Adapei
De l'Ariège

Pôle Adulte secteur MAS
MAS du GIRBET - MAS de GUILHOT

Rue Louis Pasteur 09700 SAVERDUN
☎ 05 61 69 13 71 💻 05 61 67 65 96
secretariat.masgirbet@adapei09.fr

5 route de Guilhot 09100 BENAGUES
☎ 05 61 67 98 08 💻 05 61 67 98 19
secretariat.masguilhot@adapei09.fr

PROJET D'ETABLISSEMENT POLE ADULTE

SECTEUR MAS

2018 - 2023

Table des matières

1 HISTOIRE & PRESENTATION DE L'ASSOCIATION 4
1.1 HISTORIQUE 4
1.2 LES VALEURS ASSOCIATIVE 5
1.3 LES ORIENTATIONS DE L'ASSOCIATION 5
1.4 LES ENGAGEMENTS ASSOCIATIFS 6
1.5 SITUATION GEOGRAPHIQUE DES ETABLISSEMENTS DE L'ADAPEI 09 6
2 PRESENTATION ET HISTORIQUE DES MAS 7
2.1 PRESENTATION ET HISTORIQUE DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE DE SAVERDUN 7
2.2 PRESENTATION ET HISTORIQUE DE LA MAISON D'ACCUEIL DE GUILHOT 8
2.3 SITUATION GEOGRAPHIQUE DES M.A.S. 8
2.4 CAPACITE, MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES MAS 9
2.4.1 La mas de Saverdun 9
2.4.2 La Mas de Guilhot 9
2.5 LA POPULATION ACCUEILLIE ET CRITERES D'ADMISSION 11
2.6 CADRE LEGISLATIF ET MISSIONS DES ETABLISSEMENTS 11
2.6.1 Le cadre Législatif 11
2.6.2 Les missions des établissements du pole adulte MAS 13
2.7 L'INSCRIPTION DANS LE TERRITOIRE 13
2.8 L'INSCRIPTION DANS LE RESEAU 13
3 DEROULEMENT DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT 19
4 ANALYSE DE POPULATION ACCUEILLIE ET DES BESOINS 21
4.1 MAS SAVERDUN 21
4.1.1 Les tranches d'âges 21
4.1.2 Analyse de l'activité 21
4.1.3 Prévalence des déficiences 22
4.2 MAS DE GUILHOT 23
4.2.1 Les tranches d'âges 23
4.2.2 Répartition selon le type de situation de déficience 23
4.2.3 Les incidences du vieillissement de la population 25
4.2.4 Les déficiences 26
4.2.5 Les enjeux de l'établissement au regard de l'analyse de la population. 26
4.3 LES ENQUETES DE SATISFACTION 28
4.4 LA LISTE D'ATTENTE 30
5 ANALYSE DE L'ACTIVITE 31
5.1 L'ARCHITECTURE 31
5.2 QUALITE DE VIE MAS GUILHOT 32
5.3 QUALITE DE VIE MAS GIRBET 34
5.4 LES SOINS 37
5.5 LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES ET LE PROJET PERSONNALISE 39
6 LES GRANDS FONDEMENTS DU PROJET 41
6.1 LA BIENTRAITANCE 41
6.1.1 L'Anesm : une référence pour les établissements 41
6.1.2 Les valeurs de l'établissement 42
6.1.3 La qualité, l'évaluation et l'amélioration continue des pratiques (politique qualité, objectifs, indicateurs, suivi, procédures d'évaluation interne, externe ……) 43
6.1.4 La prévention des maltraitances 46
6.1.5 L'exercice des droits des personnes 46
6.1.5.1 La procédure d'accueil 46
6.1.5.2 La contractualisation 47
6.1.5.3 La personnalisation des prestations : un projet de vie personnalisé 47
6.1.5.4 La sortie et la continuité de l'accompagnement 48
6.1.5.5 La participation de la personne 48
6.1.5.6 La gestion de paradoxes 49
6.1.5.7 Le respect de l'intimité, le droit à une vie affective et sexuelle 50

6.1.5.8 Le respect des rythmes 50
6.1.5.9 L'accès au dossier par la personne accueillie 51
6.1.5.10 Les réunions du conseil de la vie sociale 51
6.1.5.11 La place des familles et/ou les représentants légaux, des amis 51
6.1.5.12 Le référent (Rôle, mission) et ses modalités de désignation 52
6.1.1 L'accueil des nouveaux professionnels 54
7 LES PRESTATIONS 55
7.1 L'ACCOMPAGNEMENT 55
7.1.1 Les objectifs des établissements 55
7.1.2 L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne 56
7.1.2.1 Le lever 56
7.1.2.2 L'accompagnement à la toilette 56
7.1.2.3 Les repas 56
7.1.2.4 Le coucher et la nuit 57
7.1.3 L'accompagnement par les activités 57
7.1.3.1 Le concept d'activités 57
7.1.3.2 Activités communes aux deux établissements 58
7.1.3.3 Activités spécifiques à la MAS de Guilhot 59
7.1.3.4 Activités spécifique à la MAS de Saverdun 61
7.1.3.5 Les activités : en résumé… 62
7.1.4 Les accompagnements dans les soins 63
7.1.4.1 Les objectifs 64
7.1.4.2 L'information, le consentement et la participation 65
7.1.4.3 Le partenariat 65
7.1.4.4 Les soins psychiques 66
7.1.4.5 L'accompagnement aux soins de rééducation physiques 66
7.1.4.6 L'évaluation et la prise en charge de la douleur 67
7.1.4.7 L'accompagnement de fin de vie 67
7.1.4.8 La prévention des risques infectieux 67
7.1.4.9 Tableau récapitulatif 68
7.1.5 La sécurité des personnes 69
7.1.5.1 La Vérifications périodiques des installations et équipements 69
7.1.5.2 La Sécurité incendie 69
7.1.5.3 La Sécurité des soins et du circuit du médicament 69
7.1.5.4 La Gestion des risques liés aux situations d'urgence 70
7.1.5.5 La Sécurité de l'accompagnement 70
7.1.5.6 La Gestion des risques liés aux évènements climatiques et défaillance du réseau d'énergie 71
7.1.5.7 La sécurité des informations 71
7.1.5.8 Le dispositif de lutte contre les maltraitances 71
7.1.5.9 La sécurité des professionnels 72
7.1.5.10 Le recueil des incidents et des événements indésirables 72

7.1.5.11 Le recueil de la satisfaction / doléances plaintes 72
7.2 LES PRESTATIONS HOTELIERES 73
7.2.1 Les chambres 73
7.2.2 Les repas 73
7.2.3 Le Linge 73
7.2.4 L'entretien des locaux 73
7.2.5 La maintenance 73
7.2.6 Les transports 73
8 LES RESSOURCES HUMAINES ET L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT 74
8.1 LES DIFFERENTES CATEGORIES PROFESSIONNELLE 74
8.1.1 L'équipe de Direction 74
8.1.2 Le psychologue 74
8.1.3 L'animatrice qualité 74
8.1.4 Chargée de mission projet sur Guilhot 74
8.1.5 L'équipe paramédicale et médicale 74
8.1.6 L'équipe d'accompagnement 75
8.1.7 L'équipe logistique 76
8.2 L'ENTRETIEN ANNUEL, LA FORMATION ET LA VALORISATION DES COMPETENCES 77
8.2.1 L'entretien biennal 78
8.2.2 La formation in situ 78
8.2.3 Les formations 78
8.3 LE SYSTEME D'INFORMATION 78
8.3.1 Le réseau informatique 78
8.3.2 Les réunions d'équipe et les groupes de travail 79
9 LES OBJECTIFS D'EVOLUTION de 2018 à 2022 82
9.1 MODALITES DE SUIVI DU PLAN D'ACTION DU PROJET 82

1 HISTOIRE & PRESENTATION DE L'ASSOCIATION

1.1 HISTORIQUE

L'A.D.A.P.E.I. est une association de la loi 1901 à but non lucratif. Elle est affiliée à l'Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (U.N.A.P.E.I.), l'instance nationale qui regroupe les associations de parents d'enfants inadaptées. Elle fait également partie de la déclinaison de cette fédération au niveau régional, l'U.R.A.P.E.I.

En tant qu'employeur, l'association adhère à la Fédération Nationale de Parents et Amis employeurs et gestionnaire d'Etablissements et Services pour Personnes Handicapées Mentales.

L'association assure l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement de personnes handicapées, enfant ou adulte. Elle constitue également un lieu d'accueil, de réflexions et d'actions communes pour les personnes ayant un membre de sa famille handicapé.

Son siège social est situé 5 route de Guilhot, 09100 BENAGUES.

L'association est née en 1958 par la volonté d'un petit groupe de parents désireux d'offrir des structures adaptées à l'épanouissement de leurs enfants gravement inadaptés.

Toutefois, ce n'est qu'en 1961 que l'association dépose officiellement ses statuts sous l'appellation d'Association Familiale d'Aide aux Parents d'Infirmes Mentaux.

Après des années de sensibilisation auprès de parents d'enfants handicapés, et d'une volonté forte de persuasion auprès des Pouvoirs Publics, c'est en 1966 qu'est accordé à l'association un bâtiment vétuste pour son premier établissement.

A force de dons et du courage des parents, le premier Institut Médico Pédagogique accueille ses 9 premiers enfants le 19 janvier 1968 sous la responsabilité de 2 éducatrices et d'une directrice.

Depuis cette première réalisation l'A.D.A.P.E.I. n'a jamais cessé de progresser, de mener de nouveaux projets de développement.

Au fil des années, un Institut Médico Professionnel a ouvert ses portes pour des adolescents à Saint Jean du Falga, puis l'association crée un Centre d'Aide par le Travail en 1971 et une première résidence d'hébergement pour les travailleurs handicapés, qui sera bientôt suivi d'un Institut Médico Pédagogique à Lézat sur Lèze en 1974 et d'une Maison d'Accueil Spécialisé pour adultes handicapés en 1978.

Début 1979, 284 enfants, adolescents et adultes handicapés sont accueillis dans les établissements de l'association devenue l'A.D.A.P.E.I.
Les années 80 voient le développement des structures d'hébergement pour les travailleurs handicapés des Centres d'Aides par le Travail, et une Service d'Accompagnement à la Vie Sociale par la suite.

En 1993, un Foyer d'Accueil Médicalisé est ouvert, il accueille des adultes handicapés qui ne peuvent soutenir le rythme d'un travail en Centre d'Aide par le Travail.

En 1999, une Maison d'Accueil Spécialisée est ouverte à Lézat sur Lèze. De même, la première Entreprise Adaptée est créée à Ax les Thermes.

2004 verra l'ouverture d'un nouveau Foyer d'Accueil Médicalisé à Cambié et l'arrivée dans l'association de deux nouvelles Entreprises Adaptées : USI 9 et Ariège Restauration.

En 2007, c'est la création d'une nouvelle Entreprise Adaptée dans le secteur des espaces verts.

En 2010 ouverture du foyer de vie de Monié pour les personnes vieillissantes.

Enfin, en 2013 la reconstruction de la Maison d'Accueil de Lézat à Saverdun.

Selon ses statuts, l'A.D.A.P.E.I. est gérée par des parents et amis adhérents. Elle est composée de trois instances :

- D'un Bureau, élu par le Conseil d'Administration.
- D'un Conseil d'Administration,
- D'une Assemblée Générale,

1.2 LES VALEURS ASSOCIATIVE

- La solidarité et l'esprit d'entraide
- L'engagement bénévole et désintéressé
- La neutralité politique et religieuse
- Le militantisme, l'humanisme et la tolérance

<u>Au niveau de la personne accueillie</u> :

- La valorisation de la personne et le développement de ses compétences et de ses potentialités
- La promotion de ses droits et de sa citoyenneté
- La promotion de la qualité de l'accompagnement

<u>Au niveau ressources humaines</u> :

- La valorisation des rôles professionnels par l'emploi de personnels qualifiés et le développement continu des compétences.

1.3 LES ORIENTATIONS DE L'ASSOCIATION

- L'Association revendique sa dimension parentale, avec une disponibilité des bénévoles, l'organisation de rencontre, dans un souci d'écoute et de soutien.
- L'Association œuvre pour des parcours personnalisés et dynamiques dans une logique d'ouverture, de partage d'expériences, de recherche, d'innovation et de développement.
- L'Association favorise la notion de parcours de vie au sein de l'ADAPEI 09 et/ou des autres établissements partenaires du territoire.
- L'Association veut être actrice de l'économie sociale et solidaire : c'est faire partie d'un ensemble d'initiatives économiques à vocation « d'insertion sociale et professionnelle ».
- L'Association veut, pour une société inclusive et participative et au regard du diagnostic des besoins, proposer à la personne et à son projet de vie, une diversité de solutions.

1.4 LES ENGAGEMENTS ASSOCIATIFS

1. Agir pour une réelle effectivité des droits des personnes en situation de handicap.

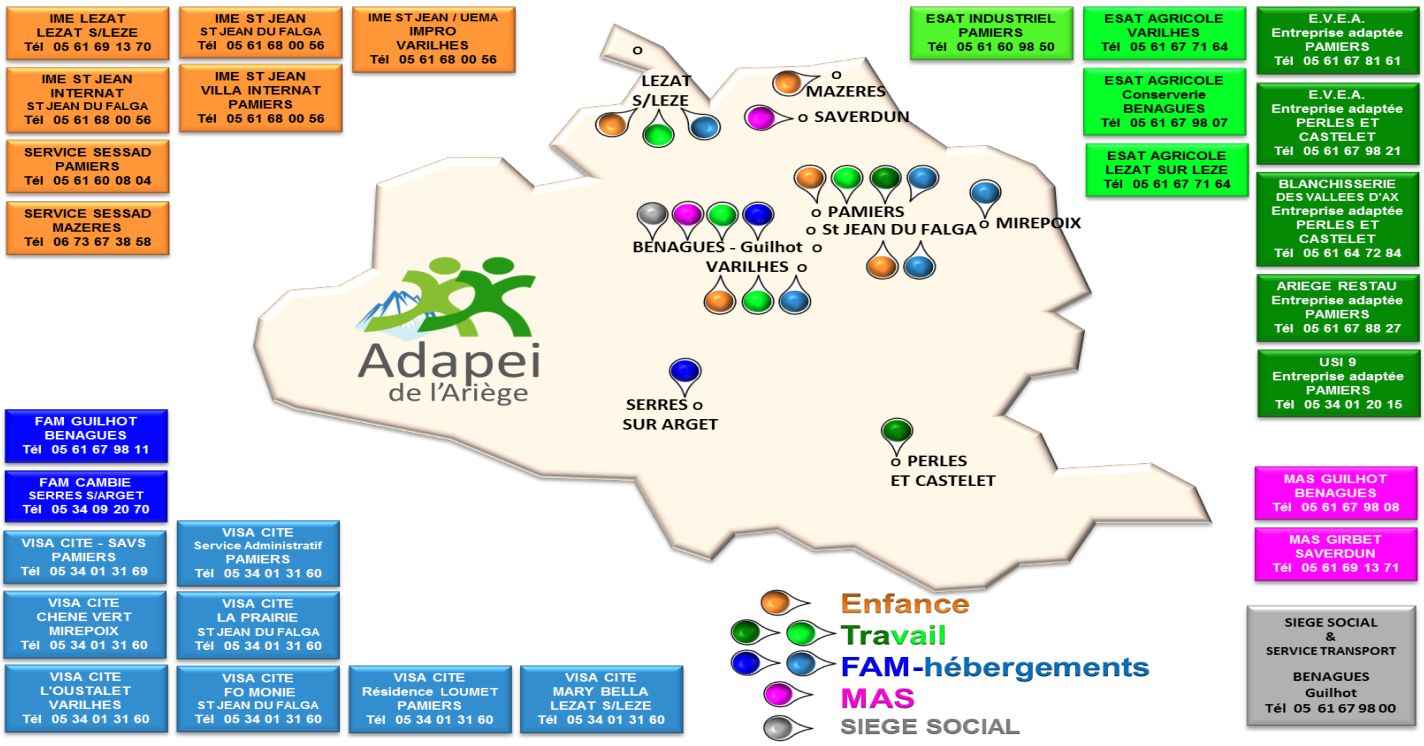
2. Valoriser et promouvoir les actions de l'association sur son territoire: faire reconnaitre les compétences de l'association dans les réponses apportées pour les personnes en situation de handicap.

3. Développer des projets innovants, diversifier et adapter des offres de services à partir du territoire et des besoins médico-sociaux en privilégiant le partenariat.

4. Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies

5. Développer une politique de valorisation des ressources humaines et les savoirs faire interne.

1.5 SITUATION GEOGRAPHIQUE DES ETABLISSEMENTS DE L'ADAPEI 09



2 PRESENTATION ET HISTORIQUE DES MAS

2.1 PRESENTATION ET HISTORIQUE DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE DE SAVERDUN

- *Adresse : MAS Du Girbet – 09700 Saverdun*
- *Tél. : 05.61.69.13.71 Fax : 05.61.67.65.96*
- *E mail : secretariat.masgirbet@adapei09.fr*
- *Président(e) du Conseil d'Administration : Mr Oriol*
- *Personne ayant qualité pour représenter l'établissement ou le service (conformément aux statuts et/ou à une délibération de l'organe compétent de l'organisme gestionnaire) : Mr MERCADIER Yvan, Directeur du pôle Maison d'Accueil Spécialisée.*

La création de la Maison d'Accueil Spécialisée de Saverdun a été autorisée par arrêté préfectoral.

Etablissement	**1ere Autorisation**	**Autorisation d'extension**
MAS du Girbet **à Saverdun (ex. Lézat)**	**Arrêté préfectoral du 08/02/1999** **16 pl. (14 Int +2 1/2Int)**	**Arrêté préfectoral du 11/07/2001** **20 pl. (17 Int +3 1/2Int)**
Adresse	Rue Louis Pasteur - 09700 Saverdun.	
Adresse électronique	secretariat.masgirbet@adapei09.fr	
N° FINESS	090002221	

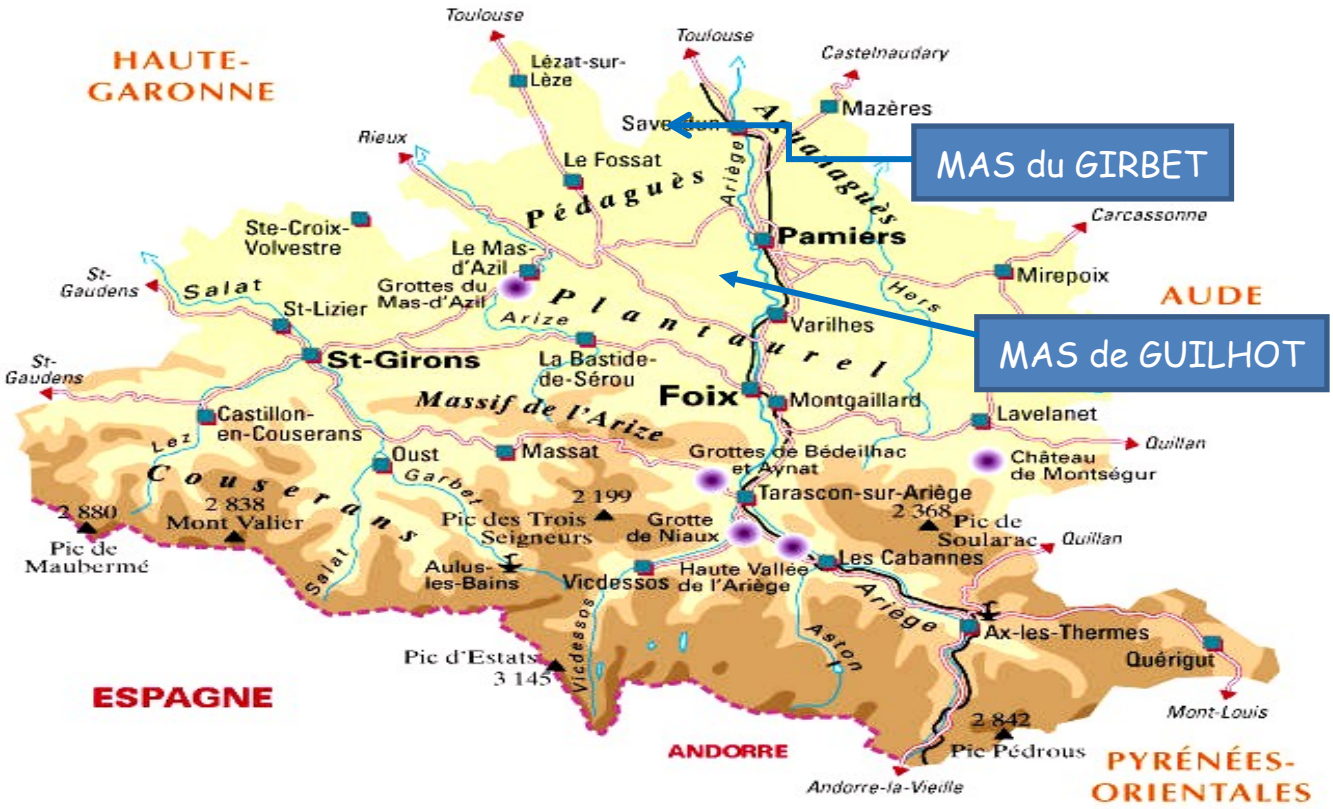
Suite à la déclaration de l'état d'insalubrité de la MAS de Lézat sur Lèze par le service de l'ARS de l'Ariège en date du 10/09/10, la reconstruction s'est faite sur la commune de Saverdun. L'établissement est ouvert sur Saverdun depuis le 27 septembre 2013.

L'environnement immédiat du terrain est neutre et de qualité, comportant notamment les équipements sportifs de la ville (piscine et terrains de sport), dans une zone urbaine ouverte, sans nuisances de proximité. Le quartier **du GIRBET** fait actuellement l'objet d'un projet global de requalification, pour accueillir un complexe médical et social à l'échelle cantonale.
Ce complexe nous permet d'avoir des prestataires à proximité, afin d'avoir une plus grande réactivité.

2.2 PRESENTATION ET HISTORIQUE DE LA MAISON D'ACCUEIL DE GUILHOT

Etablissement	1ere Autorisation	Autorisation d'extension
MAS de Guilhot **à Bénagues**	**Arrêté préfectoral du 08/02/1999** **50 pl. (43 Int +7 1/2Int)**	**Arrêté préfectoral du 11/07/2001** **55 pl. (46 Int +9 1/2Int)**
Adresse	5, Route de Guilhot - 09100 BENAGUES	
E-mail :	secretariat.masguilhot@adapei09.fr	
N° FINESS	090782095	

2.3 SITUATION GEOGRAPHIQUE DES M.A.S.



2.4 CAPACITE, MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES MAS

Le secteur Mas est situé sur 2 sites distincts :

2.4.1 La MAS de Saverdun

La M.A.S aujourd'hui située à SAVERDUN s'est substituée à la structure qui existait depuis 19 ans à Lézat sur Lèze. Celle-ci, en raison de l'obsolescence de ses locaux, avait été alors transférée en septembre 2013 dans un ensemble locatif neuf, construit dans le quartier de Girbet à Saverdun.
La M.A.S de Girbet, est donc un établissement médico-social dont l'organisation avait été repensée pour accueillir des résidents vieillissants en situation de handicap

Elle dispose de 17 places d'internat et 3 places de semi-internat, elle est organisée autour de 2 unités de vie :
* Unité 1 (9 chambres)
* Unité 2 (8 chambres)

Les 2 unités disposent chacune de 2 salles de bain adaptées, d'une cuisine, d'une salle à manger et d'un salon attenant, occupé lors des temps libres.
Des rails ont été installés au plafond des chambres et salles de bain pour faciliter et sécuriser les transferts tant pour les personnes accueillies que pour les professionnel. Des lève personnes sont également disponibles ainsi que du matériel adapté (baignoires hydrauliques, chaises Gaillot, ……)

Chaque interne dispose d'un espace de vie privatif (chambre individuelle).

La M.A.S bénéficie également d'un espace de balnéothérapie, d'une salle de stimulation sensorielle, de salles équipées pour la kinésithérapie et/ou la psychomotricité, d'ateliers pédagogiques équipés, d'une salle de soins et d'une cuisine satellite.

Les internes sont présents sur la structure toute la semaine 24h/24h. Vient s'ajouter 3 semi-internes qui arrivent à 9h le matin et qui repartent à 17h du lundi au vendredi.

