'une hiérarchie. Malgré tout, les événements dépassent souvent/toujours le savoir et l'action d'un seul individu et supposent l'intense mobilisation d'un réseau d'acteurs (équipe, partenaires externes, familles, autres Résidents, etc.). Le travail pour être abouti devient inévitablement collectif.

Vivre et travailler en groupe nécessite alors un « apprentissage » que notre organisation doit favoriser à l'épreuve de la quotidienneté, au travers du plan de formation ciblé.

« Le construit social ne peut se comprendre que comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, bref, une nouvelle praxis sociale, et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondants²⁶. »

- La compétence est donc assurée par un collectif, mais elle dépend de chaque sujet individuel ... chacun devenant important en lui-même.
- La réussite de l'action du collectif est suspendue à la compétence active de chacun.
- La subjectivité de chaque individu est engagée.
- La question de l'individu ne peut plus être réduite à celle de son groupe d'appartenance : aide-soignant, aide-médico psychologique ou éducateur, etc.

²⁵ P. ZARIFIAN, « Objectif Compétence, Pour une nouvelle logique ». Éditions Liaisons 1999.

²⁶ Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, « L'acteur et le système ». Paris : Éditions du Seuil 1977.

Une des compétences attendues pour travailler au CDAIR est bien la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilités dans des relations de coopération.

Communiquer c'est aussi accepter l'idée que le conflit est nécessaire pour se comprendre.

Le conflit ne doit pas être considéré comme un évènement à éviter, mais comme l'expression d'un déséquilibre relationnel exigeant d'être traité.

Travailler sur le savoir être et les compétences sociales est une exigence institutionnelle pour tous les professionnels du CDAIR même s'il ne faut pas oublier que savoir être et compétences sociales sont à distinguer.

Ces deux notions font en effet référence à des approches très différentes :

- Le savoir être est liée à la personnalité profonde et aux aptitudes de l'individu, considérées comme innées.
- La compétence sociale convient davantage à la logique de compétence car il s'agit là de mettre l'accent sur le comportement et les attitudes dans un contexte social donné, au sein duquel il faudra tenir compte des dimensions de coresponsabilité et d'apprentissage.

7.6. Le positionnement des professionnels à l'égard des usagers.

« La vision du monde que nous avons n'a rien d'objectif. Elle est filtrée pour les habitudes perceptives, individuelles, familiales, groupales ou socio-culturelles acquises dès notre plus jeune âge.

Celles que nous avons sur le handicap sont fortement influencées par les normes intériorisées qui nous font mettre à distance toute différence : nous sommes empreints de bien plus de pitié que de cette empathie nous permettant de nous représenter ce que l'autre ressent, sans nous sentir angoissé par sa fragilité.

Face au handicap, nous sommes partagés entre l'effroi, le sentiment de menace, la commisération, l'ambivalence et l'admiration. Il nous manque juste cette considération, fondée sur la conviction que la dissemblance enrichit, et qui commence lorsqu'on ne voit plus ni la difformité, ni la déficience, mais au-delà de ce reflet pas toujours flatteur, l'individu en tant que personne²⁷. »

²⁷ Pierre ANGET, « Dialogue sur le handicap et l'altérité », Lien social Janvier 2013. (Extrait du mémoire d'Art Thérapie de Sandrine MARDON-AMP Atelier Créatif).

8. QUELLES PRIORITES POUR LE CDAIR.

8.1. Un recentrage des missions du CDAIR.

8.1.1. Passer de la « prise charge collective » à « l'accompagnement personnalisé ».

Déjà initié par le précédent directeur, ce changement de paradigme, comme tout changement, a eu pour effet de questionner voire de percuter les fonctionnements et les organisations.

La référence aux orientations de la loi 202/2 et aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM, est venue étayer cette démarche.

Par exemple, a été encouragée une nouvelle dynamique à travers la désignation de référents et l'élaboration des projets personnalisés.

Des pratiques collectives, référencées à l'univers asilaire ont été supprimées, comme par exemple l'existence d'une cafétéria réservée aux Résidents, les excursions et banquets rassemblant toute l'institution.