2.4.2 La Mas de Guilhot

La M.A.S de Guilhot est implantée dans un vaste domaine qui se déploie sur un parc arboré d'une superficie de 14 hectares. L'établissement bénéficierait de 3000 m2 de surface utile en locaux d'habitation et d'activités.
Situé sur la commune de Benagues, entre Pamiers et Foix, l'établissement dispose d'un accès facilité aux services et aux structures sociales et hospitalières. Sa proximité avec le Centre Hospitalier lui garantit un accès optimal en cas de situations d'urgence médicale.

En raison de sa proximité avec le FAM, avec l'ESAT Agricole et avec le siège social de l'ADAPEI de l'Ariège, l'établissement s'insère dans un environnement humain et institutionnel dynamique qui favorise les processus d'échanges interpersonnels et la sociabilité.

Cet ESMS qui ne disposait que d'une autorisation pour une capacité de 30 places le 26 juillet 1983, bénéficie, depuis le 11 juillet 2011, **de 45 places d'internat et de 10 places de semi-internat (Accueil de jour).**

L'accueil des résidents s'organise autour d'un service infirmier et de 4 unités de vie :

◊ **Unité de vie La SOULANE** : elle accueille spécifiquement des personnes en situation de polyhandicap ;
10 résidents internes et 4 semi internes y sont accueillis
◊ **Unité de vie Le RIOU** : elle accueille des personnes en situation de polyhandicap sévère complexifié par des troubles neuromoteurs ;
10 internes et 3 semi internes y sont accueillis.
◊ **Unité de vie Le PRAT** : elle accueille principalement des personnes présentant d'autre formes d'autisme et notamment des troubles du comportement et de la communication.
13 résidents internes et 1 semi interne y sont accueillis
◊ **Unité de vie Le MONTCALM** : elle accueille des personnes présentant principalement des troubles envahissant du développement (TED, dont l'autisme).
12 résidents internes et 3 semi internes y sont accueillis

L'ensemble locatif (composant les 4 unités de vie) se structure autour de 45 chambres individuelles (dont seulement 8 sont équipées d'une salle de bain), de sanitaires et de salles de bain collectives équipées (baignoires hydrauliques, lit douche chaises Gaillot …).

Chaque unité de vie dispose de locaux dédiés à la vie collective : deux salles à manger (pour 3 des unités), une salle de vie commune, un patio, une terrasse (située dans le prolongement des salles de vie), un jardin privatif sécurisé et des locaux réservés à l'usage du personnel.

La MAS dispose aussi d'une cuisine satellite.

Sur le site du domaine de Guilhot, l'établissement peut disposer[1] d'un bassin de balnéothérapie, d'une salle de kinésithérapie et d'une salle Snoezelen. Il existe également un local (dénommé « La Ferme ») encore non exploité (sauf pour quelques réunions) mais qui pourrait être dédié à l'accueil séquentiel des externes[2].

Les internes sont présents sur la structure toute la semaine 24h/24h. Vient s'ajouter les semi-internes qui arrivent à 9h le matin et qui repartent à 17h du lundi au vendredi.

L'ensemble de ces unités est en relation transversale avec les services administratifs et logistiques (cuisine satellite, ateliers…) du secteur M.A.S.

Toutefois, le cadre bâti, marqué par une obsolescence architecturale, s'avère de plus en plus inadapté à l'évolution des besoins spécifiques des résidents et aux attentes du personnel. Un dossier de reconstruction à été déposé.

[1] La piscine couverte n'est plus utilisée et sert de local de rangement.
[2] Une telle perspective a été envisagée par le Directeur du Pôle.

2.5 LA POPULATION ACCUEILLIE ET CRITERES D'ADMISSION

Les Maisons d'Accueil spécialisées reçoivent, conformément aux dispositions de l'article L.344-1 et sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants ».

Les moyens alloués aux Maisons d'Accueil Spécialisées déterminent des contre-indications majeures au placement dans l'établissement ; ainsi ne peuvent être admises :

- Les personnes présentant des pathologie médicales nécessitant un plateau technique non disponible sur l'établissement (Humain et matériel)
- Les personnes presentant une pathologie psychiatrique non stabilisée
- Les personnes présentant une dangerosité pour les autres ou pour elles-mêmes.

2.6 CADRE LEGISLATIF ET MISSIONS DES ETABLISSEMENTS

2.6.1 Le cadre Législatif

A) <u>Circulaire du N°62 AS du 28/12/78).</u>

« Les MAS sont destinées à recevoir les personnes handicapées adultes dépourvues d'un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ». (Circulaire du N°62 AS du 28/12/78).
« Personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs, ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants »(Article 46 de la loi d'orientation du 30 juin 1975, décret 787-211 du 26/12/78).
Dès leurs créations, les M.A.S. sont intégrées au secteur médico-social et y occupent une place atypique située à l'interface du sanitaire et du médico-social.

B) <u>La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002</u>

L'établissement est régit par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a transformé en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, dont les établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

Elle demande aux établissements de répondre aux exigences et obligations en matière :

- <u>du respect des droits fondamentaux de la personne accueillie :</u>

  - le respect de la dignité
  - l'intégrité de la vie privée
  - l'intimité et la sécurité
  - le libre choix dans les prestations en établissement
  - un accompagnement individualisé et de qualité en respectant un consentement éclairé

- la confidentialité des données concernant la personne
- l'accès à l'information
- la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

➢ D'élaboration de nouveaux dispositifs :

- le livret d'accueil
- le contrat de séjour
- le règlement de fonctionnement
- le projet d'établissement
- le conseil de la vie sociale
- les enquêtes de satisfaction

➢ D'évaluation de la qualité de ses prestations

- L'auto évaluation : Obligation légale pour les établissements d'évaluer les prestations délivrées sur la base de recommandations de bonnes pratiques et de communiquer tous les 5 ans, les résultats de cette auto-évaluation aux autorités compétentes.

- L'évaluation externe : Obligation tous les 7 ans par un organisme habilité ; Renouvellement de l'autorisation au bout de 15 ans subordonnée aux résultats de cette évaluation externe.

➢ De projets de conventions ou de réseaux :

- élaboration de conventions afin de favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement

C) la loi 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La MAS, en tant qu'établissement de l'ADAPEI, a été agrée le 26 juillet 1983 et sa dernière habilitation date du 11 juillet 2001. Elle est financée par la CPAM et contrôlée par l'ARS.

D) Le décret du 20 mars 2009, relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

2.6.2 Les missions des établissements du pole adulte MAS

Le décret du 20 mars 2009 fixe les missions de l'établissement dans son article D 344-5-3 du CASF :

Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent les établissements :

- Favorisent quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique.
- Développent leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintiennent leurs acquis et favorisent leurs apprentissages et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnants dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne.
- Favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.
- Portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique.
- Veillent au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches.
- Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif.
- Assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.
- Privilégient l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie.

2.7 L'INSCRIPTION DANS LE TERRITOIRE

Une réponse aux orientations du schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).*SROMS Midi Pyrénées (2012- 2017) –Organisation Médico-sociale-personnes handicapées.*

- « Accompagner les personnes handicapées en milieu ordinaire de vie ou de travail ».Développer les alternatives à l'hébergement permanent
- « Réorienter l'offre médico-sociale en fonction des besoins » (Analyser et homogénéiser les coûts des structures médico-sociales ; Développer les coopérations, mutualisations et regroupements)
- « Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques »
- Développer le soutien aux aidants
- Apporter une réponse plus rapide aux cretonniens en attente dans les IME

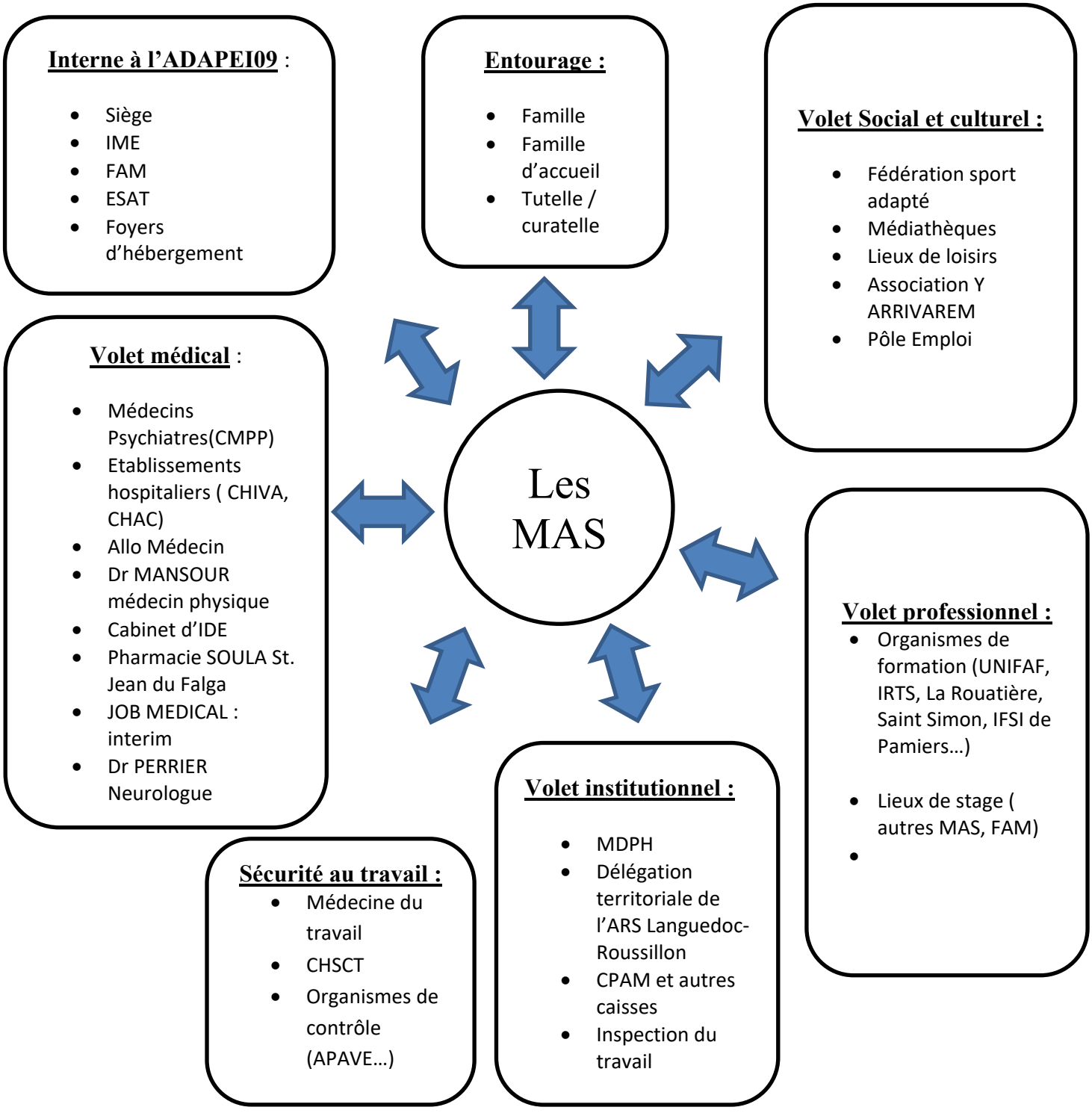
2.8 L'INSCRIPTION DANS LE RESEAU

Nous faisons le choix de présenter un partenariat au service d'une prestation rendue. Il est intéressant car il vient sécuriser et compléter l'offre de départ. Cela renvoie à un partenariat mobilisé principalement auprès de l'usager.

Il offre des réponses complémentaires, en général spécialisées, multimodales qui permettent d'articuler plusieurs interventions sur le territoire pour l'accompagnement de personnes

Il s'agit de faire appel aux solutions les plus proches possibles du droit commun et modulables, permettant d'adapter la réponse aux besoins.
Pour cela il s'agit de faire intervenir de manière adéquate, dans leur juste proportion, les accompagnements spécialisés qui sont nécessaires.

LES PARTENARIATS



OBJET : Le partenariat dans le cadre de la mise en place du PE pôle MAS.

I) Définition

Le **partenariat** se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation

Le partenaire se distingue d'une partie prenante ordinaire, dans le sens que les relations opérationnelles avec le partenaire sont plus étroites.

II) Le pourquoi du besoin de développer le partenariat

Le partenariat nous paraît important dans le cadre de l'offre de service et cela, en raison de sa proximité avec les prestations. Cela renvoie à un partenariat qui est mobilisé principalement pour intervenir directement auprès de l'usager. Il offre des réponses complémentaires, en général spécialisées.

Nous ne pouvons pas répondre à l'ensemble des besoins des personnes accueillies, d'où l'intérêt de collaborer pour rendre la prestation plus ***cohérente et efficace*** sans rupture d'accompagnement.

Le partenariat

La mission est d'accompagner des personnes en situation de handicap, afin d'accomplir les missions, qui sont confiées aux Maisons d'Accueil Spécialisées. Nous sommes donc amenés à développer et faire vivre des relations partenariales selon les besoins des personnes accueillies.
L'objectif est de contribuer à l'articulation personnalisée et du projet thérapeutique (Soins-éducatif)
Cette collaboration interdisciplinaire apparait comme prioritaire et les Maisons d'Accueil Spécialisées se doivent de veiller au bon fonctionnement de ces relations partenariales internes ou externes

Il est important de développer des relations d'échanges d'expériences et de partenariat, tant aux niveaux inter-associatif qu'externe afin d'explorer, de réfléchir et de construire ensemble des réponses adaptées aux problématiques actuelles des personnes accueillies.

Le partenariat au service d'une continuité de l'accompagnement.
Le partenariat est une action permettant la mise en place de réponses les plus adaptées et modulables à la personne en situation de handicap, afin de répondre aux besoins des bénéficiaires qui évoluent.

Le partenariat n'a de sens pour nos établissements que s'il permet d'améliorer l'accompagnement et permet la continuité du parcours des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques en optimisant l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (la collaboration entre hôpitaux et structures médico-sociales).

III) Les partenariats, les réseaux et l'ouverture de l'établissement

a. Le partenariat avec la famille et/ou le représentant légal

La famille joue un rôle important dans le projet de vie de la personne accueillie en Maison d'Accueil Spécialisée, et en aucun cas, l'établissement ne veut se substituer à celle-ci. Pour les actes d'accompagnement la famille est informée et associée, en accord avec la personne accueillie. Le représentant légal est également un partenaire essentiel de la prise en charge. Cet aspect est d'autant plus vrai, qu'avec l'avancée en âge des personnes, les liens familiaux tendent à se raréfier.

Si l'action éducative et soignante est centrée sur la personne accueillie, elle s'inscrit toutefois dans la prise en compte de son environnement. Cette affirmation implique de considérer les compétences des familles et les responsabilités des représentants légaux comme parties prenantes dans l'accompagnement de la personne.
Il convient donc d'associer activement les représentants légaux à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet individualisé et d'y inviter les familles.
Au regard du vieillissement des personnes accueillies (et celui de leurs proches) et de la survenue de problèmes de santé, déterminer la place de la famille ou des proches en tant que partenaire est également essentiel.

Les familles et les représentants légaux sont également représentés au Conseil de la Vie Sociale, lieu de rencontres et d'échanges autour de la vie institutionnelle.
Sur la base de relations suivies avec chacune des familles et représentants légaux l'établissement souhaite instaurer une relation de confiance et de compréhension mutuelle afin de pouvoir construire une collaboration constructive centrée sur l'intérêt de la personne accueillie.

b. Le partenariat avec le réseau. Les partenariats prennent des formes diverses.

Les partenariats liés aux activités
Les intervenants extérieurs :
En plus des activités organisées par l'équipe éducative, la structure propose en fonction de ses possibilités financières des activités réalisées par des prestataires extérieurs locaux dans le cadre de convention de partenariat.
C'est le cas de diverses activités (équitation, activité diverses réalisées dans le cadre « y arivarem »

Faire appel à des intervenants extérieurs possède un double avantage :
- faire bénéficier les résidents de prestations de qualité dispensées par des intervenants ayant des compétences spécifiques
- faire porter sur la personne accompagnée un regard neuf et neutre ; la personne étant alors considérée comme « une individualité » et non « comme membre d'un collectif ».
Ces partenaires extérieurs travaillent en coopération avec l'équipe éducative qui assure la pérennité de la prestation en l'absence de l'intervenant.

Les partenariats liés aux soins

Les médecins traitant et l'offre de soin de ville
Le premier partenaire des Maisons d'Accueil Spécialisées en matière de santé, est le médecin référent coordinateur, généraliste. Son rôle est fondamental dans l'accompagnement aux soins. Les médecins spécialistes et intervenants paramédicaux sont également sollicités dans le cadre du suivi régulier des usagers. Tout en respectant le libre choix des usagers, des liens privilégiés

sont établis avec certains praticiens sensibles à la dimension du handicap : c'est le cas d'un dentiste libéral, et d'un pédicure podologue, d'un dermatologue et d'un médecin physique.
Une convention est également établie avec une pharmacie pour la délivrance sécurisée de médicaments sous blister.

Les urgences médicales

En cas de problème médical nécessitant une hospitalisation d'urgence, le personnel présent contacte par téléphone le centre 15 en fonction de l'heure, de la gravité et du suivi des procédures d'urgence propres à l'établissement.
Les urgences s'inscrivent dans l'organisation des ressources du territoire avec appel du centre 15.

Les Centres Hospitaliers

L'établissement s'appuie sur les soins hospitaliers délivrés par les établissements de proximité : le CHIVA de Foix, de Lavelanet

Des conventions sont signées dans le cadre des plans bleus « Canicule et grand froid »

Nous sommes également en relation avec d'autres services :

Accord 09 : qui nous accompagne, avec possibilité d'interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs, à l'intérieur de l'établissement (Convention)

La HAD avec qui nous avons également signé une convention

Le CMP A ce jour, de nombreux résidents sont un suivi régulièrement avec un psychiatre du CMP de Pamiers. Malgré un planning de rendez-vous saturé, le CMP peut répondre à nos demandes de suivi.

La Maison d'Accueil Spécialisée, rattachée au CHAC :
Les liens avec les secteurs hospitaliers spécialisés en psychiatrie, sont en permanence entretenus avec possibilités de séjours d'hospitalisation lorsqu'un résident décompense ou est en état de crise. Le contact avec le centre hospitalier

Le CRA
Dans le cadre du projet d'accueil de personnes atteintes de TSA sur le pôle MAS, et de l'octroi d'une enveloppe financière pour former les personnels qui les accompagnent, le CRA est notre interlocuteur privilégié, que ce soit au niveau de la dispense de certaines formations ou dans l'orientation vers des organismes de formation ciblés.

Les partenariats liés aux accompagnements La MDPH :
Des liens étroits sont entretenus avec la MDPH. Ils permettent :

- des actualisations administratives en particulier pour la prolongation des orientations ou les demandes de réorientations.
- La MDPH est également sollicitée pour des demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) en particulier pour les vacances et les retours
- Nous les sollicitons également dans le cadre du suivi de la liste d'attente du pôle MAS

Les autres établissements médico sociaux :

Des liens sont également formalisés sous forme de conventions avec d'autres établissements médico sociaux du département, Ils prennent la forme
- de séjour de contact en vu d'une possible admission
- de cadre de séjour de rupture lorsqu' un résident est en difficulté

Des séjours favorisant des échanges entre structures peuvent aussi avoir lieu pour évaluer les capacités des personnes à s'adapter à un autre établissement ou simplement dans le cadre de vacances si les personnes concernées n'ont pas de capacités financières pour partir en séjour de vacances.

c. Le partenariat avec le réseau local

Des partenariats avec les réseaux locaux sont également développés. C'est le cas avec les services municipaux ou clubs des localités avoisinantes, pour bénéficier de locaux ou participer à des manifestations.

IV) Liste des partenaires

Le partenariat Externe	Podologue – Reflexologue- Ostéopathe- - Hôpitaux et cliniques- Les familles et tuteurs légaux- Infirmière et kinésithérapeutes (libéraux)- Les centres de formation (d'infirmières, d'éducateurs)- coiffeur- Y arrivarem- FFSA La mairie du village- Familles d'accueil- Boutj ta MAS- Médecins spécialistes- pharmacie- IDE intérimaire- CMP- Inspection du travail- Médecine du travail- L'association « ACCORD 09» indépendante
	- Les instances représentatives du personnel (DP ; CE ;CHSCT) - Les différents établissements et services de l'association

Les partenaires, Politiques, Techniques

Organismes	Les services du siège social	
	FEGAPEI	UNIFAF
	URSSAF	Conseil départemental
	URIOPSS	Pôle emploi

Liste des conventions établies

- ARS signalement des évènements indésirables
- CHIVA : PLAN BLEU CANICULE ET GRAND FROID
- Pharmacie : préparation des médicaments (sécurisation du circuit du médicament)
- Accord 09 : Accompagnement en fin de vie
- IFSI : MAS lieu formation stagiaire
- Accord 09
- HAD
- ENLEVEMENT DASRI

AXES D'AMELIORATION

Développer partenariat soins dentaires
Formaliser convention soin chiva / chac (Urgence/ séjour)
Evaluer annuellement les conventions
Développer partenariat FAM/MAS et IME /MAS

3 DEROULEMENT DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

UNE METHODOLOGIE PARTICIPATIVE

Les Projets d'Etablissements 2017-2022 ont été construits en partant des besoins évalués des usagers et d'un diagnostic partagé avec l'ensemble des personnels, des familles ou représentants légaux qui ont participé sur la base de groupes de travail et de réponses à une enquête de satisfaction, la démarche visant à fédérer les différents acteurs et les usagers sur la base d'un projet commun.

Pour cela, nous avons tenu compte d'un certain nombre de paramètres incontournables que sont :

- Les textes régissant notre secteur
- Des recommandations de l'ANESM
- Les préconisations et propositions du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale. (SROMS) ;
- Les résultats de l'étude des populations accueillies sur les deux établissements ;
- Les résultats de la première évaluation interne et des axes d'améliorations repérés.
- Les résultats de l'évaluation externe
- Les relevés de conclusions des séances du conseil à la vie sociale.
- Les résultats de l'évaluation de l'accompagnement proposé aux personnes présentant des TSA
- Les résultats d'un audit organisationnel et stratégique

Ce document ne prétend pas être un modèle, ni même une référence. Il ne présente pas une liste de recettes, mais propose in finé des actions à mettre en place pour le bien-être et l'épanouissement des bénéficiaires. Il se veut donc résolument opérationnel et tente de refléter une démarche commune.

Cette dimension opérationnelle est essentielle car elle préside précisément à l'évaluation de notre travail. Nous ne voulons pas perdre de vue qu'on ne peut évaluer correctement que ce que l'on a clairement élaboré.

Notre volonté est de tenir compte de la personne dans sa différence et de mettre à son service un ensemble d'actions véritablement opérationnelles, découlant d'objectifs de travails généraux, en adéquation avec les problématiques rencontrées.
Ce document dresse ainsi l'inventaire des possibles, pour adapter de façon précise et personnalisée les actions aux besoins et attentes des résidents et de leur famille. Il nous a permis de percevoir les inadéquations entre les moyens, les volontés, les objectifs et de mieux cibler notre action afin de répondre à notre mission.

Ces projets d'établissement proposent des actions à mettre en œuvre pour le bien-être et l'épanouissement des résidents. Il se veut donc résolument opérationnel et tente de répondre aux besoins du territoire Ariégeois

Les grandes lignes des projets reposent sur le Projet Associatif, porteur de valeurs humanistes. Les projets s'appuient également sur les orientations des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 conformément à l'article R.311-8 du code de l'action sociale et des familles.
Prenant aussi en compte le schéma départemental et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, le projet s'inscrit dans un processus d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale s'exerçant sur le territoire de l'Ariège.
Les Projets d'Etablissements des deux Maisons d'Accueil Spécialisées développent des spécificités dont il convient de présenter les grandes lignes.

Une démarche continue d'évaluation de la qualité des prestations :
Le projet d'établissement a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations sociales et médico-sociales dans son acception la plus large et la plus noble.
En définissant le choix, le dimensionnement des activités sociales et médico-sociales, le projet s'affirme clairement comme l'élément fondateur et structurant.

La dynamique du changement : (Adaptation aux besoins)
Véritable vecteur du changement, le projet d'établissement vise à mobiliser les ressources et les potentiels de tous les acteurs concernés par l'accompagnement des résidents.