Sont maintenant encouragés, tant que faire se peut, le recours au droit commun et l'ouverture vers l'extérieur qui privilégient les démarches individuelles ou en tout petit groupe.

8.1.2. La fin de la référence au travail comme « dogme ».

Rappel : « *Les Foyers Occupationnels sont destinés aux adultes qui ne sont pas aptes à exercer une activité professionnelle mais qui disposent d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes au sein de la structure*²⁸. »

À l'observation, le fonctionnement général du CDAIR ressemble à celui d'un ESAT : une équipe de professionnels et de lieux spécifiques pour l'hébergement, une équipe de professionnels et des lieux différenciés pour les ateliers et un découpage temporel proche du monde du travail.

Si le caractère structurant d'une telle organisation quotidienne n'est pas discutable, il y avait lieu d'y apporter quelques assouplissements comme par exemple la mise en œuvre

²⁸ P. 105, Schéma Départemental 2013/2019 en faveur des personnes adultes handicapées, portail du CD17.

d'un petit déjeuner échelonné permettant de respecter un peu plus le rythme de chacun ainsi qu'une approche beaucoup plus réflexive et individualisée sur les apports de chaque atelier.

Il y a des Résidents qui ne sont presque jamais présents en atelier et notre devoir est bien d'essayer de leur proposer un support, un médiateur, qui pourrait les mobiliser et les intéresser.

Exemples de ces assouplissements :

L'atelier Jardin (production de légumes et fruits vendus aux estivants l'été) a été supprimé fin 2013. Le constat de son fonctionnement révélait une production et une vente majoritairement réalisée par les professionnels, compte tenu des compétences requises et de l'appétence déclinante pour ce type d'activités, manifestée par les nouveaux Résidents accueillis.

Son remplacement par un atelier sport adapté a permis de proposer pour le plus grand nombre, soit collectivement, soit individuellement, des opportunités de retrouver ou d'éprouver de nouvelles sensations corporelles, physiques et pour certains, le goût de l'altérité dans « la compétition sportive ».

De plus, l'existence d'un pécule, récompensant selon leur investissement et leur niveau de productivité les « meilleurs éléments », créait de fortes disparités entre les Résidents. Il a donc été supprimé puis remplacé par une sorte de revenu universel, appelé le « petit bonus » (10€ par mois et par Résident), distribué à chacun, quelles que soient ses capacités/difficultés et quelles que soient son niveau de fréquentation des ateliers.

8.1.3. Un rapport aux familles qui doit évoluer.

Le travail avec les familles s'appuie sur un postulat de base : le lien et la triangulation famille/résident/institution sont un des atouts du bien être psychique, physique du Résident dans ses différents espaces de vie (en institution et en famille).

Ce travail vise aujourd'hui une autre dimension au CDAIR pour plusieurs raisons majeures :

- On constate aujourd'hui un rajeunissement de la population accueillie avec des Résidents qui ont une place dans leur famille, une histoire de famille, leur histoire dans leur famille.
- Ces Résidents plus jeunes ont un profil psychopathologique plus complexe : trouble identitaire plus ou moins cicatrisé, traumatismes divers de la petite enfance, lien de séparation/individuation famille/résident, ambigu, inachevé voire pathogène.
- Enfin, depuis peu les jours de présence en famille ont augmenté au niveau quantitatif.

L'objectif premier reste l'amélioration du bien-être du Résident en famille et en institution.

Le lien du fils, de la fille à sa famille est un lien d'affects, de dépendance, d'investissement ou de désinvestissement qui ne sont jamais relatifs. La question de la souffrance des familles se pose par rapport à un enfant en situation de handicap ; elle se repose en fonction des parcours de vie de la famille, de l'évolution de leur enfant et de ses différents placements en institution.

L'accompagnement éducatif au CDAIR engage le Résident dans une évolution, vers une autonomie grandissante et une sécurité psychique plus ancrée. Cet accompagnement n'est pas dénué d'investissement affectif, de cadrage éducatif et de soutien qui ont forcément une autre dimension.