Une démarche participative :
En répondant aux exigences législatives et aux orientations associatives, il fixe de façon précise les principes fondamentaux de notre accompagnement.
C'est avant tout le fruit d'un travail collectif et d'une large concertation.

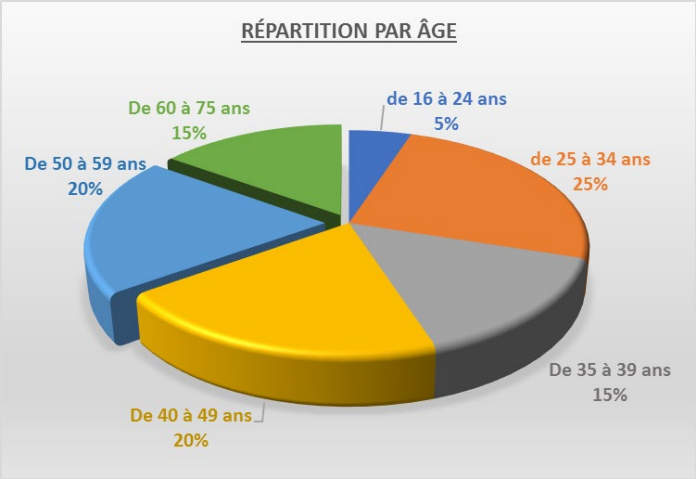
Une réponse aux orientations du schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).*SROMS Midi Pyrénées (2012- 2017) –Organisation Médico-sociale-personnes handicapées.*

- « Accompagner les personnes handicapées en milieu ordinaire de vie ou de travail ».Développer les alternatives à l'hébergement permanent
- « Réorienter l'offre médico-sociale en fonction des besoins » (Analyser et homogénéiser les coûts des structures médico-sociales ; Développer les coopérations, mutualisations et regroupements)
- « Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques »
- Développer le soutien aux aidants
- Apporter une réponse plus rapide aux cretonniens en attente dans les IME

4 ANALYSE DE POPULATION ACCUEILLIE ET DES BESOINS

4.1 MAS SAVERDUN

4.1.1 Les tranches d'âges



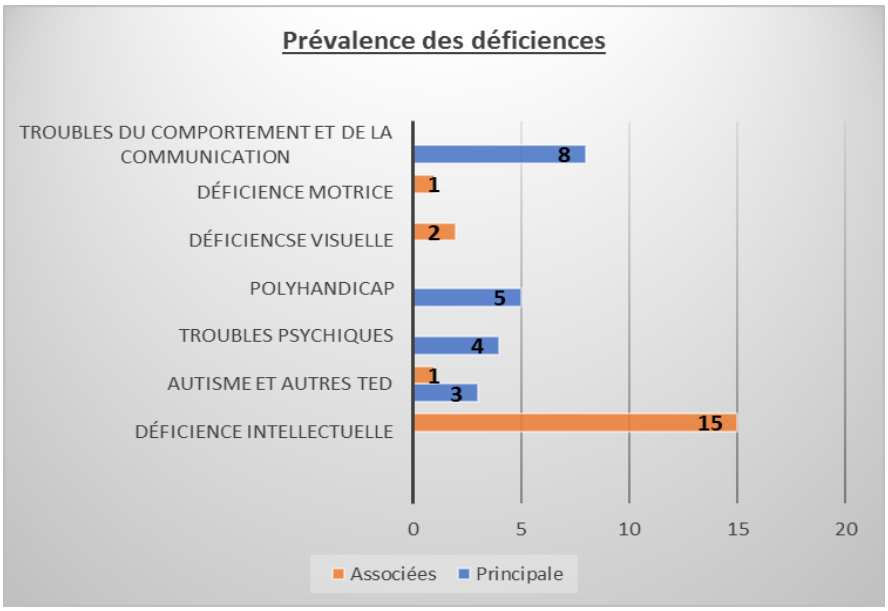
- Les résidents âgés de 40 ans et plus représentent 55% de l'effectif global ; parmi eux une part de 15 % est âgée de 60 ans et plus.
- Les résidents âgés de moins de 34 ans représentent 30% de l'effectif global.

4.1.2 Analyse de l'activité

La population accueillie est apparemment stable (1 sortie constatée en 2016). En N-1, une telle situation des effectifs avait permis à l'établissement de comptabiliser une activité de 6 358 journées ; soit un volume supérieur au nombre de journées financées (6 312 journées) et inférieur à celui en journées théoriques (fixé à 6 958 journées).
En 2016, le taux moyen d'occupation a été seulement de 91.38% par rapport aux journées théoriques ; volume d'activité certainement impacté par le nombre de jours d'hospitalisation qui se situait proche de 993 journées ; soit un niveau d'absentéisme significatif en nombre de journées d'hospitalisation[3].

[3] Comparativement, nous verrons que, pour le même exercice, la MAS de Guilhot ne comptabilise qu'un nombre de journées d'hospitalisation de 328 journées pour une capacité de 55 résidents (dont 45 internes).

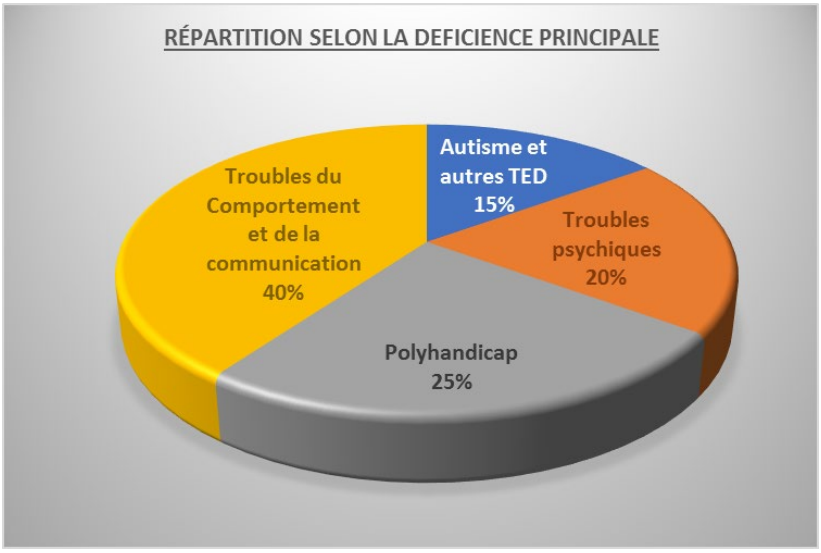
4.1.3 Prévalence des déficiences



La population relevant à titre principal de l'autisme et de Troubles du comportement et de la Communication est majoritairement représentée (65%).

La déficience intellectuelle apparait majoritairement comme une déficience associée à la déficience principale. Cette déficience intellectuelle concerne les ¾ des résidents accompagnés. Nous verrons que c'est là une constante en œuvre pour la majorité des personnes accueillies au sein du Pôle M.A.S.

Les troubles du comportement et de la communication concerneraient au moins 40% de l'effectif global.

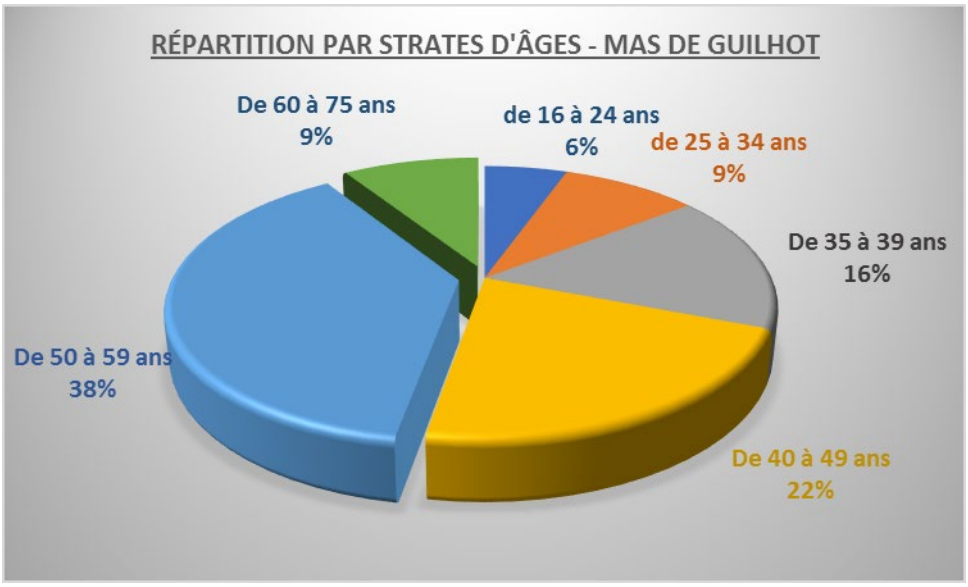


L'autre groupe représentatif, situé à 25% de l'effectif, concerne les personnes polyhandicapées.

Au moins une part de 20% de la population globale serait touchée par la déficience caractérisée par les troubles psychiques. Notons que 2 personnes présenteraient une déficience visuelle associée.

4.2 MAS DE GUILHOT

4.2.1 Les tranches d'âges



Le vieillissement de la population accueillie est prépondérant : la part de résidents âgés de plus de 40 ans s'élève à 69% de la population accueillie. 9% ont plus de 60 ans

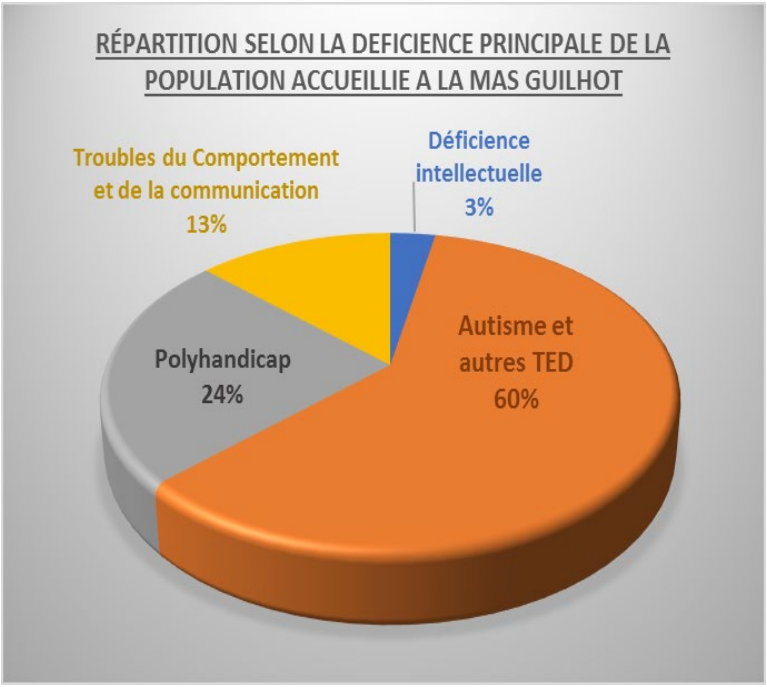
Assurément, ce processus du vieillissement des personnes accompagnées par les équipes de la M.A.S de Guilhot ne sera pas sans conséquences organisationnelles ; notamment en raison des besoins de médicalisation de cette population.

Le vieillissement du public accueilli reste, pour la M.A.S de Guilhot, un enjeu majeur en terme d'organisation et d'adaptation à l'évolution des besoins et des attentes des résidents.

4.2.2 Répartition selon le type de situation de déficience

Les personnes accueillies relèvent d'une situation de handicap complexe qui motive leur accueil à la M.A.S de Guilhot. L'étude de la déficience principale peut permettre d'apprécier leurs besoins spécifiques et les modalités d'accompagnement et de prise en charge les plus adaptées. Ainsi, dans un premier temps, nous nous intéresserons à la caractérisation des usagers selon l'expression de leur déficience principale pour, ensuite, repérer les différentes déficiences surajoutées.

➢ **Répartition selon la déficience principale**[4]



Les résidents, relevant d'un Trouble du Spectre Autistique, représentent une part de 73% de la population accueillie.

Sur le pôle Mas, la quasi majorité des résidents est atteinte de TSA avec une large prédominance sur la Mas de Guilhot (73%), sur la Mas de Saverdun, ils sont 65%. Par rapport à l'année 2010, on peut observer une augmentation considérable (7,4% TSA en 2010), notamment sur la Mas de Guilhot où ils n'étaient alors que 10%. Pourtant, la population n'a pas changé ; ceci s'explique par **un programme de dépistage** qui s'est mis en place en 2015, en **partenariat avec le CRA**, et qui a permis de diagnostiquer 33 autistes sur la Mas de Guilhot et 3 autistes sur la Mas de Saverdun. En 2010 ces 36 résidents, étaient déjà présents sur nos établissements, ils n'étaient pas repérés en tant que TSA, mais répartis dans d'autres classifications (psychose, cause inconnue, autre cause du handicap…)

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés habituellement sous le terme de TED (Troubles Envahissants du Développement »).

Ces troubles, spécifiques à chaque individu, sont particulièrement significatifs de situations humaines marquées par des vécus d'angoisse, d'hyperactivité. Ces situations sont potentiellement aggravées par des troubles du comportement.

Elles peuvent être également alourdies par des déficiences surajoutées telles que l'épilepsie et les déficiences motrices et sensorielles (selon des degrés variables de gravité).

Aujourd'hui, l'autisme n'est plus considéré comme une affection psychiatrique ou une affection psychologique. **Il est désormais d'usage de parler « de Troubles du Spectre Autistique (TSA) »**[5] **. L'intérêt d'une telle classification est de mettre l'accent sur la spécificité des**

[4] Source : indicateurs ANAP/M.A.S de Guilhot, base de référence 2016.
[5] Source : Autisme France, 2016, www.autisme-france.fr.

troubles du développement social, la grande variabilité des symptômes individuels mais aussi sur les potentiels possibles d'expressions adaptives de chaque individu.

Une évaluation de l'accompagnement de ces personnes (TSA) à été réalisée dans nos établissements sur la base d'un référentiel national construit autour des recommandations de bonnes pratiques (HAS – ANESM)
Le plan d'action de cette évaluation fait partie intégrante du plan d'action de ce projet d'établissement

- **Prévalence des déficiences associées**

La prévalence de la déficience intellectuelle associée concerne 47 résidents sur 55. Elle n'est évaluée en tant que déficience principale que pour 3% de la population globale.

4.2.3 Les incidences du vieillissement de la population

Globalement, la population est majoritairement vieillissante sur le pôle : 69% à plus de 40 ans. Cela correspond à une augmentation de + de 5% depuis 2010 ; on retrouve d'ailleurs cette progression sur les 2 établissements (+ 4,5% sur Guilhot et + 3 % sur Saverdun). Ce sont donc sensiblement les mêmes résidents qui ont vieillis et les nouveaux arrivants n'ont pas influés sur cette tendance. On peut également observer qu'il y a 6 % des résidents sur le pôle qui ont + de 60 ans avec une concentration plus importante sur la Mas de Saverdun (15%).

On observe aussi des problématiques spécifiques :

Sur le plan de l'alimentation :
- Globalement, on observe un accroissement et une plus grande diversité de repas spécifiques : mixé, lisse, fondant, boissons gélifiées…
- 89% de l'ensemble des résidents ont des problèmes de déglutition (85% sur Saverdun et 58% sur Guilhot)
- 92% souffrent d'une perte de la mastication (90% Mas Saverdun, 60% Mas Guilhot)
- Dans 72% des cas, il existe un risque de fausse route ; avec prédominance de la Mas Guilhot où 76% des résidents ont un risque patent, et seulement 5% sur Saverdun.
- Enfin, il est apparu la mise en place de sonde gastrique pour 2 résidents.

Sur le plan de la motricité des résidents :
- 61% des résidents des 2 établissements souffrent de troubles de la marche et de l'équilibre (72% sur Saverdun et 56% sur Guilhot)

Sur le plan des décès :
- de 2010 à 2016 soit une période de 6 ans: il y a eu 9 décès sur la Mas de Guilhot (soit plus d'un par an en moyenne). Par contre, pendant cette même période, il n'y a eu que 2 décès sur la Mas de Saverdun (soit un décès tous les 4ans et demi)

Sur le plan du nombre de journées d'hospitalisation :
- Sur la Mas de Guilhot, on constate que ce chiffre a triplé entre 2015 et 2016 (156 jours en 2015 / 469 jours en 2016)

Comme nous pouvons le constater, ce vieillissement engendre, chez nos résidents, un accroissement des décès et soins palliatifs, une fatigabilité, une perte d'autonomie sur un plan moteur et au niveau de la prise alimentaire (augmentation significative des difficultés motrice et troubles de la déglutition), enfin une fragilité sur le plan de la santé physique (accroissement de soins médicaux et paramédicaux : bilans, examens, rendez-vous médicaux, Kiné, Ergothérapeute, appareillage…)

Dans une bien moindre mesure, environ un quart de la population sur le pôle Mas souffre de polyhandicap (24%). Ce type d'handicap s'est accru, depuis 2010, de 7%**.** Et c'est plus particulièrement sur la Mas de Guilhot, qu'on observe une augmentation significative de 8% de ce type de pathologie. Il ne s'agit pas, là non plus, de l'accueil de nouveaux arrivants; mais cela est dû au vieillissement de nos résidents. En effet un des effets de ce vieillissement est une perte de la mobilité, de la motricité et de l'autonomie induisant un accompagnement adapté à ces nouveaux handicaps. Sur la Mas de Saverdun, ce pourcentage, n'est pas significatif et demeure quasi constant (+3%)

4.2.4 Les déficiences

Par définition, les personnes accueillies en MAS présentent des déficiences intellectuelles profondes, sévères ou moyennes. Ces pourcentages sont stables et il n'est observé en 2016, ni aggravation ni amélioration.
Il s'y associe également des déficiences du langage et sensorielles (vue, audition) qui n'ont pas évoluées de manière significative depuis 2010.

4.2.5 Les enjeux de l'établissement au regard de l'analyse de la population.

Le vieillissement du public accueilli reste, particulièrement pour la M.A.S de Guilhot, un enjeu majeur en termes d'organisation et d'adaptation à l'évolution des besoins et des attentes des résidents, notamment des besoins de médicalisation, de formation des professionnels et d'adaptation architecturale pour la MAS de Guilhot.

Axe d'évolution à prévoir:

- Un rythme de vie adapté aux besoins des personnes et à leur niveau de fatigabilité.
- Des activités et loisirs qui tiennent compte de ce vieillissement
- Un accompagnement adapté en nuit (présence IDE, AS)
- Une formation particulière des équipes sur le plan de la déglutition, également un accompagnement au repas plus conséquent, notamment concernant la préparation des aliments face à la perte d'autonomie alimentaire de certains résidents (Présence d'AS et d'IDE)
- Des locaux adaptés à leurs difficultés motrices
- Formation des équipes face aux soins palliatifs et aux décès
- Renforcement des partenariats (accord 09, HAD, CHIVA…)

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés avec 73% de la population diagnostiquée :
La mise en œuvre d'un accompagnement spécifique TSA va induire pour l'avenir des modifications structurelles et organisationnelles :

- Formation des professionnels
- Mise en œuvre d'analyses fonctionnelles
- Meilleure adéquation du lieu de vie et de l'architecture des locaux.
- Projets personnalisés spécifiques
- Mise en place d'outils de communication personnalisés
- Accompagnement sur de plus petits groupes

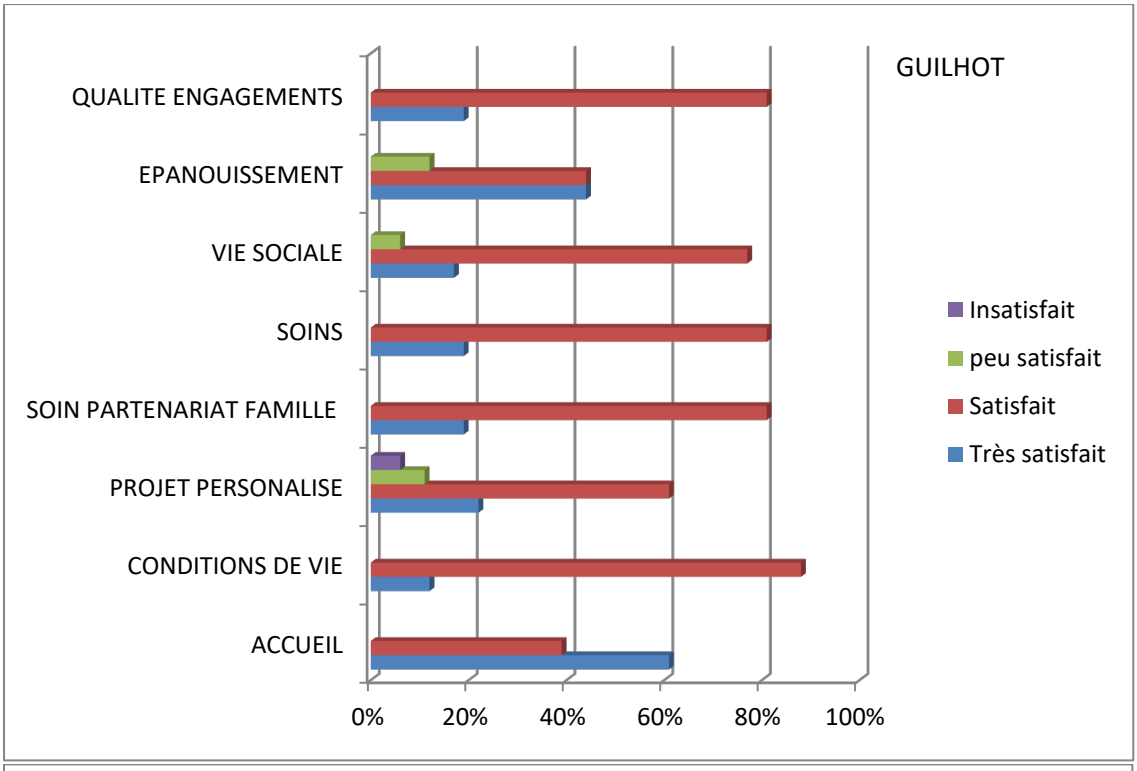
L'accompagnement des personnes polyhandicapées

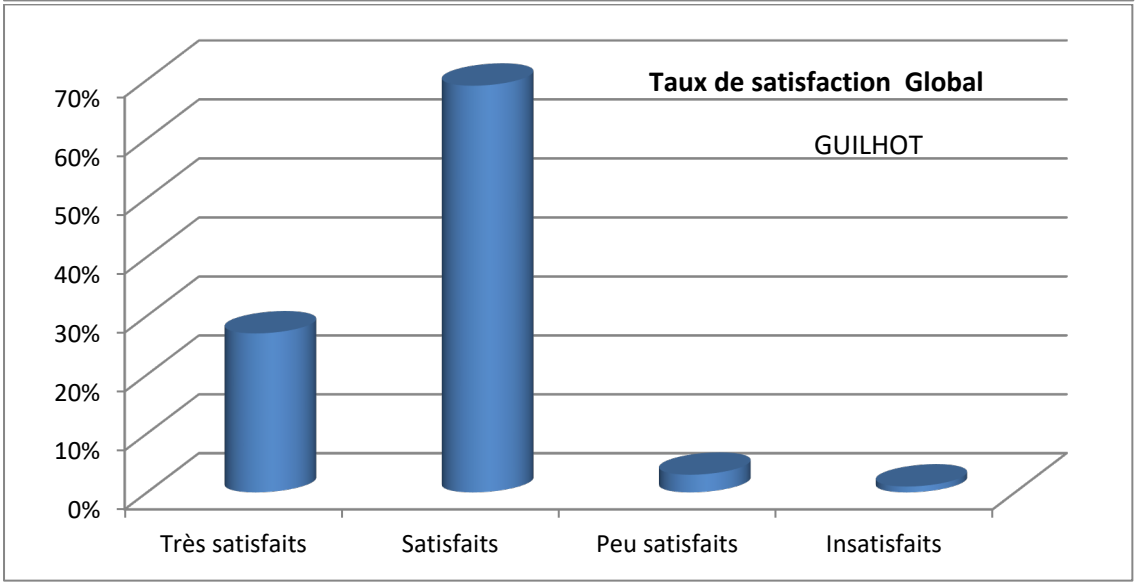
L'accroissement de ces personnes polyhandicapées sur la Mas de Guilhot, détermine, sur le plan de l'accompagnement :

- Une augmentation des divers appareillages
- Une meilleure accessibilité des différents locaux. (Pièce de vie, salle de bain….)
- Une augmentation des manutentions avec nécessité d'être plus souvent 2 accompagnants
- La formation des accompagnants

4.3 LES ENQUETES DE SATISFACTION

18 enquêtes retournées





Taux de satisfaction très élevé : 96% des personnes sont satisfaites ou très satisfaites
Un peu moins de satisfaction par rapport aux projets personnalisés peut être en lien avec un retard causé par un changement d'organisation de l'établissement et de méthode de réalisation de projet

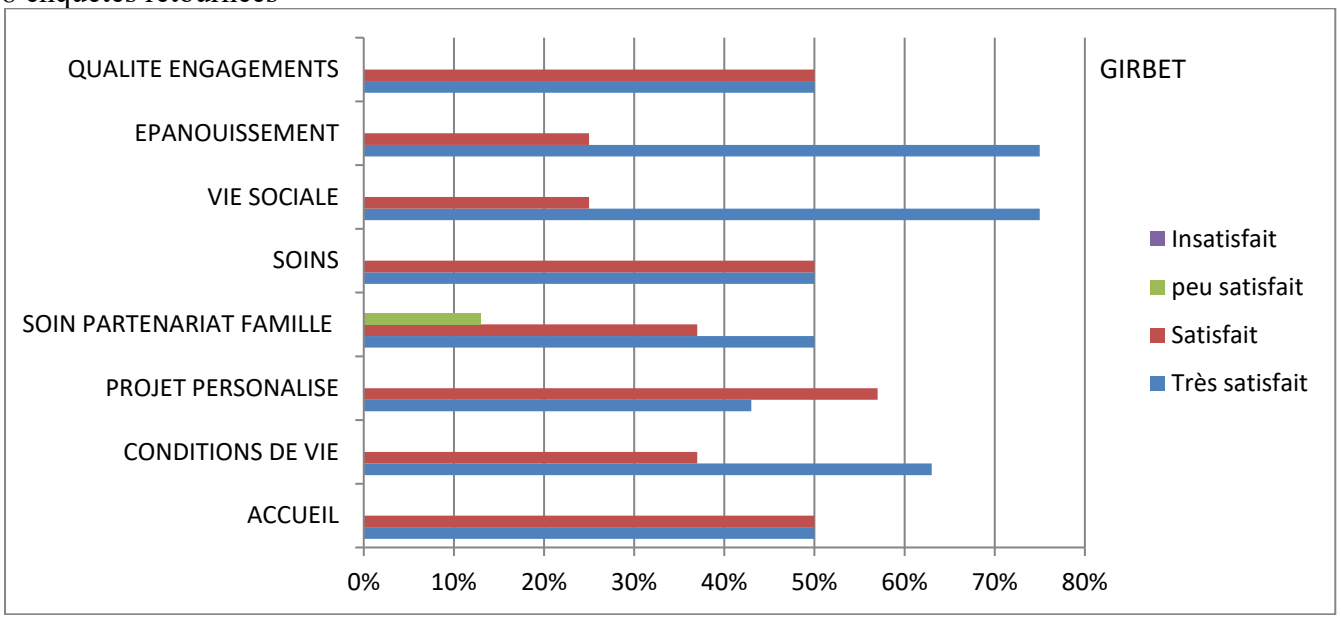
SUGGESTIONS GUILHOT

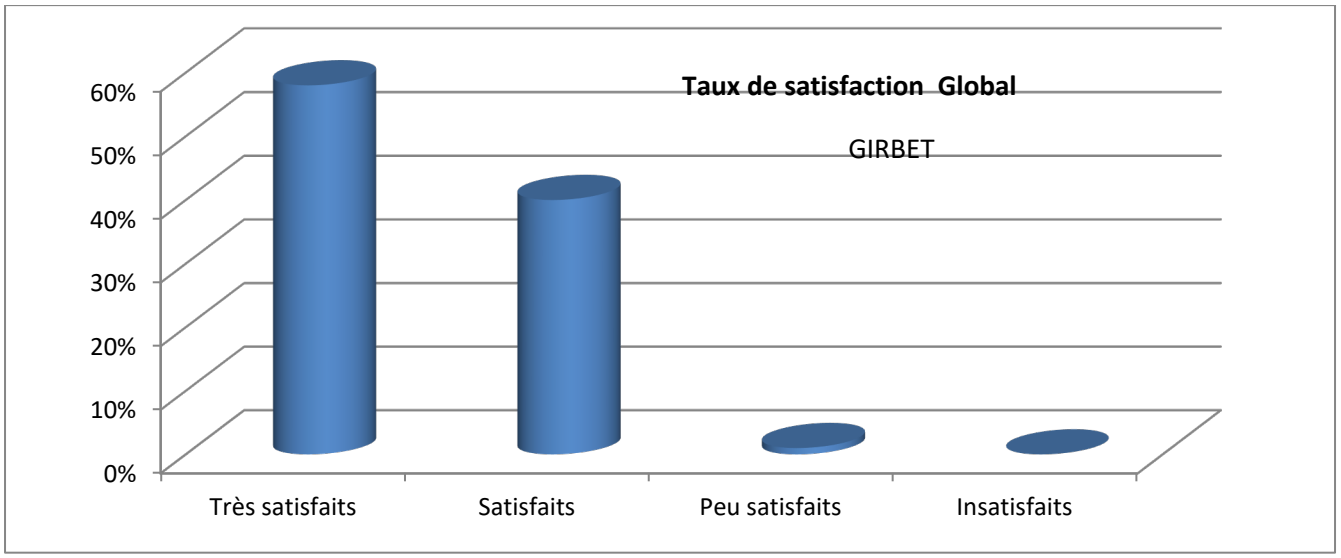
- Organiser des débats autour de l'autisme
- Proposer davantage d'activités (peinture, musique, relaxation, massages ...)
- Disposer d'une balnéo comme à Saverdun

- Proposer davantage de sorties et vacances
- Faire intervenir des bénévoles, famille ou amis, pour favoriser la possibilité de sorties
- Pouvoir assister au CVS sans être élu
- Transports ADAPEI : temps de trajet très long pour peu de kilomètres, pas d'accompagnants dans les bus, certains bus ne sont pas climatisés
- Améliorer la diffusion des informations entre les accompagnants et les parents. Manque d'information sur les activités
- Mettre un peu plus d'information sur ce qu'il se passe à la MAS sur le journal de l'association
- Proposer un rapport annuel sur l'état de santé, les régressions et les évolutions, les traitements suivis ……..
- Améliorer le brossage des dents
- Améliorer les repas
- Disposer d'une pièce pour rencontrer nos enfants

ENQUETES SATISFACTION 2016 GIRBET

8 enquêtes retournées





Taux de satisfaction très élevé : 98% des personnes sont satisfaites ou très satisfaites
Améliorer le partenariat avec les familles par rapport aux soins

SUGGESTIONS GIRBET

- Améliorer l'information par rapport aux soins
- Organiser davantage de journées festives avec les familles, un pique-nique …
- Développer des partenariats avec des agriculteurs
- Développer le contact avec l'extérieur
- Proposer un atelier sur le gout
- Développer les liens inter établissement
- Faire intervenir des groupes de musiciens sur l'établissement
- Proposer davantage de transferts

4.4 LA LISTE D'ATTENTE

La direction a fait parvenir un courrier aux établissements médico sociaux du territoire pour connaitre leurs prévisions en termes de besoins d'orientation sur les MAS sur les 5 ans à venir.
Il en ressort un total de 30 résidents dont :

- TSA : 11 + 3 (dont 1 psychique et 2 Trbles du Cpt)
- Polyhandicap : 6
- Déficient intellectuel : 4
- Autres : 1 (maladie dégénérative, plutôt EHPAD ?)

5 ANALYSE DE L'ACTIVITE

Depuis la dernière évaluation interne, de nouvelles recommandations ont été publiées notamment sur la qualité de vie en FAM et en MAS.
Des groupes de travail composés de professionnels, de famille et/ou de représentants légaux se sont réunis sur quelques grands thèmes, pour évaluer l'activité de l'établissement sur la base de sa mission et d'indicateurs issus des textes du CASF et des dernières recommandations de l'ANESM. Un Audit a également été réalisé.
L'objectif premier de ces groupes de travail était d'identifier les axes d'évolution nécessaire au regard des constats.

5.1 L'ARCHITECTURE

THEMES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PROPOSITIONS AXES EVOLUTIONS
ARCHITECTURE	**Saverdun** : Bâtiment neuf, de plein pied bien équipé avec des rails au plafond pour le confort des transferts des personnes accueillie et la prévention des risques professionnels. Salles d'activité, balnéo, snoezelen… 2 Ailes qui favorisent l'accueil par petit groupe Chambres individuelles Salles de bain bien équipées Grands espaces extérieurs sécurisés **Guilhot** : Bâtiments de plein pied. Chambres individuelles 2 Salles à manger sur 3 des 4 unités qui permettent des accompagnements sur ces temps en petits groupes Grands espaces extérieurs sécurisés Salle balnéo et snoezelen à proximité	**Saverdun** : Manque lieu festif et local aux normes pour le traitement du linge sur l'établissement **Problématique récurrente à toutes les unités sur Guilhot :** Manque d'espaces : les salons sont trop exigus et en nombre insuffisants. Pas de pièce permettant des activités sur les unités ni d'espaces pour les petits soins et le bien-être (massage, pédicure, esthétique, manucure ….). Pas de chambre de repos pour les externes. Les pièces « répit » sont inadaptées et en nombre insuffisant. Les espaces trop vitrés dans les unités accueillant les TSA sont anxiogènes. Absence de lieux d'accueil pour les familles Manque d'une salle pour les fêtes Les lieux de stockage n'ont pas été pensés (stockage linge, matériel de manutention, fauteuil, stockage ASI …). Les salles d'eau communes ne permettent pas de respecter l'intimité avec en plus sur certaines des défauts d'évacuation d'eau (pente inversées sur les couloirs) Les normes d'hygiène pour le traitement du linge qui est traité sur l'établissement ne sont pas respectées. De même pour les vestiaires des professionnels Les services excentrés posent problèmes : cuisine, lingerie, infirmerie: déplacements extérieurs par tout temps, transports de charges …….	Plan de reconstruction de la MAS de Guilhot.

5.2 QUALITE DE VIE MAS GUILHOT

THEMES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PROPOSITIONS AXES EVOLUTIONS
LEVER – PETITS DEJEUNERS	Les professionnels sont présents a partir de 7h30. Les petits déjeuners sont servis dès 7h45. Transmission avec le surveillant de nuit L'amplitude horaire entre le repas du soir et le petit déjeuner est de 12h. Les levers et petits déjeuners sont échelonnés cela permet de respecter le rythme des personnes et d'assurer la convivialité. Les petits déjeuners sont individualisés en fonction des gouts et des pathologies. Un questionnaire social dès l'admission questionne les gouts et les habitudes de vie. Des protocoles individuels permettent la continuité de l'accompagnement et la gestion des risques L'organisation n'est pas formalisée par écrit sur toutes les unités.	La remise à jour des protocoles est parfois trop tardive 2 Personnes doivent être réveillées à 7h pour la prise de traitement et attendent 7h 45 voir 8h 45 le WE	Voir possibilité de donner un petit déjeuner aux personnes accueillies qui sont réveillées à 7h pour la prise des médicaments. (Surveillant de nuit ?) Formaliser l'organisation sur toutes les unités pour assurer la continuité (remplaçants) et le respect des rituels.
TOILETTES	Les accompagnements à la toilette (douche ou bain) sont proposés tous les jours et autant que de besoin. Pas de contrainte horaire en dehors des personnes qui partent en activité ou soins extérieurs. Les professionnels stimulent les compétences et verbalisent les aides. Ils proposent des bains ou des douches en fonction des gouts et habitudes. Du matériel est à disposition et adapté aux personnes Une ergothérapeute intervient 1 matinée par mois Dans certaine unités les professionnels disposent d'une journée type pour assurer la continuité de l'accompagnement Les horaires viennent d'être révisés sur une unité afin de répondre aux besoins des personnes accueillies Un travail sur l'estime de soi est réalisé et les tenues vestimentaires ainsi que la coiffure sont soignées et valorisent les personnes	Par rapport aux locaux : salles de bains commune avec douche et baignoire sans séparation Impossibilité au vu du nombre de toilette à accompagner de ne pas accompagner parfois 2 toilettes en même temps. Les locaux ne permettent pas un usage optimal du matériel Les besoins d'intervention sont plus importants Sur la grande dépendance (polyhandicap riou) manque de formation, de conseil Manque de certains protocoles individuels dans certaines unités Absence d'outil retraçant l'organisation (déroulé type des toilettes par ex par qui on commence) dans certaines unités) L'accueil des externes au moment des toilettes et temps d'attente trop long pour les personnes qui ont été accompagnées en premier le matin. Difficultés au niveau du brossage des dents en fonction des compétences de chaque personne.	Mettre en place un dispositif de séparation sécure dans les salles de bain communes Projet architectural De reconstruction Augmenter le temps d'intervention de l'ergothérapeuthe Envisager formation Humanitude pour la grande dépendance. Généraliser les protocoles individuels et les supports d'organisation sur toutes les unités (élargir jour-nuit) Penser à un accueil différent pour les externes et un accompagnement des personnes en attente sur une unité spécifique (projet de 5ème unité sur les locaux de l'ancienne ferme) Mise en place pour la prévention bucco-dentaire d'un appui par un technicien (infirmier, dentiste, techniques à utiliser)
ACTIVITES	Des activités diverses sont proposées en fonction des gouts et des besoins en extérieur (bowling, restaurent, cinéma, visites, courses achat, pique-nique, bain	Manque d'une salle d'activité pour organiser des activités sur chaque unité et externe aux unités.	Prévoir une salle d'activité sur chaque unité dans le cadre du plan architectural ; Une salle polyvalente.

	Couloubret, sport adapté.) Création association « Bouge ta mas » Sport adapté en lien avec la fédération française de sport adapté Des sorties marche sont réalisées sur le site pour lutter contre la sédentarité et maintenir le capital moteur. Les projets d'activités sont formalisés Chaque personne accueillie dispose d'un plan d'activité individualisé via le projet personnalisé. Les objectifs de participation y sont aussi définis.	Lorsqu'un professionnel part en sortie en extérieur il est parfois même impossible de sortir marcher En interne peu d'activités sont organisées en dehors de la confection des repas Il manque des activités sur site en après-midi (activité spécifique ou d'animation, de vie Pas d'évaluation des activités et de l'apport de l'activité pour la personne	Prévoir la mise en place d'animation sur les lieux de vie Création 5eme unité (animation activité) Noter sur médiateam les comportements des personnes sur les activités pour permettre les évaluations Créer un outil d'évaluation des activités
REPAS / ALIMENTATION	Achat d'un Termo -mix pour les repas lisses Préparation des repas 1 à 2 fois par semaine sur les groupes. Plusieurs services sont organisés pour une meilleure disponibilité des professionnels et la gestion des risques ; des protocoles alimentaires sont affichés Les menus sont affichés. Un atelier cuisine est réalisé une fois par semaine pour travailler sur le gout et l'odorat avec un apéritif le dimanche pour marquer le week-end et des repas de fête. Un ergothérapeute intervient une fois par mois pour mettre en place des adaptations nécessaires lors des repas	La qualité et la quantité des repas restent aléatoires. La diversité des plats lisses questionne les desserts des textures modifiées ne sont pas assez diversifiés. Les menu sont affichés mais non adaptés en terme de communication pour des personnes déficientes et/ autistes Manque de temps ergothérapeute	Remonter les informations sur Médiateam (dysfonctionnement) Mettre en place des rencontres avec la cuisine centrale Mettre en place des outils de communication adaptés (plan autisme) Augmenter temps d'intervention ergothérapeute.
SOIREES-NUITS	1 surveillant de nuit par unité (de 9 à 13 résidents). Liaison d'un quart d'heure tous les soirs et tous les matins. Les couchers sont échelonnés sur le Prat et le Montcalm Protocoles de soin à disposition, une fiche par résident pour les habitudes de « nuit » + journée type + organisation globale de la nuit. L'accompagnement est inscrit dans le projet personnalisé (journée type) Attention particulière au bénéfice risque par rapport au réveil des personnes la nuit pour les changes	Poly handicap surveillant seul nécessité de coucher les personnes avant l'arrivée du veilleur car manipulation a deux pour certains. Coucher très précipité au vu du nombre de personne à accompagner (4 PA à 2) dans le temps imparti Pas de photo sur les portes	Questionner sur cette unité la pertinence d'un professionnel qui terminerait plus tard Réaliser plan avec photo Mettre photo sur les portes Au vu du vieillissement des personnes accueillies et de la probable montée en charge des soins prévoir les futurs recrutements sur des postes AS Questionner aussi la pertinence d'astreintes IDE
INFORMATION – COMMUNICATION	Utilisation d'une communication adaptée pour certains avec pictogramme Calendrier des intervenants à la journée en photo sur certaines unités. Une information et un travail sur les évènements est réalisé. Les personnes accueillies sont accompagnées pour les deuils.	Utilisation d'une communication adaptée non généralisée. absence de repères temporaux spatiaux.	Plan autisme communication ave formation des professionnels
VIE SOCIALE	Les centres d'intérêt sont identifiés dès l'entrée grâce à un questionnaire social. Des activités culturelles, sportives et de loisir sont proposées. Des	Les séjours répit, échanges avec d'autres établissements ne sont pas développés pour ouvrir à des rencontres.	Plan autisme : formation analyse des comportements problème.

	mutualisations de ressources sont réalisées (Balnéo de la Mas de Saverdun, coiffure sur le FO de monié) Partenariat avec le sport adapté et y arrivarem. Intervention de bénévoles pour l'éveil religieux. Tout ceci permet la rencontre de personnes autres à l'institution. Le droit à la vie affective et sexuelle est reconnu par les professionnels et l'institution Des transferts (vacances) sont organisés par les professionnels Pour l'anticipation et la gestion des situations de violence, travail en réunion avec la psychologue et mise en place de conduites à tenir sur les projets personnalisés.	Pas de formation sur la gestion des comportements problème, la violence	

5.3 QUALITE DE VIE MAS GIRBET

THEMES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PROPOSITIONS AXES EVOLUTIONS
LEVER – PETITS DEJEUNERS	Le travail est organisé en binome AMP /AS Arrivée de l'AMP à 7h et de l'AS à 7h15 Transmission avec le surveillant de nuit d'un quart d'heure formalisées et organisées L'amplitude horaire entre le repas du soir et le petit déjeuner est de 11h 30. Si une personne se réveille avant l'arrivée de l'équipe le matin elle est accompagnée au petit déjeuner par le surveillant de nuit voire à la toilette si elle est souillée Les levers et petits déjeuners sont échelonnés cela permet de respecter le rythme des personnes et d'assurer la convivialité. Les petits déjeuners sont individualisés en fonction des gouts et des pathologies. Un questionnaire social dès l'admission questionne les gouts et les habitudes de vie. Des protocoles individuels permettent la continuité de l'accompagnement et la gestion des risques et sont à jour.	L'organisation des levers et petit déjeuner n'est pas formalisée par ecrit.	Ecrire l'organisation type.
TOILETTES	Les accompagnements à la toilette (douche ou bain) sont proposés tous les jours et autant que de besoin. Pas de contrainte horaire en dehors des personnes qui partent en activité ou soins extérieurs. Minimum ½ h pour chaque accompagnement Pour limiter l'inactivité durant le temps des toilettes, les personnes peuvent se rendre sur le pole activité	Absence d'outil retraçant l'organisation (déroulé type des toilettes par ex par qui on commence) dans certaines unités) La salle de bain de l'unité Emeraude est un peu étroite et l'amplitude de descente du	Augmenter le temps d'intervention de l'ergothérapeuthe Envisager formation Humanitude pour la grande dépendance. Mettre en place les supports

	et les interventions des partenaires extérieurs sont programmées le matin (kiné, musico thérapeute, pédicure ..) Les professionnels stimulent les compétences et verbalisent les aides. Ils proposent des bains ou des douches en fonction des gouts, habitudes et de la problématique de la personne (les bains sont planifiés) Les locaux sont adaptés et équipés de rails au plafond pour faciliter les manutentions. Une ergothérapeute intervient 1 matinée par mois Un travail sur l'estime de soi est réalisé et les tenues vestimentaires ainsi que la coiffure sont soignées et valorisent les personnes	rail n'est pas suffisante.	d'organisation
ACTIVITES	Les deux unités sont construites autour d'un pole « activité » qui comprend une salle Snoezelen, une balnéo, une salle d'esthétique, une cuisine, et une salle d'activité « plastique » Un questionnaire social permet dès l'entrée d'identifier les centres d'intérêt des personnes. Des activités diverses sont aussi proposées en fonction des gouts et des besoins en extérieur (restaurant, cinéma, visites, courses achat, pique-nique, équicie, sport adapté en lien avec la fédération française de sport adapté, association « bouge ta MAS ».). Les projets d'activités sont formalisés. Un bilan est réalisé tous les ans ainsi que l'analyse de la participation de chaque personne. Ces bilans servent à la révision du projet personnalisé. La répartition des différentes sorties des personnes est aussi suivie (Tableau annuel de suivi des sorties) Des transferts sont proposés par les équipes.	Pas d'outil de communication pour les activités Absence de planning individuel d'activité.	Créer un outil d'évaluation des activités Noter sur médiateam la participation et les comportements des personnes sur les activités pour permettre les évaluations Réaliser des plannings individuels d'activité
REPAS / ALIMENTATION	Nette amélioration depuis 1 an. La liaison via médiateam fonctionne bien, bonne réactivité du prestataire même si les erreurs se reproduisent parfois 3 mois après. Un mixer est a disposition pour les repas si nécessaire Préparation des repas 1 fois par semaine Plusieurs services sont organisés pour une meilleure disponibilité des professionnels et la gestion des risques ; des protocoles alimentaires sont affichés (aliments interdits, textures, boissons) Les menus sont affichés.	Les menu sont affichés mais non adaptés en terme de communication pour des personnes déficientes et/ autistes Problème récurrent avec les fruits trop dur qu'il est difficile d'adapter. Absence de grilles de suivi de l'alimentation	Remonter les informations sur Médiateam (dysfonctionnement) Mettre en place des outils de communication adaptés (plan autisme) Mise en place fiche suivi alimentaire lorsque nécessaire

	L'ajustement des menus est possible lorsqu'une personne n'aime pas ce qui lui est proposé. Un atelier cuisine est réalisé une fois par semaine pour travailler sur le gout et l'odorat Un ergothérapeute intervient 2 fois 2 heures pour mettre en place des adaptations nécessaires lors des repas		
SOIREES-NUITS	2 accompagnants la nuit pour 17 personnes accueillies L'équipe de nuit comprend 2 AS Les rondes sont effectuées toutes les 2 heures. Les couchés sont échelonnés Les transmissions sont formalisées matin et soir (oral et support médiateam dossier unique) L'accompagnement est inscrit dans le projet personnalisé (journée type) Protocoles de soin à disposition, une fiche par résident pour les habitudes de « nuit » + journée type + Attention particulière au bénéfice risque par rapport au réveil des personnes la nuit pour les changes	L'organisation globale n'est pas formalisée par écrit. Toutes les nuits ne sont pas couvertes par un AS	Formaliser l'organisation Voir possibilité d'assurer une couverture AS sur toutes les nuits
INFORMATION – COMMUNICATION	2 personnes disposent d'outils pour se repérer. Un travail sur la signalétique est en cours Une information et un travail sur les évènements qui concerne les personnes est réalisé. Des visites dans les familles peuvent être organisées avec la personne accueillie si nécessaire (maintien du lien familial, réassurance si maladie …) Les fêtes du calendrier sont marquées par l'établissement (Noel, chandeleur, fête de la musique) Les personnes accueillies sont accompagnées pour les deuils (enterrement, visite tombe, Toussaint ..).	Utilisation d'une communication adaptée non généralisé. absence de repères temporaux spatiaux.	Plan autisme communication avec formation des professionnels
VIE SOCIALE	Les centres d'intérêt sont identifiés dès l'entrée grâce à un questionnaire social. Une salle d'accueil conviviale est située sur le pole activité et l'établissement dispose de salles et de matériel adapté. Des activités culturelles, sportives et de loisir sont proposées (restaurent, cinéma, concerts musée, marché et piscine de Saverdun). Des invitations se font entre la MAS et la maison de retraite de Saverdun La MAS à créé l'association « Bouge ta MAS » Certaines personnes participent à des séjours adaptés ; Des échanges avec	Pas de formation sur la gestion des comportements problème, la violence Manque psychiatre	Plan autisme : formation analyse des comportements problème. Développer le partenariat avec y arrivarem et handi loisir.