Certains Résidents du CDAIR, du fait de leur handicap psychique, ne sont pas capables de cliver, de séparer ce qui appartient à la vie familiale et ce qui appartient à la vie institutionnelle. Les deux espaces de vie se contaminent et il est de notre ressort de les aider à « faire la part des choses » pour les accompagner à trouver leur place, leur subjectivité dans l'institution et dans la famille.

À ce jour, nous souhaiterions avoir les moyens et donc davantage de compétences pour les professionnels afin de mettre au travail cette relation si complexe à l'accompagnement familial d'un résident vivant au CDAIR. Nous constatons des familles secrètes, craintives, revendicatives mais aussi complaisantes, collaboratrices et nous nous questionnons sur notre accueil et sur le travail d'accompagnement à mener auprès de ces familles.

Différents points de réflexion sont à soulever :

- Une sensibilisation à l'approche systémique familiale pourrait être bénéfique à l'ensemble du personnel pour améliorer l'accueil des familles : recueillir son histoire, évaluer sa demande, ses compétences et se questionner sur notre position.
- Réfléchir à un espace/temps possible et identifié comme un « sas » de passage famille/institution. Il s'agit ici d'accueillir le résident de retour de sa famille, d'accueillir le membre de sa famille qui ramène le résident. Ce « sas » assurerait le passage famille/institution.
- Enfin, quel dispositif pouvons-nous inventer afin de réagir le plus rapidement possible aux dysfonctionnements du lien famille/institution ?
- Comment accompagner les nouveaux Résidents par des entretiens réguliers sur la première année de présence ?

8.3. Un exercice des droits et des libertés individuels mis à mal.

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accompagnée par un établissement ou service social ou médico-social²⁹. »

Il existe d'ailleurs une énumération hiérarchisée qui doit être respectée : la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit à aller et venir librement, le choix de la prise en charge, la recherche du développement, de l'autonomie et de l'insertion, la confidentialité, l'information sur les aspects juridiques et la prise en charge, la participation à l'élaboration du projet d'accueil et d'accompagnement.

La structuration architecturale des locaux du CDAIR, en ce qui concerne le Foyer Occupationnel et d'Hébergement, nous contraint de fait à ne pas pouvoir garantir à toutes les personnes le respect de cette réglementation. Pour mémoire, 38 Résidents sur 55 sont contraints de partager le même espace « privatif » de 18 m². Cette situation rend impossible le respect de la vie privée et de l'intimité. C'est une entrave à la liberté de pouvoir cultiver une relation affective et/ou sexuelle dans des conditions acceptables et recevoir des visiteurs, des proches ou sa famille sans restriction.

Cette cohabitation souvent subie, majore grandement les risques d'émergence de troubles relationnels et mobilise fortement les professionnels et la direction dans des actions de médiation quotidiennes. Cette promiscuité ne favorise pas les conditions d'accompagnement de personnes particulièrement vulnérables et qui, pour un certain nombre, ne disposent pas non plus de solutions « échappatoires » le week-end dans la famille ou chez des proches. D'un point de vue plus général, la conception des locaux, avec des espaces de vie uniquement collectifs (salons, salle à manger, et salle d'activités) peut renforcer chez certains Résidents un sentiment oppressant d'enfermement. Les Résidents en chambre double évoluent quotidiennement dans des espaces où ils ne peuvent éviter le regard de quelqu'un, pair ou professionnel.

De plus, il est observé, comme dans tous les autres établissements de notre catégorie, une réelle modification de la typologie des accueils avec l'arrivée de personnes souvent plus jeunes, issues du domicile et/ou de structures pour enfants, ayant eu un accès habituel à un confort de vie respectant leur intimité. Nous rencontrons également de grandes difficultés à accompagner des personnes issues de la filière psychiatrique qui, du fait de leurs troubles, même si stabilisés, se signalent souvent par une « symptomatologie bruyante » et par une incapacité à supporter l'autre dans une proximité vécue comme « étouffante » voire « dangereuse ».

²⁹ Code de l'Action Sociale et des Familles. CASF art.L.311-3

8.4. Un constat partagé

- Dans le dernier projet d'établissement (2009-2014), la question de l'adéquation entre l'architecture et la mission du FOH était déjà formulée : p.25 « *aujourd'hui, des chambres de 18m² (au nombre de 19) sont le domicile de deux Résidents. Le souhait d'une majorité de ces 38 Résidents et de leur famille est qu'ils puissent avoir une chambre seule ou une chambre double plus grande. Si la construction d'un nouveau bâtiment est envisagée, elle permettra d'avoir une infirmerie plus grande, une salle de réunion, une deuxième salle à manger, un local téléphone et deux bureaux* ».
- En 2012, le procès-verbal établi par la Direction de l'Autonomie du CD17 suite à une visite de contrôle stipule également, entre autres rappels et recommandations : « *Élaborer un projet architectural intégrant la mise aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, l'amélioration du confort et de l'intimité des Résidents par le dédoublement des chambres à deux lits et la création d'espaces de vie collective adaptés* ».
- En 2014, une analyse de la situation du bâti actuel et de ses conséquences est rapportée ainsi par l'intervenant chargé de l'évaluation externe : « *Au FO, bien que certains Résidents recherchent à partager leur chambre, que d'autres ne voient pas d'inconvénient à cette cohabitation (peut-être parce qu'elle est habituelle et/ou inéluctable et parce qu'elle représente un progrès important par rapport aux dortoirs qu'ils ont connus précédemment), la vie imposée en chambre double est un dysfonctionnement majeur en termes de qualité de vie, de prise en compte des pathologies et de respect des droits fondamentaux, notamment le respect de la vie privée et de l'intimité.* ». Le problème est clairement identifié et diverses solutions sont mises en œuvre pour limiter les effets de cette situation³⁰.

Mais le problème est difficile à régler sur le fond : la situation foncière de l'île de Ré ne permet probablement pas d'y envisager une nouvelle implantation à un coût abordable, et la qualité de vie sur l'île de Ré comme la qualité d'intégration des Résidents sur ce territoire peuvent faire hésiter sur l'opportunité d'un déménagement vers le continent, en supposant que ce déménagement soit supportable budgétairement parlant.

- Dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2016-2020 signé par le CD17 et l'établissement, la nécessité de faire évoluer les bâtiments est de nouveau pointé p.7 du CPOM : « *Élaborer un projet architectural (pour la partie FOH/FOJ) intégrant la mise aux normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite, l'amélioration du confort et de l'intimité des Résidents par le dédoublement des chambres à deux lits et la création d'espaces de vie collectifs adaptés.* »

³⁰ Cf. site cdair.fr, p. 34-76 du rapport d'évaluation externe FOH.

8.5. Un choix à opérer

Dès 2013, plusieurs pistes sont explorées par la direction pour tenter de répondre à la problématique des chambres doubles et de l'ergonomie générale des espaces :

- 1) Déménager les ateliers pour une installation dans des bâtiments mis à disposition par le Conservatoire du littoral, sur l'Île de Ré, et reconverter ainsi les espaces libérés pour réaliser de nouvelles chambres.
- 2) Développer un projet d'extension du bâti actuel en utilisant la réserve foncière disponible.
- 3) Acquérir tout ou en partie, d'une parcelle de terrain mitoyenne de l'établissement, propriété du Département, servant de dépôt aux bus de transport scolaire et grand public.
- 4) Vendre le foncier et le bâti pour construire une structure ad-hoc sur le continent.
- 5) Déménager une partie de l'activité vers un Foyer d'hébergement d'ESAT, situé sur le continent, disposant de 20 chambres vacantes et d'espace suffisant pour y installer un atelier occupationnel.

En 2015, le choix des élus du Conseil d'Administration se portera sur une possible acquisition de la moitié du terrain mitoyen dévolu au dépôt des bus, ce dernier devant être déplacé vers une autre commune de l'île.

8.6. Un projet qui se précise mais qui ne pourra aboutir

Une étude avec un programme détaillé est réalisée et propose :

- Une estimation de l’achat du foncier nécessaire,
- Une estimation des surfaces et des coûts correspondant à un programme de construction et de réhabilitation.

Objectifs principaux :

- Construction de 28 chambres, d’une salle à manger/cuisine, bureaux, salons, salles d’activité et de réunion, locaux de rangement/stockage.
- Réhabilitation des locaux avec remise aux normes pour l’accessibilité et la cuisine.