	d'autres établissements permettent aussi un ailleurs, des rencontres Le droit à la vie affective et sexuelle est reconnu par les professionnels et l'institution et inscrit dans les projets personnalisés et travaillé avec les familles. Des transferts (vacances) sont organisés par les professionnels Pour l'anticipation et la gestion des situations de violence, travail en réunion d'analyse des pratiques		

5.4 LES SOINS

THEMES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PROPOSITIONS AXES EVOLUTIONS
DROITS PARTICIPATION	Une information sur les droits est donnée via le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement lors de l'entrée sur l'établissement Des enquêtes de satisfaction sont réalisées lors de la révision du projet d'établissement et permettent de recueillir les insatisfactions et les attentes. La place de la famille est reconnue par l'établissement. La communication famille /professionnels de soin est fluide ; les informations sont données au plus tôt et les familles n'hésitent pas à appeler si quelque chose les interpelle. L'implication de la personne est recherchée par une explication et une verbalisation systématique des soins effectués. Un projet de soin est réalisé pour chaque personne	Les droits liés à la santé ne sont pas repris au cours du séjour La place de la famille au niveau des soins n'est pas formalisée dans le projet d'établissement ; Les familles ne sont pas systématiquement informées des problématiques si la personne accueillie ne rentre pas chez eux. L'intimité n'est pas toujours respectée, certains soins sont parfois réalisés sur les séjours. La transmission des informations ne respecte pas toujours les règles de confidentialité (Informations données sur les lieux collectifs sur Guilhot) Du retard a été pris dans la formalisation des projets de soins personnalisés Le projet de soin n'est pas remis lors de la validation finale du projet personnalisé Les professionnels n'utilisent pas d'outil de communication pour faciliter la compréhension des soins ou la préparation de consultations La procédure d'accès au dossier n'est pas formalisée	Proposer une information sur les droits liés à la santé dans le cadre des réunions du CVS Inscrire dans le PE la politique de travail avec les familles Mettre en place sur Guilhot des temps formalisés de liaison IDE/Equipe d'accompagnement Mettre un chariot de soin sur chaque unité sur Guilhot Réaliser systématiquement les soins en chambre lorsqu'ils sont faits sur l'unité Proposer à signature le projet de soin Former les professionnels à l'utilisation d'outil de communication (Lien plan Autisme) Formaliser la procédure d'accès au dossier de soin
PROMOTION DE LA SANTE	L'éducation à la santé est mise en œuvre sur le terrain (lutte contre la sédentarité, alimentation) et les personnes ont accès à la prévention : dépistages selon fréquence déterminée par les médecins suivi épilepsie chez un neurologue spécialisé à Toulouse ; campagnes de vaccination grippe, pneumo 23 ; Suivi dentaire : travail avec handident sur le Girbet pour limiter les anesthésies générales. Suivi annuel mis en œuvre. Convention avec un chirurgien	Pas de formation sur l'évaluation de la douleur. Pas d'outils spécifiques Manque psychiatre Pas assez de contrôles sur les problèmes de déglutition (évolution parfois rapide).	Mettre en place formation sur l'évaluation de la douleur.

	dentaire pour les interventions sous anesthésie. La prévention est inscrite dans le projet de soin personnalisé. Les professionnels de santé accompagnent les consultations.		
ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE	Des accompagnements en fin de vie peuvent être réalisés sur l'établissement qui a déjà fait appel à accord 09 avec lequel il a signé une convention	Projet non inscrit dans l'ancien projet d'établissement	Inscrire dans le nouveau projet la politique d'accompagnement en fin de vie
COHERENCE ET CONTINUITE DES SOINS	Présence des IDE tous les jours sur la MAS de Guilhot. Travail en binôme AS /AMP sur la MAS du Girbet avec une réelle collaboration IDE/AS des temps de liaison formalisés. Utilisation du logiciel médiateam pour les transmissions (dossier unique informatisé). Participation des IDE sur les temps de réunion. Les protocoles d'urgence sont disponibles ainsi que des protocoles de soin lorsque nécessaire. Diagramme de soin en place sur la MAS du Girbet Les professionnels accompagnent la personne pour les consultations, les hospitalisations et les urgences (hors nuit). Les professionnels peuvent intervenir lors des hospitalisations, notamment pour les accompagnements sur les temps de repas et des visites sont organisées. Un DLU est disponibles pour les urgences	Manque de temps IDE sur la MAS du GIRBET. Couverture insuffisante. Sur la MAS de Guillot l'infirmerie est excentrée, pas de temps de liaison formalisé avec l'équipe d'accompagnement ni de réelle collaboration IDE/AS. Déséquilibre sur les unités dans le nombre de poste AS. Les protocoles de soin de sont pas conformes ; absence de traçabilité de la distribution des médicaments. Les documents disponibles ne sont pas toujours à jour. Pas de diagramme de soin. Beaucoup d'absence des IDE sur les temps de réunion. Le dossier de soin informatisé n'est pas utilisé ; le dossier papier est mal maitrisé. Difficultés avec les urgences : temps d'attente trop long pour notre population (troubles du comportement, TSA ..) et des retour des urgences la nuit qui posent problème car pas de couverture soin. Le vieillissement de la population laisse préfigurer une augmentation de la charge en soin. Les habitudes de vie ne figurent pas dans le DLU	Interroger le taux de couverture temps IDE : Augmentation ? Astreintes ? Travailler sur la collaboration IDE / AS /AMP, redéfinir les rôles et les missions de chacun. Rééquilibrer les temps d'AS sur les unités. Mettre en place des temps de transmission IDE / Equipe le matin sur Guilhot. Améliorer les protocoles de soin (dater, signer, début, fin, pourquoi, comment) Développer l'utilisation du dossier informatisé particulièrement sur le soin. Etendre le diagramme de soin utilisé sur la MAS du GIBET à la MAS de Guilhot Mettre en place une convention avec le CHIVA surtout pour l'accueil sur les urgences. Insérer dans le DLU les habitudes de vie et le document de gestion des risques.
PARTENARIATS	L'établissement a développé de nombreux partenariats pour répondre aux besoins en soins des personnes accueillies sur les MAS : Médecins spécialistes (neurologues, déglutition, médecin physique, dermatologues …), CMP, Pédicure, …. Des conventions ont été signées avec accord 09,la HAD, une pharmacie pour la préparation des piluliers ,un chirurgien dentiste et le CHAC pour interventions dentaire	Absence de convention avec le CHIVA pour l'accueil aux urgences.. Pas d'évaluation des conventions.	Réaliser convention CHIVA Evaluer les conventions
HYGIENE	L'évaluation des risques infectieux (DARI) a été réalisé. Un plan d'action est en cours. Les		Suivre plan d'action prévention des risques infectieux

	professionnels ont été formés aux précautions standards et complémentaires. Protocole AES disponible.		

5.5 LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES ET LE PROJET PERSONNALISE

THEMES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PROPOSITIONS AXES EVOLUTIONS
LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES	L'information sur le fonctionnement de l'établissement se fait lors de l'accueil admission sur la base de documents remis (Livret d'accueil, règlement de fonctionnement) et sur les CVS qui se réunissent 3 fois par an. Les comptes rendus sont envoyés aux familles. La communication au dire des familles est « fluide ». Des supports sont mis en place (carnet de liaison) et les familles peuvent contacter facilement les professionnels par téléphone. Chaque personne accueillie a un référent. Les attentes des familles et/ou représentants légaux sont recueillies avant chaque révision des projets personnalisés et sont intégrées dans les objectifs. Le recueil de la satisfaction et des suggestions se fait lors de chaque révision de projet d'établissement tous les 5 ans. L'établissement organise 2 à 3 manifestation festive par an (Pâques, fête de la musique, Noel) Il existe un document de recueil des plaintes. Les personnes accueillies peuvent retourner dans leur famille les Week-ends et sur des périodes de vacances définies ; un prévisionnel sur 6 mois est demandé aux familles afin d'organiser les services.	L'information sur le fonctionnement date de longtemps pour certains et ce n'est pas revu lors des rencontres Pas assez d'informations sur la vie quotidienne. Absence de bilan médical annuel Les transmissions ne sont pas emmargées nominativement mais « l'équipe » Des retards d'information sont notés lors des changements de référence. Du retard a été pris dans la révision des projets personnalisé et certaines familles n'ont pas été rencontrées depuis plus d'un an. Absence de lieu convivial pour les visites des familles sur les unités et de local festif. Absence d'information sur ce document de recueil des plaintes. Les familles contactent directement le service ou la direction si mécontentement.	Faire ne communication lors de la prochaine révision des documents 2002 Mettre plus d'information sur les carnets de liaison ; Réaliser des emplois du temps individuels après chaque révision de projet Emarger nominativement les liaisons. Intégrer bilan annuel dans le PP Plan Architectural (pièce d'accueil conviviale, salle de fête)
LE PROJET PERSONNALISE	Le projet personnalisé est co-construit grâce au recueil des attentes en amont de la réalisation et d'une rencontre commune avec la famille et/ou le représentant légal pour la finalisation et la signature du projet. La personne est associée en fonction de ses compétences et peut participer à la réunion de finalisation. Les établissements utilisent une grille d'évaluation qui permet de	Du retard a été pris dans l'élaboration des projets. Les absences répétées des IDE et de la psychologue (pour des raisons de service) gêne aussi le respect des plannings d'élaboration des projets. Les projets de soins ne sont pas systématiquement remis. Les modalités d'évaluation ne sont pas définies. Le suivi n'est pas vraiment effectif.	Améliorer la participation de l'usager en développant des outils de communication (En lien avec le plan autisme). Sauf contre-indication médico psychologique, restituer systématiquement le projet à la personne accueillie.. Déterminer les modalités d'évaluation de chaque projet lors de son élaboration. Inclure dans les temps de

	repérer les besoins, les potentialités et les difficultés des personnes ; des bilans annuels sont réalisés et permettent de dégager les problématiques et de réaliser des hypothèses. Des objectifs et des moyens à mettre en œuvre sont définis Les projets sont travaillés en amont par le référent puis en équipe pluri professionnelle en réunion ou des objectifs partagés sont travaillés (soin coordonné). L'évaluation est prévue à minima 1 fois par an. Le référent suit le projet.		réunion hebdomadaire le suivi d'un ou deux projet. Remettre systématiquement le projet de soin.

6 LES GRANDS FONDEMENTS DU PROJET

6.1 LA BIENTRAITANCE

6.1.1 L'Anesm : une référence pour les établissements

Créée en 2007, l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux a pour mission principale de développer une culture de la « bientraitance » dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Pour cela, l'agence valide, actualise ou, le cas échéant, élabore des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
Ces documents sont les bases sur lesquelles les établissements s'appuient en vue d'améliorer leurs prestations ; Ce projet d'établissement a d'ailleurs été conçu et élaboré à partir de la recommandation « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ».
Les professionnels, parents et représentants légaux ont participés à son élaboration
Les autres recommandations ont été prises en compte :

- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 311-1 du CASF
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- La mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- L'expression et la participation des usagers
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : "Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté"
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : "Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs"
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : "Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement "
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent
- Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile
- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques
- Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés
- Les espaces de calme-retrait et d'apaisement
- Le guide : « Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux »

L'ensemble de ces documents est à disposition des professionnels par un travail de diffusion des synthèses et d'accès à la lecture informatiquement. Les temps de réunions et de groupes de travail sont des temps privilégiés pour présenter ces recommandations qui s'inscrivent dans la démarche d'évaluation interne mise en place par les établissements.

6.1.2 Les valeurs de l'établissement

- En référence aux valeurs associatives, le pôle des Maisons d'Accueil Spécialisées affirme son engagement autour des valeurs fondamentales.

- L'action médico-sociale menée par l'établissement tend à promouvoir l'autonomie, la prise en compte de la perte de l'autonomie, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.
- L'action médico-sociale menée par l'établissement repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux concernés par son activité, et notamment les personnes vieillissante en situation de handicap, polyhandicapées ou ayant des troubles du comportement, et sur la mise à disposition de prestation.
- L'action menée par l'établissement est conduite dans le respect de l'égale dignité de toutes les personnes avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacune d'entre elles et en leur garantissant un accès équitable.
- Cette action s'exerce dans l'intérêt général et dans le cadre de l'agrément conféré par les autorités de tutelle.
- Dans ce cadre, l'établissement s'engage à respecter les principes éthiques et déontologiques fixés :
    - par le code de l'Action Sociale et des familles
    - par la ou les chartes nationales de références

Tableau des valeurs

1 Respecter les droits fondamentaux (dignité, intégrité, vie privé, intimité, sécurité, libre choix des prestations, accompagnement individualisé, respect du consentement éclairé, confidentialité, accès à l'information, participation).	2 Reconnaître et respecter la personne dans sa singularité.
3 Favoriser la communication Prendre en compte les besoins et demandes explicites ou implicites de la personne accueillie. Prendre en compte la vie affective de la personne.	4 Favoriser l'autonomie. Développer les compétences Valoriser les potentiels. Accompagner la perte d'autonomie
5 Veiller au bien être de la personne	

6 Reconnaître la place de la famille, de l'environnement aidant de la personne accueillie, le réseau social et amical.	7 Favoriser la citoyenneté, l'ouverture vers l'extérieur et l'inclusion sociale.
8 Travailler en équipe pluri professionnelle.	
9 Dans le cadre du management : Valoriser les rôles professionnels ; Promouvoir la professionnalisation, la cohérence des pratiques et le travail en équipe ;	

6.1.3 La qualité, l'évaluation et l'amélioration continue des pratiques (politique qualité, objectifs, indicateurs, suivi, procédures d'évaluation interne, externe ……..)

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de cette évaluation doivent être communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Cette évaluation se fait en 2 parties : l'évaluation interne conduite par les établissements et l'évaluation externe conduite par un organisme extérieur habilité.

En 2001, en collaboration avec le cabinet JL JOING, l'ADAPEI 09 a construit un référentiel propre à chaque secteur qu'elle recouvrait (enfants, adultes, milieu protégé et hébergement). Ce référentiel, nommé «Qualité, Environnement, Ethique», était destiné à guider l'établissement dans la mise en place d'une démarche qualité.

Fin 2007, à l'initiative du directeur général de l'ADAPEI 09, un comité de pilotage (COPIL) a été constitué pour conduire la démarche qualité et l'évaluation interne sur l'ensemble des établissements de l'association. Ce comité présidé par le directeur général (ou son représentant), est composé des animatrices qualité de chaque établissement.

Le COPIL a alors décidé que l'outil d'évaluation interne serait créé à partir du travail déjà réalisé en 2001 en replaçant les engagements existants selon les thèmes de l'ANESM et en le mettant à jour par rapport aux lois en vigueur. Il a également déterminé la méthodologie générale pour sa mise en œuvre.

Parallèlement s'est mise en place une architecture associative permettant le pilotage et la cohérence de la démarche qualité.

Mise en place d'une architecture associative

La démarche initiée de 2001 à 2003 a impulsé la création d'un référentiel, la nomination d'un animateur qualité par établissement, et la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité. En 2003 pour certains établissements, un audit de l'avancement de la démarche a clôturé la collaboration avec le cabinet JOING.

Chaque établissement s'est approprié la démarche qualité et sa mise en œuvre différemment selon ses moyens et l'implication de la direction.

Devant l'obligation de mettre en œuvre la loi 2002-2, le directeur général, arrivé en septembre 2007, a décidé de créer un comité de pilotage (COPIL) dans le but de réaliser les évaluations et coordonner la démarche qualité associative. Son Rôle: fixer les échéances, proposer une organisation, suivre les actions.

L'existence de l'animateur qualité a été reprise et confortée notamment au travers du COPIL. Il fait le lien entre ce dernier et le groupe qualité de son établissement (ou une structure équivalente) et les groupes de travail permettant la participation de l'ensemble des professionnels.

La mise en place de l'architecture de la Démarche Qualité (Organigrammes fonctionnels de la DQ) a été effective fin 2008 et validée par le président de l'ADAPEI en janvier 2009.

La fiche de fonction « animateur qualité » a été validée par le COPIL début 2009 et validée par la direction générale en décembre 2010.

Le rôle de chaque instance (COPIL, groupe qualité et groupe de travail) a été défini parallèlement à la mise en œuvre de la démarche et validé en juin 2010.

Mise en œuvre de l'évaluation interne

- L'évaluation interne a été mise en œuvre entre 2008 et 2009. Ils ont été envoyés en avril 2010

Suite à ces évaluations internes, chaque établissement s'est engagé sur un plan d'action d'amélioration suivi par les différents groupes qualité et sur la révision des projets d'établissement.

Mise en œuvre de l'évaluation externe

Sa mise en œuvre a été pilotée au niveau associatif par le Responsable qualité ADAPEI 09 et son suivi a été réalisé par le COPIL.

- Elle s'est déroulée de septembre 2011 à décembre 2012 et les établissements suivent les préconisations qui en sont ressorties.

Sur le secteur MAS

En accord avec la politique et les engagements de l'association, les MAS ont mis en place une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des prestations ayant pour principaux objectifs :

- De respecter les droits des personnes accueillies
- D'adapter nos prestations aux besoins des personnes accueillies, aux attentes des familles et de l'entourage, ainsi qu'aux attentes sociales
- De garantir une qualité des prestations délivrées à chacune des personnes accueillies
- De garantir la sécurité des personnes
- De faire évoluer les pratiques en regard des textes de loi et au plus près des recommandations de bonnes pratiques.
- D'évaluer les pratiques et d'agir sur les éventuels écarts, incidents, dysfonctionnements pour faire progresser et rendre plus performant l'organisation et le fonctionnement
- Valoriser les rôles professionnels

Une animatrice qualité intervient sur les deux l'établissement à hauteur 0.4 ETP pour accompagner cette politique

Perspectives de travail de la démarche qualité sur les MAS sur les 5 ans à venir

OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNEL
Réorganiser le processus démarche qualité	Interventions régulières de la qualiticienne sur les temps de réunion
	Mise en place de groupes de travail sur des thèmes identifiés
	Mise en place d'une revue de direction mensuelle avec la direction de pole et les cadres intermédiaires du secteur
	Mise en place évaluation interne continue
Améliorer la gestion documentaire et les suivis projets	Mise en place du logiciel GEPI
Assurer la continuité et la cohérence de l'accompagnement	Réorganisation de l'activité sur Guilhot (AUDIT réalisé)
	Révision du projet de soin global des établissements
	Révision du projet de soin personnalisé
	Révision du livret d'accueil du nouveau salarié et du protocole d'accueil du nouveau salarié
	Conventionnement avec le secteur sanitaire
Prévenir la maltraitance et assurer la sécurité des usagers	Mise en place fiche et suivi des évènements indésirables (en replacement des fiches de dysfonctionnement, accident/ incident)
	Evaluation des risques liés à l'accompagnement généralisé et inclue dans le PP
	Poursuite du plan formation bientraitance
	Inclure les habitudes de vie dans le DLU
	Poursuite de la mise en œuvre plan d'action DARI (prévention des risques infectieux)
Adapter l'accompagnement aux besoins repérés des usagers	Projet architectural Projet TSA Vieillissement Polyhandicap Projet activité physique ADAPTE
Améliorer le respect des doits des usagers	Révision du livret d'accueil des établissements
	Réflexion sur l'intimité et la participation des usagers à leur projet personnalisé
	Réalisation d'une charte étique professionnelle
	Rédaction protocole d'accès au dossier et information par la personne accueillie et/ou son représentant légal
Améliorer la prévention des risques professionnels	Mise en place d'un suivi et d'une analyse des accidents professionnels
	Evaluation des risques psychosociaux

6.1.4 La prévention des maltraitances

- Les établissements ont signé une convention avec l'ARS et le Conseil Départemental, leur permettant d'être informés pour mieux prévenir la maltraitance.
- Afin de faciliter la remontée des informations, l'établissement dispose d'une procédure de traitement des présomptions de maltraitance informant les professionnels de leurs devoirs de signalement, de la méthodologie et des outils à leurs dispositions.
- Les professionnels suivent des cycles de formation « Bientraitance »
- D'autre part, des outils de recueil et de suivi des plaintes, des incidents et accidents ont été créés à des fins de traitement, d'analyse et de prévention.

AXES D'AMELIORATION

Le COPIL qualité associatif a élaboré une grille d'évaluation des risques de maltraitance sur la base des recommandations de l'ANESM et chaque établissement doit mener son évaluation et construire son plan d'action.

Améliorer le suivi et l'analyse des incidents (évènements indésirables)

6.1.5 L'exercice des droits des personnes

6.1.5.1 La procédure d'accueil

Avant toute admission, le postulant, ou son représentant légal, doit fournir une décision d'orientation de la CDAPH en cours de validité et justifier de sa qualité d'assuré social.

Avant l'admission, un dossier de demande de pré-admission est à remplir et comprend :

- Un questionnaire médical qui permet une première évaluation des besoins en terme de santé
- un questionnaire social relatif aux habitudes de vie et à l'autonomie de la personne à accueillir qui permet aussi une première évaluation des compétences, des risques liés à l'accompagnement (fiche risque) et de recueillir les attentes des personnes

Une fois complété, ce dossier est examiné par le médecin de la Maison d'Accueil Spécialisée, la psychologue et la responsable de service.

En cas de possibilité d'admission, une rencontre est proposée au « futur » résident, à sa famille et/ou son représentant légal ainsi qu'une visite afin de découvrir les locaux et de rencontrer les professionnels de la Maison d'Accueil Spécialisée. Les attentes et besoins sont affinés lors de cette rencontre. Un stage doit être réalisé.

Lorsqu'une place se libère, la commission d'admission se réunit afin d'étudier les demandes en attentes. Après avoir travaillé sur les besoins internes (changement de chambre, besoin de externes) Elle étudie les dossiers selon plusieurs critères (non classés par ordre d'importance, cumulatifs) :

- Ancienneté d'inscription sur la liste d'attente ;
- Caractéristique de la place disponible (Unité de vie)
- Origine géographique (Ariège) ;
- Établissement d'origine (ADAPEI 09).
- Urgence sociale, le seul critère dérogatoire.

L'admission est prononcée par la Direction de Pole

Pour l'admission, le dossier administratif et médical doivent être constitués des pièces suivantes :

- La notification d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée délivré par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- La carte vitale et l'attestation d'adhésion à une mutuelle du futur résident
- Le jugement de mesure de protection s'il y a lieu
- L'attestation d'Allocation Adulte Handicapé
- La carte d'identité ou un extrait d'acte de naissance du futur résident
- Une prescription médicale en cours

Lors de l'admission chaque bénéficiaire reçoit le livret d'accueil de l'établissement auquel sont annexés le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Il participe avec l'aide de son représentant légal si nécessaire à l'élaboration de son contrat de séjour qui doit être signé (par lui-même et / ou son représentant légal) lors de son entrée dans l'établissement et au plus tard dans les 15 jours suivant son admission.

La direction nomme un référent en concertation avec la personne accueillie l'équipe pluridisciplinaire et informe le représentant légal et/ou la famille ;
Il sera l'interlocuteur privilégié de la personne, de sa famille et plus largement de tout son environnement aidant. Il suivra plus particulièrement le projet de la personne en lien avec l'équipe pluri professionnelle et le responsable de service.

Les coordonnées de la famille et/ou du représentant légal seront transmisses à l'association.

Un bilan pluridisciplinaire sera réalisé dès l'entrée dans l'établissement et réactualisé à minima tous les ans ; il sera communiqué au représentant légal et/ou à la famille dans le respect des choix de la personne.

6.1.5.2 La contractualisation

Dans les quinze jours au plus tard qui suivent l'admission définitive dans l'établissement, une formalisation du contrat de séjour est réalisé **avec** la personne accueillie, sa famille et/ ou son représentant légal.

Ce contrat fixe les prestations auxquelles la personne accueillie peut prétendre, les demandes et attentes de la personne ainsi que les premiers objectifs de l'accompagnement sur les six mois qui vont précéder l'élaboration du projet personnalisé.