Mais le paysage législatif évoluant, la loi NOTRE (Nouvelles Organisation Territoriale de la République) est promulguée en Août 2015. Ce texte prévoit, entre autres transferts de compétences, que la gestion des transports, autre qu’urbain, soit confiée à la Région. Cette modification de « décideur » va remettre en cause, au moins pour quelques années, les velléités d’acquisition du terrain dédié au dépôt de bus.

8.7. Un nouveau projet qui se décline

Grâce au soutien du Conseil d’Administration et de l’engagement de sa Présidente, une nouvelle étude de faisabilité est réalisée en 2018. Ce programme, plus modeste, nécessite tout de même l’acquisition d’une parcelle du terrain mitoyen toujours dédié au dépôt de bus. Cette étude propose également une partie construction et une partie réhabilitation.

Objectifs principaux :

- Construction de chambres pour les Résidents : 20 chambres.
- Réhabilitation des locaux existants avec création d’un espace dédié au Foyer Occupationnel de Jour, le regroupement « géographique » des ateliers, l’extension de la salle à manger et toujours la mise aux normes de l’accessibilité aux PMR et de la cuisine.

9. ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

Pour que le changement soit possible et ne soit pas vécu comme déstructurant, il est indispensable qu'il soit contenu dans un cadre sécurisant. Les Résidents (et tout un chacun) ont besoin de sécurité mais ont tout à craindre de l'immuabilité.

« Il faut se défier du stable et de l'immobile, de la satisfaction et de sa douceur ronronnante³¹. »

« Face au changement, de quelque ordre qu'il soit, nous avons généralement le choix entre deux options : le subir avec le cortège de résistances, de discours nostalgiques, de comportements de repli, où l'amertume côtoie le non désir, qui accompagne une telle attitude ; ou tenter de le maîtriser, au moins en partie, pour en être l'acteur³². »

Comme il est bien dans nos intentions de rester des acteurs reconnus, nous avons identifié 3 axes de changement important pour les années qui viennent :

9.1. Un engagement ferme dans une modification importante des conditions de vie et de travail par la conduite de travaux de réhabilitation et d'extension des locaux (2020-2021-2022).

Si l'ensemble des acteurs : Résidents, familles, professionnels, représentants légaux, élus du territoire et membres du Conseil d'Administration, envisage ce projet de façon positive et porteuse d'une réelle amélioration du confort de tous, il est de notre responsabilité d'anticiper au mieux ce changement structurel.

Des travaux en site occupé sont toujours plus complexes à mettre en œuvre et sont souvent source de nuisances importantes. Pour le choix du Maître d'œuvre, les solutions proposées pour limiter les perturbations dans la vie quotidienne des Résidents seront examinées avec attention. Sera également appréciée la façon dont les habitants et les professionnels du CDAIR ainsi que les familles, pourront être associés aux différents choix. Enfin, les critères de répartition des Résidents entre les nouvelles et anciennes chambres devront aussi être réfléchis et précisés clairement.

³¹ Jean-Bernard PATURET dans la préface de l'ouvrage de Jean-Marie MIRAMON, *Manager le changement dans les ESMS*, Presses de l'EHESP, 2009.

³² Jean-Marie MIRAMON, « Manager le changement dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Presses de l'EHESP, 2009.

9.2. Une volonté d'engager l'établissement dans une dynamique mettant en question sa Responsabilité Sociétale et Environnementale.

Le projet de réhabilitation et d'extension nous offre une belle opportunité pour mettre au travail la question du développement durable et une réflexion sur les enjeux du réchauffement climatique pour un établissement comme le nôtre. Notre pratique en la matière reste à ce jour limitée à des tentatives de tri à la source de nos déchets en y associant les Résidents qui aussi quelques fois ont pu participer à des opérations de nettoyage des plages.

En nous appuyant sur les ressources de l'ANAP, avec la constitution d'un collectif de professionnels et de Résidents motivés par le sujet, nous ambitionnons d'élaborer un plan d'actions en priorisant la gestion des déchets et l'utilisation durable des ressources (eau et énergie) sur 5 ans.