Lors de cette rencontre les droits et devoirs sont repris avec la personne accueillie sa famille et /ou le représentant légal sur la base du règlement de fonctionnement.

6.1.5.3 La personnalisation des prestations : un projet de vie personnalisé

Chaque résident est unique, ainsi, dans les limites des contraintes de la vie collective, chaque prise en charge est **Personnalisée**.
C'est le projet de vie personnalisé qui détermine les actions mises en place par l'équipe pluridisciplinaire **pour** la personne.

Dans les six mois qui suivent l'admission, l'équipe pluridisciplinaire réalise avec la participation de la personne, dans la mesure de ses capacités, un projet de vie personnalisé tenant compte de ses désirs, de ses besoins, de ses capacités. Une évaluation de ses compétence est réalisée sur la base d'un outil construit par l'établissement et qui explore les champs de la vie quotidienne, de la

vie sociale, de la vie affective, durapport au corps et à la santé et des compétences dans l'environnement.
La famille et/ou le représentant légal sont associés à l'élaboration de ce projet par le biais d'un recueil des attentes avant l'élaboration du projet et d'une rencontre de restitution où tout ajustement reste possible.
Le projet personnalisé se décline à partir des missions de l'établissement, d'objectifs personnalisés et d'actions à mettre en œuvre.
La personne accueillie, sa famille et/ou le représentant légal peuvent à tout moment demander une révision ou une modification du projet avant la date prévue
Le projet est suivi par un référent et révisé au minimum tous les ans en équipe pluridisciplinaire et chaque fois que nécessaire selon l'évolution de la personne.

6.1.5.4 La sortie et la continuité de l'accompagnement

- Pour les sorties provisoires (hospitalisations, stages, organismes de vacances ….) l'établissement fournit tous les documents nécessaires pour assurer la continuité de l'accompagnement :
    - La fiche de renseignements administratifs
    - La fiche de renseignements médicaux (triptyque) précisant les pathologies, les contre indications, les allergies, les suivis médicaux et les traitements médicaux en cours
    - La fiche de renseignements social, précisant l'autonomie et l'aide dont vous avez besoin, les habitudes de vie, les modes relationnels, les points de vigilance …
    - Le protocole d'accompagnement au quotidien
    - Et tout document demandé ….

- Pour les hospitalisations d'urgence, l'établissement dispose d'un protocole et a mis en place un dossier d'urgence contenant les éléments sus cités

- Pour les stages un professionnel accompagne la personne accueillie et maintient par la suite le lien avec le référent du stage nommé sur l'établissement d'accueil. Si l'établissement d'accueil propose une réunion bilan, il y participera également.

- Pour les sorties définitives, les réorientations par exemple, outre les documents précédemment cités, l'établissement fournira au service médical de l'établissement ou au médecin de votre choix votre dossier médical qui comprend :
    - le plan d'action médical qui précise les suivis médicaux, leur fréquence, les médecins concernés, les antécédents ;
    - Les derniers bilans médicaux annuels
    - Les suivis par pathologie
    - Les résultats des examens pratiqués (ainsi que les bilans ou radio ……)

  Il fournira également, en accord avec la personne accueillie et/ou son représentant légal, le dossier comprenant l'histoire de vie, les évaluations et projets, les comptes rendus des dernières réunions concernant la personne, ainsi qu'un compte rendu psychologique adressé au psychologue ou psychiatre de l'établissement

6.1.5.5 La participation de la personne

Une communication complexe à objectiver dans nos établissements :

La plupart des personnes que nous accueillons communique peu. La communication est essentiellement tournée vers le personnel ; entre résidents elle est rare ou bien quand elle a lieu, elle se manifeste sous formes d'incompatibilité d'humeurs ou de signes d'affection.
La compréhension des **besoins et attentes** de la personne nécessite la plupart du temps une forme d'interprétation de la part des professionnels. De plus, le vieillissement et l'évolution des pathologies complexifient cette compréhension malgré un savoir-faire des professionnels en constante progression.
Toutefois la participation reste un objectif omni présent et les professionnels tentent de la favoriser dans toutes leurs actions par la verbalisation des accompagnements, l'observation des comportements et des réactions aux stimulations. Ces observations sont ramenées en réunions d'équipe et lors des projets ; elles servent de support à l'identification des attentes et besoins et à l'élaboration du projet personnalisé. Le point de vue des familles qui ont acquis des connaissances fines des modes de communication est aussi indispensable, c'est pourquoi ils sont toujours concertés avant l'élaboration des projets.
La participation à la restitution du projet est envisagée au cas par cas en fonction des compétences et problématiques de chacun.

AXE D'AMELIORATION

Dans le cadre du plan Autisme, Réaliser les évaluations fonctionnelles, former les professionnels pour l'utilisation d'outils de communication adaptés

6.1.5.6 La gestion de paradoxes

L'article L.116-1 du CASF définit les fondements de l'action sociale et médico-sociale : « Elle tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, **l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir** les exclusions et à en **corriger les effets**. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des **membres de tous les groupes sociaux**, en particulier des personnes handicapées…
Ces principes sont en tension par exemple :
- liberté et sécurité
- protection et émancipation (autonomie)
- prévention et correction des effets de l'exclusion
- individualisation de l'accompagnement et recherche de cohésion sociale
- personnalisation de l'accompagnement et règles de vie collective

La prise de risques est inhérente à la vie en général et à la prise en charge de personnes vulnérables. Il existe une tension irréductible entre…la recherche d'autonomie par les personnes et la protection que les établissements ou services leur doivent. (Ouverture de l'établissement à et sur son environnement – ANESM – décembre 2008)
Evaluer le risque et travailler l'équilibre entre marges d'autonomie et d'incertitude est une nécessité pour que le respect des règles de sécurité en vigueur ne conduise pas à des restrictions de liberté inutiles ou injustifiées. Autant que possible, la liberté doit rester la règle et la restriction de liberté, l'exception. 'La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – ANESM – août 2008)
En outre, un principe tel que « l'égalité de traitement » ne saurait faire obstacle à la personnalisation. (Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement – ANESM – novembre 2008)

Sur les MAS les professionnels sont attentifs à l'équilibre entre protection et autonomie. Des évaluations bénéfices /risques au regard des compétences des personnes peuvent être réalisées lors des différentes réunions ; les décisions sont alors portées sur le projet personnalisé et validées par la famille et/ou son représentant légal. Pour exemple, si les différentes unités sont

sécurisées par des portails fermés au regard des nombreuses personnes qui présentent des troubles de désorientation ou qui n'ont pas conscience du danger, d'autres au regard du bénéfice / risque peuvent sortir non accompagnées sur le site (faire du vélo, aller chercher sa revue à l'administration ..)

6.1.5.7 Le respect de l'intimité, le droit à une vie affective et sexuelle

Les lois de 2002 et 2005 offrent des droits nouveaux aux personnes handicapées, notamment dans le domaine de la vie affective et sexuelle.
En effet, la loi de février 2002 invite au « respect de la dignité, de sa vie privée, de son intimité ».
La loi du 11 février 2005 précise « […] permettre que la personne vive une pleine citoyenneté, avec les mêmes droits et les mêmes devoirs » que n'importe quel individu, quelque soit le registre y compris la vie affective et sexuelle.

L'intimité des résidents est prise en compte et respectée. Chaque personne interne dispose d'une chambre individuelle.
Afin que la notion d'intimité soit éventuellement comprise par les résidents, le personnel doit les traduire par des actes concrets
En ce qui concerne les sanitaires collectifs, le personnel ferme systématiquement la porte lorsqu'un résident est aux toilettes.
En raison de leurs pathologies, certains résidents se déshabillent dans des lieux collectifs. Ils sont immédiatement installés dans leur chambre afin de préserver leur intimité jusqu'à ce qu'ils se rhabillent. Il est nécessaire de différencier ce qui relève du collectif et du privé. …….

Les MAS ne souhaitent pas que l'accompagnement à la vie affective et l'expression de la sexualité soit un sujet tabou, même si cela est complexe d'une manière générale et plus spécifiquement avec les personnes atteintes de handicap lourd.
C'est un droit clairement énoncé qui requiert l'attention aux choix de chacun dans le respect des règles de vie en collectivité. Ainsi, chaque personne peut développer une relation affective ou vivre sa sexualité, les accompagnants ayant le souci de garantir le cadre de cette expression, notamment à l'appui des réunions de projets personnalisés, des temps de réunion d'unité,.
L'équipe médicale apporte son concours le cas échéant, pour ce qui concerne l'information et la prévention des risques, en termes de rapports sexuels, de grossesse et de maladies potentielles.
Les accompagnants veillent à cette possibilité d'expression de la sexualité en prévenant les risques de culpabilisation de la part des résidents et des salariés, et également en étant attentif à toute possibilité d'abus et de non consentement de la personne ou des personnes concernées.

6.1.5.8 Le respect des rythmes

Le respect des rythmes est l'un des piliers de l'organisation des deux MAS. Le rythme de la personne est un élément pris en compte dans la constitution des unités, au-delà de l'âge ou de la pathologie.
L'organisation des plannings d'intervention des professionnels et l'organisation du travail en tient également compte :

- Nombre de personnes présentes le matin plus élevé pour répondre aux besoins des personnes dans le respect de leur rythme et pour le maintien de leur autonomie
- Petit déjeuner échelonné
- Répartition des taches avec les surveillants de nuit pour un couché également échelonné
- Propositions d'activités adaptées au rythme des personnes

6.1.5.9 L'accès au dossier par la personne accueillie

Ce droit est inscrit dans le règlement de fonctionnement et les établissements vont rédiger une procédure en lien avec le COPIL qualité associatif.
Outre les personnes accueillies, les personnes autorisées à demander la communication du dossier ou de pièces spécifiques sont :

- Le représentant légal de la personne,
- Une personne dûment et expressément mandatée par le représentant légal ayant la qualité d'avocat,
- Les ayants droits (en cas de décès de la personne).

Cet accès aux informations du dossier se réalise après une demande écrite adressée au directeur de l'établissement et :

- par consultation sur place avec la possibilité d'un accompagnement (non obligatoire)
- par demande d'envoi des documents,
- par l'intermédiaire d'un médecin

AXES D'AMELIORATION

Formaliser une procédure d'accès au dossier en lien avec le COPIL qualité associatif

6.1.5.10 Les réunions du conseil de la vie sociale

Les réunions de ce conseil ont lieu minimum trois fois par an sur convocation du président du Conseil de la Vie Sociale qui en fixe l'ordre du jour au moins 15 jours à l'avance.

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute opération intéressant le fonctionnement des MAS et notamment :

- le règlement de fonctionnement et la vie quotidienne de l'établissement,- les activités de l'établissement, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- les mesures autres, tendant à associer au fonctionnement de l'établissement les usagers, les familles et les personnels,
- l'ensemble des projets de travaux et d'équipement,
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- l'entretien des locaux,
- l'affectation des locaux collectifs,
- la fermeture totale ou partielle de l'établissement (sauf cas d'urgence),
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- les relations de coopération et d'animation développées en partenariat.

6.1.5.11 La place des familles et/ou les représentants légaux, des amis

L'accompagnement des personnes que nous accueillons repose sur une reconnaissance mutuelle des compétences des professionnels et des familles et un principe de confiance réciproque.

L'objectif de l'établissement est de travailler en complémentarité avec les familles et les représentants légaux.
Pour cela :

- l'établissement organise, dès la demande d'admission est validée, des rencontres pour recueillir leurs attentes, l'histoire de vie, leur analyse de la situation et des besoins de la personne. Les familles et / ou les représentants légaux sont ensuite sollicités tout au long du processus d'admission et associées à l'élaboration du contrat de séjour, du projet personnalisé et à son suivi.
- L'établissement fait parvenir au moins tous les ans des informations sur l'évolution de la personne accueillie (Bilan pluridisciplinaire avec le projet personnalisé).
- Des outils de communication famille établissement peuvent-être mis en place (carnet de liaison)
- Le service médical informe les familles des faits médicaux significatifs
- Une rencontre avec les familles ou les représentants légaux est prévue au minimum une fois par an et plus si nécessaire
- Les parents et/ ou représentants légaux, sont saisis de tout fait ou décisions relevant de l'autorité décisionnelle.
- Les familles sont invitées sur des journées festives ou récréatives 2 à 3 fois l'an.
- A la demande, de la personne, des familles et/ou représentants légaux, ou des professionnels des rencontres peuvent être organisées.
- Les familles ont là aussi la possibilité de demander un soutien auprès de l'établissement.
- Les parents, tuteurs ou amis peuvent effectuer des visites à leur proche dans le respect des temps d'activités ou de repos des autres personnes.
- Les familles sont destinataires d'une enquête de satisfaction lors de la révision du projet d'établissement.
- Les familles sont invitées à participer à des groupes de travail lors de la révision du projet d'établissement

L'établissement encourage le maintien ou la reprise ou la mémoire des liens affectifs si la personne le souhaite :

- visite aux parents, à la fratrie (domicile, maison de retraite, établissements spécialisés…).
- recueillement sur la tombe familiale

De façon plus formelle, les familles et/ou représentants légaux sont associés à la vie et aux orientations de l'établissement par le biais des représentants du Conseil de la vie sociale qui se réunit au moins 3 fois par an.

6.1.5.12 Le référent (Rôle, mission) et ses modalités de désignation

Définition :

Le référent est à la fois un accompagnateur et un interlocuteur privilégié du résidant et un porte-parole de l'équipe. C'est un pivot de relation, un médiateur entre le résident, la famille et l'institution et les professionnels intervenant auprès du résident.

L'organisation :

L'organisation du secteur MAS prévoit une organisation singulière des 2 services concernant la mise en œuvre de la référence des PP des résidents :

- A la MAS du Girbet, le fonctionnement prévoit que chaque projet personnalisé soit suivi par un binôme de co-référents AS/AMP, ainsi qu'un référent professionnel de nuit.

- A la MAS de Guilhot, le fonctionnement prévoit que chaque projet personnalisé soit suivi par un référent et un co-référent.

Ces fonctionnements assurent une continuité du suivi du PP même en l'absence prolongé d'un des référents.

Modalités de désignation :

La désignation des professionnels référents est à distinguer entre la MAS du Girbet et la MAS de Guilhot.

- A la MAS du Girbet, la désignation des référents est assurée par la direction en concertation avec les professionnels.

- Jusqu'à présent, à Guilhot, les professionnels « choisissaient » les personnes dont ils souhaitaient assurer la référence de projet.

Une évolution vers une désignation assurée par la direction en concertation avec l'équipe est à l'œuvre.

Rôles et missions du référent :

Le référent ou le co-référent est l'interlocuteur privilégié des parties prenantes, et veille au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions.

Le référent se réfère et en réfère à l'équipe ; il a des relations « ciblées » avec le résident, mais il ne mène pas une action personnelle; il se situe en cohérence avec l'équipe qu'il représente face à son référé et à laquelle il restitue le fruit de ses échanges et de son action.
La relation référent-référé exclut le monopole et l'exclusivité; cette relation « particulière » s'inscrit dans le cadre de l'action collective, du projet personnalisé du résidant, et du projet d'établissement.

En lien avec le responsable de service éducatif, il a le souci de la mise en place et du suivi du projet personnalisé. Il recueille l'avis approfondi des membres de l'équipe pluri professionnelle en amont de l'élaboration du PP.
Il joue le rôle de moteur, de catalyseur dans l'élaboration du projet personnalisé de la personne accueillie.

Il fait appel à toute l'équipe éducative dont le total appui et la cohérence sont indispensables pour la mise en œuvre du projet personnalisé.
C'est un "veilleur" qui "réveille" l'équipe chaque fois que nécessaire.

Il a le souci d'entretenir ou de créer des relations de qualité et des liens de partenariat avec les familles, dans le but d'assurer l'épanouissement du résidant.
Il rencontre au moins une fois par an dans le cadre de la signature du PP la famille ou le représentant légal de la personne accueillie.

La relation du professionnel référent / résident :

La qualité de la relation que le professionnel va instaurer est essentielle : elle va conditionner la qualité du travail.

Il importe de cultiver cette qualité de la relation en évitant les pièges :
- de la démagogie,
- de la surprotection,
- de la création de dépendance.

Le référent est à l'écoute du résident, disponible, attentif à ses besoins et à ses attentes.
Il est proche du résident, mais sait garder la bonne distance.
Il a un regard bienveillant sur le résidant, mais reste lucide.
Il est très respectueux de la personne, incarne des repères, mais laisse au résidant sa propre identité.

L'existence d'un référent n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui intervient autour de la personne de maintenir, sans distinction, une relation attentive et emprunte de respect avec elle.

6.1.1 L'accueil des nouveaux professionnels

L'amélioration de l'accueil du nouveau professionnel est un objectif de l'établissement en vue d'améliorer la continuité de l'accompagnement et donc de promouvoir la bientraitance

L'établissement dispose d'un livret d'accueil du nouveau salarié mais il doit être revu pour permettre à la personne de trouver les informations nécessaires à la réalisation de ses missions, de situer les attentes à son encontre et d'orienter ses actions dans le sens de la mission de l'établissement

L'intégration du nouveau professionnel doit être pensée et formalisée en instruction avec si possible « un parrainage », un temps de doublure avec des professionnels titulaires, des temps de rencontre avec La psychologue, , un(e) infirmier(e), le technicien sécurité et la qualiticienne.

AXE D'AMELIORATION
Revoir le livret d'accueil du salarié. Rédiger l'instruction.

7 LES PRESTATIONS

Les modalités et les conditions générales et particulières de fonctionnement de l'établissement et des prestations qu'il dispense sont définies dans le règlement de fonctionnement qui vous est remis à l'admission (ou à votre représentant légal) obligatoirement avec le présent contrat, et le livret d'accueil.

7.1 L'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement des personnes accueillies est la mise en place concrète d'actions visant à favoriser les capacités et les aptitudes de ces dernières. Il étaye *« la mise en action »* des axes de travail et des moyens nécessaires à l'évolution de chaque personne (définis lors du projet personnalisé).

Les professionnels peuvent se référer pour l'accompagnement de chaque usager au document « journée type», inclus dans le projet personnalisé. Ce document permet d'assurer la cohérence et la continuité de l'accompagnement tant sur l'établissement que sur une autre structure ou dans la famille.

7.1.1 Les objectifs des établissements

- ✓ Assurer la sécurité et le bien-être physique et psychique des personnes. Respecter les rythmes des personnes.

- ✓ Développer / Maintenir les acquis et accompagner la perte de l'autonomie.

- ✓ Prendre en compte l'histoire de vie de la personne, ses croyances religieuses et ses convictions personnelles.

- ✓ Favoriser l'expression des choix des personnes, leurs participations et rechercher leur consentement.

- ✓ Préserver, l'intimité de la personne quelle que soit la restriction de son autonomie.

- ✓ Valoriser le rôle social des personnes :
  - en favorisant leur relation aux autres
  - en leur permettant de participer à la vie sociale et collective de l'établissement.
  - en leur permettant de participer à une vie sociale, culturelle et sportive à l'extérieur de l'établissement.

- ✓ Favoriser l'épanouissement de la vie affective.

- ✓ Soutenir le droit des personnes accueillies dans leurs souhaits de relations (famille et proches).

- ✓ Privilégier l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie.

- ✓ Assurer la continuité de l'accompagnement

- ✓ Privilégier l'accompagnement en fin de vie sur l'établissement lorsqu'une hospitalisation n'est pas indispensable.

7.1.2 L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

Etant donné le degré de dépendance des personnes que nous accueillons, l'accompagnement des gestes et de l'autonomie du quotidien revêt une importance particulière. La réflexion autour de la prise en charge du quotidien garantit une cohérence dans l'accompagnement mis en place par chaque professionnel.

L'enjeu est de proposer à chacun un accompagnement individualisé tenant compte des capacités de l'usager, de ses besoins et de ses perspectives d'évolution. Individualiser ces temps, c'est aussi se garantir que « ces petits gestes », « ces petits riens » que contiennent les actes simples de la vie au quotidien soient le substrat indispensable, même s'il n'est pas spectaculaire, de toutes tentatives éducatives ou thérapeutiques.

7.1.2.1 Le lever

A leur arrivée, les accompagnants font la liaison avec le personnel de nuit. Ce temps est d'autant plus nécessaire, car la mise en mouvement de la M.A.S a souvent déjà débuté avant le changement d'équipe. Nous prenons en compte les besoins de chaque personne et respectons donc leur rythme de vie dans la limite du raisonnable.
Les levers sont échelonnés de 6h00 à 10h.
Les petits déjeuners sont personnalisés en fonction des goûts de chacun et des prescriptions médicales.
Il est à noter, qu'à la MAS du Girbet, le personnel de nuit peut proposer des petits déjeuners à partir de 6 heures

7.1.2.2 L'accompagnement à la toilette

Les professionnels sont attentifs à préserver les compétences des personnes et au respect :

- du rythme
- du confort (température ….)
- de l'intimité (portes fermées)
- des choix en fonction des habitudes de vie (douche, bain, tenues vestimentaires …..)
- des protocoles para médicaux s'il y a lieu.

Les professionnels peuvent se référer pour cet accompagnement au document « journée type » de la personne, inclus dans le document du projet personnalisé.
Ce temps d'accompagnement est déterminant pour le déroulement de la journée, c'est un moment privilégié d'échange et d'écoute mais aussi d'évaluation de l'état psychique et physique de la personne.

7.1.2.3 Les repas

Les temps de repas représentent un repère essentiel dans le déroulement de la journée.
Un accompagnant est toujours présent pour :

- Rappeler et être vigilant aux règles d'hygiène (lavage des mains),
- Garantir l'application des protocoles médicaux et paramédicaux alimentaires (régimes alimentaires particuliers, risques de fausse route…)
- Respecter les croyances religieuse

- Favoriser les échanges,
- Gérer les conflits s'il y a lieu,
- Travailler la dextérité, la posture,
- Faire de l'éducation sur la conduite dans la prise alimentaire, s'il y a lieu
- Apporter l'aide nécessaire à la prise de repas (aide partielle ou totale),
- Favoriser la participation à la vie du groupe

7.1.2.4 Le coucher et la nuit

Les temps de soirées s'articulent autour du rythme de chacun. Certains peuvent se coucher le repas sitôt terminé tandis que d'autres resteront éveillés plus tard : nous essayons de proposer des formules individualisées tenant compte des aspirations et des besoins de chacun (regarder télévision, profiter de la fraicheur de la terrasse extérieure en été). La notion de choix, quel que soit son mode d'expression, est prépondérante dans l'accompagnement de la personne mais toujours en adéquation avec les moyens humains disponibles.
Le relais entre les professionnels de jour et de nuit garantit la continuité de la prise en charge et du suivi de la personne au travers de temps de transmission formalisés au Girbet et en cours de formalisation à Guilhot.
Leur arrivée est un repère et sécurise les personnes accueillies. Il y a un professionnel sur chaque unité mais chacun est amené à intervenir sur l'autre unité chaque fois que cela est nécessaire (passage de relais, manipulations de certains résidants faites à deux obligatoirement).
Les premiers contacts permettent au professionnel de nuit de s'imprégner de l'ambiance, d'être informés des évènements de la journée et ainsi d'adapter son accompagnement suivant les besoins (écoute, sécurisation, gestion de conflits etc…). Le professionnel de nuit assure une continuité des soins d'accompagnement : collation, distribution des traitements, soins d'hygiène et de confort. Il assure par des rondes régulières la sécurité physique et psychique des personnes accueillies.

7.1.3 L'accompagnement par les activités

7.1.3.1 Le concept d'activités

Les activités sont un volet différent de la prise en charge des résidents dans les MAS, une autre manière de répondre aux besoins dans un autre cadre que celui de la vie quotidienne. Selon P. CHAVAROCHE, *« la vie quotidienne et les activités sont donc les infrastructures qui fondent l'édifice institutionnel chargé de la tâche complexe et vaste d'éduquer et de soigner des personnes gravement handicapées. Il est important, à nos yeux, que cette architecture soit cohérente et solide ».* C'est dans cette optique que l'ensemble des activités proposées, tous secteurs confondus, fait l'objet d'une réflexion et d'une évaluation permanente de l'ensemble des intervenants auprès des résidents.

<u>En terme d'espace</u>

Nous essayons, dans la mesure du possible, de proposer ces activités hors des espaces habituellement réservés à la vie quotidienne. La « grande dépendance » de certains résidants peut réduire, sans une vigilance régulière des accompagnants, la diversité de leur cadre de vie. Ces activités effectuées dans des espaces bien spécifiques, sont l'occasion de s'évader un temps donné du quotidien du lieu de vie.

En terme de temps

L'organisation hebdomadaire des activités et ateliers, leurs permanences mettent les résidents en capacité de mentaliser la notion de temps. A la différence du quotidien, le temps des activités est séquentiel, discontinu. Ces espaces temps réguliers doivent être repérés par les résidents. Cette nécessité nous engage dans un délai proche à proposer à chaque résident (lorsque c'est possible), un emploi du temps accessible, imagé qui sert de support et de réponse à la multitude de questions sur « l'après ».

7.1.3.2 Activités communes aux deux établissements

La balnéothérapie

Chaque établissement possède une balnéothérapie, elle est utilisée autant par les kinésithérapeutes à des fins de soins que par les éducateurs dans un objectif de bien-être.
Le bassin de balnéothérapie construit dans le bâtiment de la MAS du Girbet, permet de faciliter l'accès aux personnes les plus dépendantes (handicap et vieillissement).

- 28 résidents de la MAS de Guilhot bénéficient régulièrement de cette activité.
- 8 résidents de la MAS de Saverdun bénéficient régulièrement de cette activité.

Les objectifs de cette activité sont multiples :

- Favoriser la prise de conscience de son corps et permettre une mobilisation en apesanteur sans contrainte matérielle.
- Maintenir les acquis moteurs,
- Stimuler la personne dans toutes ses capacités pour améliorer son autonomie,
- Lutter contre la sédentarité,
- Favoriser les moments de bien-être et de détente.
- Favoriser des temps de jeux et de relaxation en groupe. (IME de St Jean)

Il est à noter que la Maison d'Accueil Spécialisée de Saverdun s'est lancée dans un partenariat pour que des structures extérieures puissent bénéficier de ce type d'installation.
Une séance commune est réalisée le lundi matin avec un groupe du FAM de Guilhot : elle permet de mutualiser les moyens en termes d'encadrement.

Un partenariat avec l'IME de St Jean nous permet de proposer l'accès à cette activité à 11 résidents de la MAS de Guilhot. Le bassin s'apparente ici à une petite piscine, équipé d'une rampe de marche et d'un accès pour les personnes à mobilité réduite.

Les transferts ou week-end à l'extérieur de l'établissement

Un transfert est réalisé par an sur chaque structure. Cette activité pourrait être développée, mais comme elle est très onéreuse, nous limitons les transferts.

Activité cuisine :

L'activité, particulièrement appréciée des résidents, a lieu sur chaque unité 1 fois par semaine à la place des repas d'Ariège Restauration qui sont systématiquement décommandés. Le premier temps est la sortie course, la préparation du repas, avec une participation même modeste des résidents et la dégustation des plats préparés.
Cette activité permet de varier les gouts et les saveurs, et l'on constate le plaisir des résidents à déguster ces plats maison.
Des apéritifs (sans alcool) sont donc organisés afin de maintenir le caractère « festif » d'un repas par semaine.

Activité marche sur site :
Une très grande majorité de résidents sont accompagnés tous les jours pour marcher sur le site Guilhot et dans le quartier du Girbet à Saverdun

Pour le groupe des fauteuils, les sorties sont faites de façon plus aléatoire et tiennent compte du rythme de chacun.

Les Objectifs restent les mêmes que les années passées :

- Développer l'activité physique pour des personnes qui ont tendance à se sédentariser
- Découvrir des milieux différents
- Sortir du cadre institutionnel, pour vivre autre chose

Les rencontres Sport Adaptés
La Fédération Sport Adapté propose et organise des rencontres inter-établissements du secteur adulte par le biais d'activités physiques et sportives adaptées. Un calendrier est donné en début d'année scolaire et présente plusieurs activités comme par exemple, parcours gymnique, piscine, randonnée, bowling, raquettes,...
29 résidents de la Mas de Guilhot sont licenciés à cette fédération et participent régulièrement à des rencontres en fonction de leurs capacités physiques et motrices.
De nombreux résidents sont licenciés à cette fédération et participent régulièrement à des rencontres en fonction de leurs capacités physiques et motrices.

Les objectifs principaux de ces rencontres sont les suivants :

- Découvrir de nouvelles activités et s'adapter à un nouvel environnement,
- Favoriser la socialisation et permettre les échanges avec autrui,
- Stimuler la personne à travers toutes ses possibilités,
- Prendre du plaisir à travers le mouvement,...

Ces rencontres sont très riches pour tous les participants et sont sources de moments de plaisir et de sourire partagé. Il est nécessaire de les continuer.

7.1.3.3 Activités spécifiques à la MAS de Guilhot

L'approche du cheval ou le premier contact avec l'animal :
L'équithérapeute, appréhende depuis peu ce qu'est l'accompagnement d'une population en grande dépendance aux côtés des chevaux. A ce titre, elle a revu avec la direction de la M.A.S. sa fiche de poste, afin d'offrir des temps de loisirs collectifs sur l'approche du cheval sous forme d'animation plus que d'activités thérapeutiques. Les chevaux viennent plusieurs fois par semaine sur les pelouses des unités à la rencontre des résidents.
Par ailleurs, un atelier d'équithérapie montée est à l'œuvre depuis quelques mois, encadré par une AMP titulaire d'un brevet d'accompagnatrice de tourisme équestre et l'équithérapeute. Plusieurs types de mise à cheval sont à l'œuvre comme la monte à cru, avec surfaix, selle classique ou américaine.
Il concerne à ce jour 5 résidents et pourraient être étendu en fonction des souhaits et des possibilités des résidents.

4 professionnels de la MAS ont participé en juin à une journée porte ouverte équithérapie à Seysse (31). Cette journée a permis des rencontres et des temps de partages des expériences avec des professionnels de l'équitation mais également des ergothérapeutes et kiné.

L'activité piscine

Tous les 15 jours, la piscine municipale de Saverdun nous propose un créneau d'une heure pour profiter du complexe aquatique.
Les objectifs de cette activité sont les mêmes que ceux de l'activité balnéo : Favoriser la prise de conscience de son corps, aider à maintenir les capacités motrices du résident, lutter contre la sédentarité et favoriser les moments de bien-être et de détente.

Journée à Thème

Tous les 2 mois, l'unité du Montcalm propose une sortie sur la journée à 4 résidents.
L'objectif est de participer à la vie de la cité en utilisant les infrastructures mises à disposition des citoyens : utilisation des transports en commun (métro/train /bateau), visite de lieux nouveaux pour les résidents (aéroport/zoo/marché de Noël), restaurant.
Cette sortie est un moment de plaisir, de découverte, de partage pour chacun des participants. Elle permet un temps en petit groupe, à l'extérieur du lieu de vie.

L'activité Bowling/ Restaurant.

L'activité se déroule au bowling restaurant de Pamiers. Elle concerne plus de 20 résidents des 4 unités.
Le bowling permet de développer l'activité sportive de manière ludique. Par ailleurs, l'activité permet un travail de socialisation dès l'instant où elle se déroule dans un lieu public.
A l'issue de l'activité, les résidents mangent au restaurant.

Activité Ski Fauteuil

34 résidents pourraient être concernés par cette activité de pleine nature, forte en émotion et en sensation.
Deux professionnels de la MAS ont suivi la formation de pilote et peuvent ainsi proposer des descentes de pistes aux résidents, installés en toute sécurité sur un siège fixé sur des skis.
Le matériel est mis gratuitement à disposition des professionnels.

Activité Gouter à la ferme

2 fois par mois, un groupe de résidents se rend dans une ferme ariègeoise pour favoriser le contact avec des animaux, la découverte de lieux différents, l'activité physique.
Cette sortie est toujours accompagnée de la prise d'un gouter à l'issue de la visite ou de l'achat de produits confectionnés sur la ferme et qui pourront être dégustés sur l'unité.
Cette activité peut être proposée à un grand nombre de résidants de la MAS de Guilhot ;

Projet d'activité autour de la médiation animale

Un travail autour de la médiation animale est en train d'être initié par un groupe de professionnels sensibles aux bienfaits de la relation avec l'animal.
Plusieurs pistes sont à l'œuvre aujourd'hui, tant au sein de l'établissement (la MAS a un chat, activités avec les chevaux, présence du chien d'une professionnelle de manière ponctuelle), qu'à l'extérieur : activité un gouter à la ferme, visite de parcs , zoo, salon des oiseaux, etc.
Un projet doit être formalisé dans les prochains mois afin de définir des objectifs et moyens précis.

7.1.3.4 Activités spécifique à la MAS de Saverdun

Activité piscine

Les objectifs de cette activité sont multiples notamment, permettre d'évoluer dans le milieu aquatique en mettant en œuvre des déplacements moteurs adaptés, proposer des moments de détente et d'épanouissement personnel, créer une rupture avec la vie en collectivité.

Nous bénéficions d'un créneau horaire (le jeudi matin) à la piscine du FAM du Carla Bayle (APAJH) qui est parfaitement adaptée aux capacités et aux besoins des usagers accueillis à la MAS du Girbet.
L'activité piscine concerne 9 résidents qui participent à une séance collective (groupe de 3 personnes) sur un cycle de 3 semaines, accompagnés par 2 professionnels, dont l'éducatrice sportive (sa présence est indispensable car elle est la seule professionnelle habilitée à la surveillance d'un bassin).

En complément, le mardi matin, les résidents les plus autonomes (groupe de 2 ou 3) vont se baigner à la piscine municipale de Saverdun, accompagnés par 2 éducateurs.
Cette séance permet de stimuler au mieux les personnes à se déplacer dans l'eau de façon autonome (essentiellement, le maintien de la nage).
Tous ces accompagnements sont essentiels et doivent être conservés dans le but de favoriser le bien-être de chacun, maintenir les acquis moteurs, et de continuer à lutter contre la sédentarité et le vieillissement.

Activité Art plastique

Au cours de l'année 24 séances ont pu être proposées.
8 des résidants de la MAS ont été accueillis sur ce temps d'activité de façon régulière (plus de 13 fois). 9 autres sont venus moins régulièrement mais ont quand profité ponctuellement de l'activité en y participant de façon active ou en observant les autres (de 1 à 11 fois).
Suivant les personnes, les objectifs et l'intérêt que suscite cette activité sont différents.
Pour certains il s'agit d'une véritable mise en action autour de la réalisation d'un dessin, une peinture ou autres œuvres…
Pour d'autres, il s'agit aussi d'un lieu d'animation ou certains viennent, pendant un temps ou sur toute la séance, observer les autres, profiter de ce moment.
Cette activité continue à être appréciée par les résidents qui y participent.
Des créations personnelles sont faites à l'aide de différents supports et techniques (peinture, collages, découpages…). Les résidents semblent prendre plaisir à pouvoir faire par eux-mêmes. Suivant les cas les œuvres sont ou exposées sur le pôle activité ou récupérés par le résident.
Des travaux en collectif ont été proposés (papier mâché, papier collé, peinture).Cela demande aux personnes autour de la table d'être en capacité d'accepter la présence de l'autre sur une même réalisation, d'attendre son tour.

Activité snoezelen ou multi sensoriel

10 personnes bénéficient régulièrement de cette activité
Cette activité permet d'avoir une meilleure perception de soi et de son corps par l'exploitation sensori-motrice ; elle contribue au bien être, à la détente et au relâchement.
Elle favorise également la rencontre et la réciprocité avec l'autre.
L'utilisation de la salle Snoezelen de la maison de retraite de Saverdun étant compliquée et un changement de salle à l'intérieur de l'établissement n'étant pas souhaitable, une réflexion de réaménagement de l'espace est engagée afin que les personnes polyhandicapées puissent profiter de cette activité.

Equicie

Cette nouvelle activité est mise en place depuis janvier 2016. Elle concerne 6 résidants (séances le vendredi après-midi au centre équestre de Miremont avec un groupe de 2 résidants sur un cycle de 3 semaines) ; Cette activité a pour but d'aider la personne à se détendre, à un mieux-être, à entrer en relation avec l'autre à travers le médiateur qui est le cheval.

Musicothérapie

Les objectifs visés sont en lien avec ceux du projet de l'établissement :

- stimuler la sensorialité, encourager le plaisir de produire du son, de recevoir des vibrations, d'écouter, de découvrir diverses sonorités,
- amener un travail sur l'enveloppe sonore permettant à la personne de créer ou de recréer son image d'elle, son estime d'elle et de se positionner en tant qu'individu,
- développer la motricité par la mise en jeu du geste sonore, musical,
- solliciter, soutenir, préserver les fonctions cognitives,
- favoriser et soutenir l'expression et la communication du sujet,
- permettre une prise de confiance en soi dans une pratique créative (cf. estime de soi),
- favoriser des échanges, des interactions, une communication avec l'autre (participer à un échange, trouver et prendre sa place, prendre en compte l'autre).

Les séances de musicothérapie se déroulent les lundis (matinées). Il s'agit de prises en charge individuelles. La durée d'une séance oscille entre 15 à 30 minutes, en fonction de la disponibilité du résident, au moment.

Activité motrice et parcours moteur

Cette activité a lieu en extérieur, suivant la météo une fois par semaine. Elle concerne une douzaine de participants

Ses objectifs sont :

- Développer le potentiel physique des personnes ;
- aider à une meilleure autonomie dans les déplacements ;
- travailler l'équilibre et la coordination ;
- élargir sa connaissance du corps ;
- soutenir et accroître la compréhension, l'attention, l'épanouissement personnel.

Depuis novembre 2015 nous avons la possibilité de profiter de la salle multi activités du Foyer de Monié (le jeudi après-midi avec accord renouvelé au trimestre). Cette salle étant totalement adaptée avec du matériel mis à disposition. Elle est investit par un petit groupe de 3 résidents (groupe différent sur le roulement de 3 semaines) durant les périodes d'automne, d'hiver et de trop forte chaleur ce qui permet de pérenniser l'activité sur l'année et ainsi travailler un peu plus les potentiels physiques des personnes concernées.

7.1.3.5 Les activités : en résumé…

La MAS est un lieu dynamique qui offre aux résidents de nouveaux horizons. L'équipe met en place différentes activités en fonction des besoins, des capacités et des goûts des résidents Ces activités représentent le support de l'action éducative et thérapeutique. Elles sont proposées en lien avec le projet individuel de la personne. Nous pouvons les classer en 4 grands groupes : les accompagnements individuels, les activités physiques, les activités à visée éducative et les activités de loisir.

Accompagnement individuel - Socialisation	Office religieux Coiffeur Course Café Restaurant
Activités physiques	Randonnée Marche quotidienne Piscine Activité motrice Balnéothérapie Tricycle Rencontre sport adapté Equitation Relaxation et stimulation des sens (activité multi-sensorielle)
Activités à visée éducative	Activités manuelles Cuisine
Activités de loisirs	Spectacle/concert Visites diverses Animations proposées par la Cité (fêtes…) Jeux éducatifs Cinéma

L'établissement valorise le rôle social des personnes en leur permettant de participer à une vie sociale, culturelle et sportive à l'extérieur de l'établissement au travers de certaines activités ciblées .

7.1.4 Les accompagnements dans les soins

Les soins s'organisent dans le cadre de l'accompagnement personnalisé du résident accueilli sur le pôle Maison d'Accueil Spécialisée.
L'objectif du projet de soins, est de définir une organisation visant à mettre en œuvre la politique de soins en adéquation avec les besoins des usagers, de leurs proches et les moyens existants ou nécessaires.
Il nécessite la mise en place d'outils et des descriptions de procédures afin de respecter au mieux les textes et recommandations des bonnes pratiques en vigueur.
Cette démarche s'inscrit dans un souci de qualité des soins en assurant une continuité des soins dans le quotidien du résident en veillant au respect des prescriptions médicales et de leur application, en développant les soins relevant du rôle propre de l'équipe infirmière mais également des soins qui peuvent être délégués dans le cadre du rôle propre et dans la limite des compétences de tous les professionnels intervenant auprès des résidents.
Le projet de soins est le fil conducteur du processus de soins orchestrant la collaboration des tous les professionnels du pôle MAS se situent dans le « prendre soin » entre sollicitude, bienveillance et accompagnement.

En lien étroit avec le projet médical et le projet social, le projet de soins est une composante du projet d'établissement. Il s'associe au projet médical pour satisfaire les besoins de santé des

résidents. Il s'inscrit dans les grandes orientations stratégiques de la MAS. Il a pour finalité l'amélioration constante de la qualité de la prise en charge des résidents.
Sur prescription du médecin traitant, des RDV médicaux, spécialistes sont pris régulièrement à l'extérieur de l'établissement (CMP, Dentiste, Neurologue, etc) .

L'accompagnement de la souffrance psychique ainsi que sa prévention suppose l'implication de tous les professionnels (soignants et éducatif) et s'envisage avec des entretiens individuels (psychologue à Guilhot) et/ou des RDV psychiatres libéraux ou CMP. Un partenariat non formalisé avec le CMP de Pamiers est à l'œuvre .

7.1.4.1 Les objectifs

- veiller à la santé physique et psychique de la personne et apporter des soins adaptés aux différentes pathologies et aux situations de mal-être de la personne.
- rechercher le consentement éclairé de la personne et sa participation aux soins.
- proposer des actions préventives individuelles et/ou collectives,
- travailler en partenariat avec l'équipe pluri professionnelle, avec les aidants familiaux, les représentants légaux et tous les professionnels et services de santé du territoire,
- favoriser l'épanouissement de la vie affective de la personne.
- assurer la continuité des soins
- lutter contre la douleur
- proposer des soins palliatifs
- Assurer la sécurité du circuit du médicament

Les personnes accueillies sur l'établissement nécessitent toutes un accompagnement aux soins

Le service para médical met en œuvre des actions d'accompagnement personnalisées dans le respect des droits de la personne.

Pour apporter des réponses adaptées à l'état de santé de la personne, il est nécessaire d'avoir connaissance de son parcours de santé (histoire de vie, antécédents personnels et familiaux, habitudes de vie, vécu, environnement, pathologie présentée, thérapeutique….).

Pour cela, dès l'accueil, un recueil de données est réalisé et étayé au fil des relations avec la personne accueillie et des interventions de soins. Il prend en considération les trois dimensions, biologique, psychique et sociale de la personne.

Un projet de soin personnalise ainsi qu'un projet de soin coordonné (actions mises en œuvres par les différents intervenants) est réalisé et révisé chaque année et plus si nécessaire selon l'état de santé et l'évolution de la personne.

Le plan d'action de soin ainsi que les fiches médicales (DLU) permettent d'autre part d'assurer la continuité du soin sur l'établissement et à l'extérieur (dans le cadre de séjour vacances, d'hospitalisation…).

Le handicap mental génère entre autres des déficiences du langage, de l'expression, de la conscience de soi.

Les professionnels de soins doivent donc être particulièrement vigilants à tous les signes montrant un risque de problématiques de santé.

L'observation, l'écoute des personnes et la transmission des autres professionnels permettent d'apporter des éléments d'évaluation et donner des réponses adaptées.

7.1.4.2 L'information, le consentement et la participation

Toutes les démarches de soins impliquent automatiquement **l'information** et **le consentement** de la personne et la recherche de sa **participation** active.

Toutes les démarches de soins sont préalablement annoncées et expliquées aux personnes en tenant compte de leur état psychique et de leur compréhension.

Le personnel soignant est tout autant vigilant à ce qui se dit qu'à la façon de l'exprimer : l'expression non verbale est ce que donne à voir la personne, son comportement, son attitude. Les outils du professionnel sont l'observation**,** l'écoute et la reformulation afin de réajuster la compréhension de la personne. Des outils de communication peuvent être utilisés mais ne sont pas développés sur les établissements.

Dispenser des soins demande une **qualité de relation.** Cette qualité repose sur 2 notions essentielles : **la confiance et la communication**.

C'est une relation de confiance entre soigné et soignant qui va permettre de répondre aux objectifs de soin. Cette confiance ne va pas d'elle-même et demande un travail parfois de longue haleine pour sécuriser la personne, dissiper ses peurs et lui permettre ainsi d'être actrice.

Cet accompagnement demande une proximité relationnelle quotidienne des soignants auprès des personnes accueillies et requiert une aide interprofessionnelle pour sa mise en place.

7.1.4.3 Le partenariat

- *avec les familles*

La qualité des soins passe aussi par un travail en partenariat avec les familles.

Une collaboration réciproque parents- professionnels est nécessaire à la qualité, l'efficience et la continuité du soin.

Les professionnels de soins sont toujours vigilants à communiquer, informer, être à l'écoute des familles.

- *avec l'équipe pluri-professionnelle*

Chaque professionnel avec sa spécificité, est impliqué dans la continuité des soins.

Pour cela, les soignants sont vigilants à transmettre les informations nécessaires à l'accompagnement des personnes accueillies. Ils participent aux réunions avec les autres professionnels, échangent sur les situations afin d'avoir une compréhension partagée.

- *avec la médecine de ville*

Les professionnels travaillent régulièrement avec les services médicaux et para médicaux extérieurs (médecin généraliste – médecins spécialistes - médecins psychiatres – services hospitaliers régionaux - orthophoniste - orthoptiste – ostéopathe – pharmacie – laboratoires …) afin de répondre aux besoins des personnes accueillies sur l'établissement.

Des conventions sont passées avec les services hospitaliers en périodes de crises épidémiologiques ou climatiques (canicule) mais aussi avec ceux du secteur psychiatrique.

- *avec les représentants légaux*

Ils sont régulièrement informés de l'état de santé de la personne et consultés pour les actes relevant de leurs attributions juridiques de tuteurs.

7.1.4.4 Les soins psychiques

La Mas, par son équipement et les compétences de son personnel, est destinée à accueillir des personnes adultes atteintes d'un handicap grave à expression multiple avec déficience motrice et/ou mentale sévère ou profonde. Ce type d'handicap entraine une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression, de communication et de relation.
Ces résidents de MAS ont donc besoin d'un accompagnement constant pour tous les actes de la vie quotidienne, qui est assuré par une équipe pluridisciplinaire travaillant autour de la personne handicapée et de son projet individuel.
C'est dans ce contexte de pluridisciplinarité que s'inscrit le psychologue clinicien qui aura pour mission :

1- Etre à l'écoute des problématiques de la personne accueillie et favoriser son mieux être, quelque soit son mode de communication. Pour cela, le psychologue dispose de divers moyens :
- l'observation du résident dans sa vie quotidienne,
- les échanges avec l'équipe sont prépondérants car les personnels qui sont au quotidien auprès du résident, ont une observation, un ressenti, une analyse dont il faut tenir compte.
- l'entretien individuel est aussi une possibilité d'intervention, mais il reste limité compte tenu de l'handicap et de la fragilité psychologique du résident en MAS (le langage est limité, rudimentaire ou inexistant) Il faut également noter que pour ceux qui peuvent s'exprimer, le déficit intellectuel et les troubles associés, demeurent importants et l'entretien individuel devra alors s'adapter aux difficultés de chacun (entretien semi directif, questions fermées, durée limitée lieu sécurisant…).

2- Etre à l'écoute des personnels dans l'exercice de leurs taches : le psychologue apporte sa spécificité et son approche théorique à une meilleure connaissance de la personnalité de chaque adulte afin d'étudier, de mettre en place et d'accompagner avec l'équipe, les attitudes éducative et thérapeutique adéquates. Il intervient auprès des équipes, par son soutien et son écoute notamment dans les situations difficiles (passage à l'acte, vieillissement, décompensation, perte des acquis, accompagnement fin de vie, décès…).

3- Etre à l'écoute des familles car le résident se situe dans un contexte social et s'insère dans une histoire familiale ; la globalité de l'accompagnement induit un versant familial.

4- Le psychologue s'inscrit au sein d'une équipe pluridisciplinaire : il participe à toutes les réflexions d'équipe concernant l'accompagnement éducatif et thérapeutique du résident. Il a une fonction d'évaluation (bilan psychologique) psychopédagogique (ateliers spécifiques) thérapeutique et d'animation (réunions à thème : analyse de pratique, étude de cas, synthèses…).

7.1.4.5 L'accompagnement aux soins de rééducation physiques

Les rééducations kinési thérapeutiques ont pour objectifs de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et de travailler à leur maintien et y suppléer lorsqu'elles sont altérées (aménagements ergonomiques, orthèses, aides aux déplacements….)