9.3. Un nécessaire renforcement de nos compétences pour améliorer notre accompagnement dans 3 domaines spécifiques en lien avec nos engagements (CPOM) et les évaluations des politiques publiques dans le domaine du handicap.

9.3.1. L'articulation avec les familles*

Historiquement, les premières personnes accueillies au CDAIR étaient majoritairement peu voire plus en lien avec leur famille, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Mobiliser les ressources du plan de formation tout en engageant une réflexion institutionnelle sur cette question doit être une priorité à court terme.

9.3.2. L'accueil des personnes en situation de handicap psychique

Nous sommes régulièrement confrontés à des accueils de personnes reconnues handicapées psychiques.

Même si un gros travail de recherche de cohérence dans l'accompagnement de ces personnes a été réalisé par des professionnels depuis quelques années, il nous reste une vraie marge de progression.

Nous souhaitons donc nous engager à court et moyen terme pour questionner la dimension institutionnelle de l'accompagnement et renforcer nos liens avec le secteur psychiatrique tout en mobilisant les ressources du plan de formation pour renforcer nos compétences internes.

*cf. p38/43 du Projet d'Établissement.

9.3.3. La problématique du vieillissement des personnes accueillies

2 objectifs à préciser :

- Mieux prendre en compte sur le FOH les incidences du vieillissement parfois précoce des personnes accueillies en le repérant et en adaptant de façon réfléchie et concertée notre accompagnement.
- Anticiper la survenue de la dépendance chez les personnes accueillies en MRS pour les accompagner lorsqu'elles sont encore en capacité d'exercer un choix vers une autre solution mieux adaptée : EHPAD, Accueil Familial, etc.

Là encore, mobiliser les ressources du plan de formation est un des moyens pour sensibiliser tous les acteurs du CDAIR à la problématique du vieillissement.

Renforcer notre partenariat auprès d'EHPAD, soit de proximité comme celui de l'hôpital de St HONORE, soit de fait comme partie prenante du projet de la création d'une unité spécifique pour Personnes Handicapées Vieillissantes au sein de l'EHPAD de BEAULIEU à PUILBOREAU, sont aussi des actions à poursuivre et à soutenir à court et à moyen terme.

10. POUR CONCLURE

Fondé sur une histoire dont nous avons dit qu'il ne s'agit pas toujours « d'un long fleuve tranquille » nous affirmons que ce projet ne constitue pas un aboutissement mais s'inscrit plutôt comme le témoignage d'une dynamique vivante et en devenir.

Il faut à nouveau rendre hommage à chaque membre du personnel, toutes formations confondues, pour leur capacité à s'adapter dans certains moments difficiles, crises et conflits, parfois nécessaires à la construction de repères communs.

Nous insisterons quant à ce devenir, sur le projet de politique sociale élaborée sur la base des compétences mobilisées par les professionnels pour mettre en œuvre les principes d'interventions qui sont les nôtres. Un projet de politique sociale au cœur duquel nous souhaitons inscrire une éthique de la vulnérabilité comme référence à des pratiques de bientraitance, tout autant souhaitée dans les rapports entre professionnels, tous niveaux hiérarchiques confondus, que dans nos rapports avec les Résidents, les familles et toute personne dans l'établissement.

Il n'y a pas dans la vie d'un établissement, la qualité de vie des Résidents d'un côté, puis celle des professionnels de l'autre. Il n'y a qu'un seul et même microcosme, univers social singulier dont la qualité de vie partagée va essentiellement dépendre de la qualité des rapports entre tous.

Les principes d'intervention qui sont les nôtres, abordés sous l'angle d'une éthique de la vulnérabilité, doivent nous permettre de nous orienter vers la création d'un univers social « suffisamment bon », et qui en ce sens n'en exige pas moins une attention de tous les instants, animé par un désir de mieux se comprendre les uns et les autres.

Tous les professionnels sont donc invités à échanger et se questionner en ce sens, sans craindre les tensions liées aux incompréhensions inévitables, et sans craindre les conflits générateurs de compréhension, lorsqu'ils sont correctement exprimés et donc aussi traités.

N.B : Des fiches actions seront annexées à ce document en lien avec les orientations du CPOM.