Le kinésithérapeute travaille sur prescription médicale, mais c'est lui qui va établir son diagnostic kinésithérapique, choisir les actes, les techniques et les moyens qui lui paraissent les plus appropriés, en tenant toujours compte des caractéristiques psychologiques des personnes accueillies.

Dans le cadre de sa mission, il effectue des bilans et des évaluations utiles à la surveillance des traitements mis en œuvre et à leur réadaptation si nécessaire.

Au sein du des établissements, on peut rencontrer toutes formes de rééducations, qu'elles soient thérapeutiques ou préventive :

- des traitements au long cours pour des pathologies affectant l'appareil locomoteur (neurologiques, orthopédiques et musculaires) et pour des pathologies respiratoire. Ces pathologies sont invalidantes, évolutives et dégénératives.

- des prises en charges préventives plus axée sur une rééducation neuro musculaire, préventive et/ou correctrice.

7.1.4.6 L'évaluation et la prise en charge de la douleur

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) la douleur doit être évaluée et traitée immédiatement par la recherche de la cause et l'utilisation immédiate de traitements antalgiques.

L'OMS préconise aussi un moyen d'évaluation de la douleur dans chaque dossier de patient ou résident.

Il est difficile d'évaluer la douleur lorsqu'il y a peu ou pas d'échange verbal ou des troubles cognitifs importants. Cependant, la douleur existe, elle est là, mais où ? Comment l'interpréter quand l'interprétation est différente d'un soignant à l'autre ? Soulager la douleur peut-il cacher un autre problème ?

Une grande partie des professionnels et un médecin qui intervient sur les MAS ont été formés à l'évaluation de la douleur chez les personnes lourdement handicapées avec des outils adaptés. Une évaluation initiale pour chaque personne à été réalisée et sert d'étalonnage pour déceler si la personne présente a un moment donné des signes de douleur.

7.1.4.7 L'accompagnement de fin de vie

Lorsqu'une personne accueillie présente un état de santé délétère et que le maintien sur son lieu de vie a été validé par le médecin de la structure, l'établissement organise l'accompagnement pour assurer les soins palliatifs et/ou l'accompagnement en fin de vie. Permettre à la personne, dans ces moments là, de rester le plus longtemps possible dans son environnement, de maintenir ses liens amicaux, familiaux, et avec les professionnels, est un des objectifs de l'établissement.

Une convention a été passée avec l'Association ACCORD09 pour nous aider le cas échéant. L'établissement propose des formations sur les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie à destination des professionnels.

7.1.4.8 La prévention des risques infectieux

Une évaluation des risques infectieux a été réalisée sur les établissements donnant lieu à un plan d'action. Cette analyse concerne différents domaines: soins, environnement, fonctionnement, entretien des locaux ……

7.1.4.9 Tableau récapitulatif

OBJECTIFS	MOYENS MIS EN OEUVRE
veiller à la santé physique et psychique de la personne et **apporter des soins adaptés aux différentes pathologies et aux situations de mal-être de la personne.**	Questionnaire médical lors de la demande d'admission Bilan médical lors de l'admission Ressources humaines : Médecin IDE, AS, AMP , Psycho, Kiné Binome AS AMP sur saverdun Visite du médecin Généraliste Visites médecin physique Visite chirurgien dentaire Visite Dermatologue sur Guilhot Visite pédicure Présence des infirmières tous les jours sur Guilhot Fiches de suivi (selle, poids, diagramme de soin sur Saverdun) Observations journalières, transmissions informatique et orales Réunion hebdomadaire pluri professionnelles Temps de liaison formalisés sur Saverdun Protocoles de soin Protocoles d'urgence Un IDE référent par unité sur guilhot, Une IDE référente sur Saverdun pour les deux unités. Convention HAD
Individualiser les soins	Plan d'action individuel de soin Projet soin coordonné Protocole d'accompagnement au quotidien (journée type)
Prévenir la douleur	Formation des professionnels Utilisation d'une grille d'évaluation (San Salvadour)
Rechercher le consentement éclairé de la personne et sa participation aux soins.	Information IDE, Verbalisation des soins Report de soin
proposer des actions préventives individuelles et/ou collectives,	Prévention des maladies cardio vasculaire : lutte contre la sédentarité, alimentation Prévention du capital moteur : Marche, rééducation Kiné, verticalisations Hygiène bucco dentaire : lavage des dents, visite dentiste, conventions Chirurgien dentaire CHAC (Guilhot) consultation dentiste MEOPA, Hypnose sur saverdun Plan d'action individuel de soin : Suivi des pathologies et prévention (visites annuelles ou selon la fréquence indiquée par les médecins généralistes ou les spécialistes) Suivi vaccinations /Campagne vaccination antigrippale annuelle
travailler en partenariat avec l'équipe pluri professionnelle, avec les aidants familiaux, les représentants légaux et tous les professionnels et services de santé du territoire,	Projet de soin coordonné Collaboration IDE / AS / AMP Transmissions Participation aux réunions Protocoles de soins élaborés Carnet de liaison avec les familles Information des familles et/ou représentants légaux Accompagnement chez les médecins spécialistes Convention CHIVA / CHAC (Canicule, grand froid, dentaire)
favoriser l'épanouissement de la vie affective de la personne.	Prise en compte de la vie affective et sexuelle Veille au consentement mutuel
assurer la continuité des soins	Dossier de soin. Fiche de liaison d'urgence (DLU). Accompagnement médicaux ou urgence. Projet de soin personnalisé
Assurer la sécurité du circuit du médicament	Convention pharmacie Procédures distribution Traçabilité Suivi des évènements indésirables
Prévenir les risques infectieux	Plan d'action DARI Formation des professionnels (précautions standards et complémentaires)
Accompagner la fin de vie	Formation des professionnels /Convention ACCORD 09 et HAD

7.1.5 La sécurité des personnes

7.1.5.1 La Vérifications périodiques des installations et équipements

- Les dispositifs de sécurité tels que les alarmes, les éclairages de sécurité, le système de sécurité incendie, les extincteurs ainsi que les installations fonctionnant au gaz et les appareils de levage, manutention, font l'objet de contrats de maintenance et de vérifications périodiques.

- L'établissement reçoit, conformément à la loi, la visite régulière de la Commission de sécurité et subit les divers contrôles de maintenance et de sécurité.

- Un technicien interne assure l'entretien et la coordination de l'ensemble en lien avec la direction.

7.1.5.2 La Sécurité incendie

- Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés conformément aux textes.

- Des protocoles complétés par des fiches techniques regroupent toutes les informations nécessaires à l'intervention et l'évacuation en cas d'incendie.

- Des plans d'évacuation sont affichés dans tous les locaux et un point de rassemblement est identifié et connu de tous à l'extérieur des locaux.

- Afin d'une part, de familiariser le personnel à la mise en œuvre des consignes et procédures mises en place et d'autre part, de tester le bon fonctionnement des installations techniques et dispositifs de sécurité existants, des formations de sécurité incendie sont organisés régulièrement avec un intervenant interne.

- Les professionnels sont formés à l'utilisation des extincteurs

7.1.5.3 La Sécurité des soins et du circuit du médicament

- La tenue du dossier : architecture définie, passage au dossier informatisé.

- Une convention est signée avec une pharmacie qui prépare les piluliers (Plaquettes individuelles, datées, séquencées matin, midi, soir, couché …..).

- Sécurisation de la préparation des piluliers: les infirmiers procèdent au contrôle des piluliers (principe double vérification), et les repartissent sur les unités.

- Sécurisation de l'accès aux médicaments : sur l'infirmerie, les médicaments sont stockés dans une pièce dédiée fermant à clé et des armoires sécurisées ; Les médicaments stupéfiants sont conservés dans un dispositif de rangement séparé et fermé à clé après chaque utilisation.
  Sur les unités les piluliers sont dans un chariot fermant à clé stocké dans le bureau des accompagnants

- Sécurisation de l'administration des médicaments:

- identification des risques,
- sensibilisation des professionnels,
- identification des piluliers,
- Les professionnels se réfèrent à un classeur de prescriptions individuelles avec photo de la personne pour l'aide à la prise des médicaments..
- Un protocole de distribution des médicaments est rédigé,
- traçabilité de l'administration,
- CAT en cas d'erreur incluse dans le protocole de distribution des médicaments
- Signalement et traitement des erreurs
- L'accès aux médicaments est sécurisé

- Lutte contre les risques infectieux (DARI) : l'établissement a réalisé une évaluation des risques infectieux et poursuit sur 5 ans son plan d'action de gestion des risques

7.1.5.4 La Gestion des risques liés aux situations d'urgence

- Les établissements disposent d'un matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé (défibrillateur et BAVU).

- Des protocoles d'urgence ont été établis (Incendie / évacuation, crise d'épilepsie, hospitalisation, disparition d'une personne accueillie, décès, astreinte cadre)

- Les professionnels sont formés aux premiers secours et à utilisation du défibrillateur/SSST

- Présence IDE tous les jours sur Guilhot

- Un dossier de liaison d'urgence (DLU) est disponible sur les unités

- Des astreintes direction sont mises en place (soirées à partir de 17h, nuits, week-end et jours fériés)

AXES D'AMELIORATION

Passer une convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes

7.1.5.5 La Sécurité de l'accompagnement

- Identification des risques liés aux pathologies et handicap : l'établissement a identifié les différents risques qui sont récences dès l'entrée sur l'établissement (questionnaire social fiche de risque) ces risques sont inscrits dans la journée type

AXES D'AMELIORATION

Inclure cette fiche de risque dans le document projet personnalisé

- Liberté d'aller et venir : de par la problématique des personnes accueillies sur nos établissements, les espaces extérieurs sont sécurisés et l'accès aux cuisines ne se fait qu'avec un accompagnant. Les déplacements en autonomie sur le site sont validés en équipe et inscrits dans le projet personnalisé validé par le représentant légal
  L'accès aux produits toxiques est sécurisé : local fermant à clé dans un autre bâtiment.

- Accompagnements extérieurs : le taux d'encadrement est évalué en fonction des problématiques des personnes accueillies. Un ordre de mission est systématiquement validé par la direction.

- Taux minimal d'encadrement: un taux minimal de professionnel titulaire de 1 par unité et par séquence d'accompagnement est arrêté.

7.1.5.6 La Gestion des risques liés aux évènements climatiques et défaillance du réseau d'énergie

- Des plan bleus sont élaborés pour assurer la sécurité des personnes accueillies et la continuité de l'activité dans le cadre de la survenu d'une période de canicule ou de grand froid.
  Le plan grand froid inclus le risque d'épidémie grippale.
  Des conventions avec le secteur hospitalier (CHIVA) sont établies chaque année.
  Une sensibilisation des professionnels est également réalisée chaque année.
  L'établissement dispose de salles climatisées

- Les établissements ont rédigés un DARDE (Document d'analyse des risques de défaillance énergétique) et se sont dotés de groupes électrogènes pour pallier à ce risque. La maintenance de ces groupes est définie.

7.1.5.7 La sécurité des informations

- Chaque professionnel interne est lié par son contrat de travail par une clause de discrétion professionnelle concernant les actes, les observations et les informations dont il a une connaissance.
  Les professionnels extérieurs à l'établissement sont soumis à leur code déontologique.

- L'accès au dossier informatisé se fait par le biais d'un identifiant et d'un mot de passe attribué à chaque professionnel par la Direction. La Direction détermine également les droits d'accès aux différentes composantes du dossier informatisé en fonction de la catégorie professionnelle de chaque salarié. Ce droit d'accès détermine également les droits en lecture et en écriture.

7.1.5.8 Le dispositif de lutte contre les maltraitances

- Les établissements ont signé une convention avec l'ARS et le conseil général, leur permettant d'être informés pour mieux prévenir la maltraitance.

- Afin de faciliter la remontée des informations, l'établissement dispose d'une procédure de traitement des présomptions de maltraitance informant les professionnels de leurs devoirs de signalement, de la méthodologie et des outils à leurs dispositions.
- Les professionnels suivent des cycles de formation « Bientraitance »
- D'autre part, des outils de recueil et de suivi des plaintes, des incidents et accidents ont été créés à des fins de traitement, d'analyse et de prévention.

7.1.5.9 La sécurité des professionnels

- L'analyse des risques professionnels est formalisée dans le DUERP
- Au regard des accidents de travails et d'un nombre significatif d'apparition de troubles musculo- squelettiques chez les professionnel l'établissement a formé un « Formateur PRAP2S » qui analyse les accidents de travail, les situations à risque et forme les professionnels pour diminuer les risques.

7.1.5.10 Le recueil des incidents et des événements indésirables

- L'établissement a mis en place un recueil des incidents, accident et dysfonctionnement.
- Convention ARS signalement : toute situation affectant l'organisation du système de soins et les dysfonctionnements observés dans l'établissement, menaçant ou compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure font l'objet d'un signalement auprès de l'ARS

AXE D'AMELIORATION
Simplifier le dispositif et mettre en place un recueil et une analyse des évènements indésirables

7.1.5.11 Le recueil de la satisfaction / doléances plaintes

- Une enquête de satisfaction est réalisée lors de la révision des projets d'établissement
- Un document de recueil des plaintes est formalisé

AXE D'AMELIORATION
Réaliser les enquêtes de satisfaction tous deux ans

Indicateurs suivi sécurité
- Nb disparition (fugue) personne - Nb de chute (hors épilepsie) - Nb de fausse route - Nb erreur distribution médicament - Nb incidents /évènements indésirables liées à la sécurité (tout domaine confondu) - Nb de plaintes liées à la sécurité (Famille / tuteur tout domaine confondu)

7.2 LES PRESTATIONS HOTELIERES

7.2.1 Les chambres

Elles sont individuelles et considérées comme des locaux privés.
Les membres du personnel sont tenus de s'annoncer avant d'entrer.
Autant que possible, les personnels de service ou d'entretien évitent d'intervenir dans une chambre lorsque la personne accueillie s'y trouve.
Les personnes accueillies sont libres de décorer leur chambre à leur convenance. Elles peuvent aménager celle-ci en apportant leurs meubles ou effets personnels sous réserve de respecter les normes de sécurité (dont la sécurité incendie), les normes d'hygiène, la fonctionnalité et l'accessibilité de la chambre pour l'équipe qui effectue l'accompagnement et l'entretien notamment.

7.2.2 Les repas

L'établissement reçoit en liaison froide des repas confectionnés par une société extérieure à l'établissement. Ils sont réchauffés dans la cuisine satellite et servis en salle à manger.
L'alimentation est adaptée aux besoins individuels (mixé/haché, régimes sur prescription médicale, convictions religieuses)
Deux services peuvent être proposés en fonction des besoins d'aide, de la convivialité et pour la sécurité de la prise des repas.

7.2.3 Le Linge

Le linge hôtelier courant est fourni par la Maison d'Accueil Spécialisée (dans le respect des normes de sécurité incendie).
Les résidents fournissent leur linge personnel (Un trousseau est demandé dès l'entrée).
Selon les cas, les achats sont réalisés par la famille, ou par le personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée, chaque fois que possible avec le résident.
Le linge est marqué au nom du résident et entretenu par une blanchisserie extérieure.

7.2.4 L'entretien des locaux

Il est assuré par une équipe d'agent de service intérieur.
Sur la MAS de Saverdun, une Maitresse de Maison coordonne ce service et la gestion des stocks.
Sur la Mas de Guilhot, une ASI est affectée par unité.

7.2.5 La maintenance

La maintenance des locaux est assurée par un technicien sur les deux établissement

7.2.6 Les transports

Les deux établissements disposent d'un parc automobile adapté permettant les differents accompagnements (sociaux, médicaux)

Pour les retours en famille les internes peuvent bénéficier de transports par les véhicules de l'ADAPEI mais cela n'est possible qu'en fonction des circuits et des places disponibles. Toute personne située à l'écart des circuits reconnus doit être accompagnée jusqu'à un point de ramassage défini. Ce service est payant.

Pour les personnes admises en accueil de jour les transports sont pris en charge par l'établissement.

8 LES RESSOURCES HUMAINES ET L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

Une équipe **« C'est un ensemble de personnes liées par des interrelations, ayant une certaine conscience d'appartenance et une certaine forme de culture commune. Il n'y a pas seulement une adhésion, il y a une acceptation et une volonté d'adhésion »** (**Mucchielli) :** Et il ajoute que «l'engagement personnel fait que chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique, mais aussi sa personne. » Il y a une intention vers un but collectif accepté et voulu. Sans collaboration, sans souci commun de recherche d'efficacité, il n'y a pas d'équipe.

ORGANIGRAMME JOINT EN ANNEXE

8.1 LES DIFFERENTES CATEGORIES PROFESSIONNELLE

8.1.1 L'équipe de Direction

L'équipe de direction assure la gestion administrative et financière de l'établissement.

Elle est responsable de l'ensemble des actions menées dans le service et rend compte de sa mission au Directeur d'Association.

Elle est garante de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement qui fixe les objectifs éducatifs, thérapeutiques, sociaux.

Elle s'assure de la mise en oeuvre cohérente des projets collectifs et encadre les projets personnels des personnes accueillies.

8.1.2 Le psychologue

Il conçoit les méthodes et met en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'il a reçue. A ce titre, il étudie et traite, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie des personnes accueillies qui lui sont confiées.

Dans le cadre d'actions de prévention, il apporte un éclairage psychique sur les problématiques individuelles présentées.

8.1.3 L'animatrice qualité

Elle gère, surveille, évalue et coordonne le système de management de la qualité. Elle représente la personne accueillie et veille à la qualité du service qui lui est rendu.

8.1.4 Chargée de mission projet sur Guilhot

Elle planifie les projets personnalisées et accompagne les professionnels dans l'élaboration de ces projets personnalisés

8.1.5 L'équipe paramédicale et médicale

Le médecin généraliste : En tant que médecin traitant, il a en charge le suivi médical des personnes accueillies, le renouvellement et la réévaluation des traitements et prescriptions s'y rapportant.

Les infirmières : Les infirmières dispensent les soins infirmiers préventifs et curatifs voir palliatifs nécessaires à la prise en charge des besoins psychiques et physiques des personnes accueillies. Ce travail s'effectue à partir d'observations et d'analyses des symptômes présentés par les usagers, en collaboration avec les autres membres de l'équipe.

Les soins infirmiers sont dispensés sur prescriptions médicales et en fonction de leur rôle propre. Les infirmières gèrent les médications en fonction des textes en vigueur. Elles mettent en place des mesures d'Education Pour la Santé individuelles ou collectives.

Le kinésithérapeute : il prodigue des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

8.1.6 L'équipe d'accompagnement

L'éducateur spécialisé : L'éducateur spécialisé, au sein des maisons d'accueil spécialisées de l'ADAPEI de l'Ariège, assure l'accompagnement de personnes déficientes physiques, intellectuelles, sensorielles ou psychiques. Il est présent dans la vie quotidienne des personnes qu'il encadre. Il doit avoir pour ambition, par une attention et une disponibilité de chaque instant, de préserver les acquis des personnes et en les valorisant par le biais d'un accompagnement collectif et individualisé, un étayage relationnel, par la possibilité d'animer des activités socioéducatives et de travailler avec les familles.
Par son implication dans une relation socio-éducative de proximité inscrite dans une temporalité, l'éducateur spécialisé aide des personnes en difficulté dans le développement de capacité de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion en fonction de leur histoire et de leurs possibilités psychologiques, physiologiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles.

Le Moniteur éducateur (sur Saverdun) : Le moniteur éducateur, au sein des maisons d'accueil spécialisées de l'ADAPEI de l'Ariège, intervient auprès de personnes ayant des déficiences physiques, intellectuelles, sensorielles ou psychiques. Il assure un accompagnement social des personnes accueillies ayant pour fondement une approche personnalisée. Il participe à l'action éducative, à l'animation, à l'organisation de la vie quotidienne et aux activités programmées sur le temps d'atelier ou sur les temps de loisirs. Il contribue à créer de bonnes conditions pour que les personnes accueillies, la famille et les groupes avec lesquels il travaille aient les moyens d'être acteurs de leur développement et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

Les aides-soignants (AS) :
En liaison avec les AMP ils accompagnent les personnes dans tous les aspects de leur vie quotidienne (physique, psychologique et sociale), dans le respect du bien-être de la personne dans sa globalité.

Ils accompagnent la personne dans tous les actes de la vie quotidienne (Hygiène, alimentation, mobilité, repos ..) par une aide ou une suppléance tout en cherchant a préserver au maximum les acquis.

Avec les infirmières par délégation de soin ils participent à l'aide à la toilette et aux soins des personnes nécessitant des soins spécifiques.

Dans le cadre de l'animation, ils assurent les activités adaptées au rythme de chacun. Ils organisent des sorties à l'extérieur et peuvent accompagner sur des consultations.

Dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire, ils assistent à des temps de réunion dans le cadre de la mise en place et du suivi des projets personnalisés Ils sont référents (sur Guilhot) ou co-Référent en binôme avec un AMP sur Saverdun.

Les Aides-soignants de Nuit permettent de maintenir la continuité des soins durant la nuit

Les aides médico-psychologiques (AMP) :

Ils participent au travail pluridisciplinaire dans le cadre d'un accompagnement global de la personne.

Ils accompagnent la personne dans tous les actes de la vie quotidienne (Hygiène, alimentation, mobilité, repos …..) par une aide ou une suppléance tout en cherchant a préserver au maximum les acquis.
Ils sont référents de plusieurs adultes, réalisent et suivent les projets personnalisés, et participent aux réunions. Ils assurent l'hygiène des espaces personnels et l'hygiène corporelle de la personne : en liaison avec les aides soignantes et les Agents de service intérieur, ils participent au rangement des lieux privés de chaque personne accueillie (effets personnels, organisation de l'espace de vie immédiat).
Ils pourront également participer à des actions de soins sous la responsabilité de l'infirmière
(Code de la Santé Publique Article R.4311-4 décret 2004-802 du 29 juillet 2004)
Dans le cadre de l'animation, ils assurent les activités adaptées au rythme de chacun.
Ils organisent des sorties à l'extérieur et participent à des temps associatifs réalisés dans les communes environnantes.

L'éducateur sportif : Le moniteur d'EPS, au sein des maisons d'accueil spécialisées de l'ADAPEI de l'Ariège, intervient auprès de personnes ayant des déficiences physiques, intellectuelles, sensorielles ou psychiques. Il prend en charge les résidents pour les activités physiques.. Il intervient sur les activités de mise en mouvement en salle ou à l'extérieur. Son objectif est de conserver les acquis physiques des résidents, éviter les régressions et chercher si possible une progression. Il contribue au maintien de leur santé et de leur équilibre physique et psychique.

L'équithérapeute : Elle propose des actions de soins psychiques médiatisées par le cheval.

Les surveillants de nuits : ils collaborent à la continuité de l'accompagnement de la personne durant les périodes de nuit. Ils assurent un soutien relationnel en vue d'apporter à la personne le confort psychique dont elle a besoin. De plus ils veillent à maintenir au sein de l'établissement la sécurité physique de tous.

8.1.7 L'équipe logistique

Leurs fonctions sont essentielles quand on parle d'accompagnement de qualité. Et les personnes qui remplissent ces fonctions sont de réelles ressources pour le bon fonctionnement de notre établissement. Ces fonctions sont centrées sur le confort lié aux besoins matériels des résidents : l'entretien des locaux, l'équipement, l'approvisionnement. La tâche administrative a une grande importance pour la bonne réalisation de l'ensemble ces trois fonctions. La tâche est rude car la dimension administrative est de plus en plus présente.

Le service administratif :

Il est un pivot important entre les services. Les secrétaires y assurent l'accueil téléphonique et physique de la plupart des personnes, société ou organisme désireux d'entrer en relation avec l'établissement.

Les secrétaires assurent le suivi du courrier, organisent, effectuent des classements divers, assurent le suivi des factures, suivent les contrats des salariés et les rendez-vous à la médecine du travail, assurent la saisie de fichiers sur informatique, la tenue des plannings pour les présences et les repas, le suivi des dossiers de formations. ……

L'équipe cuisine satellite :

Sur la MAS de Guilhot Elle assure la réception des repas livrés par notre prestataire, la réchauffe et la répartition sur les différentes unités.

Elle assure l'entretien et l'hygiène de la cuisine selon les Normes HACCP

La maîtresse de maison (sur Saverdun) :

Elle assume une fonction polyvalente dans l'organisation quotidienne sur le champ de l'entretien des locaux, cuisine, lingerie, tâches ménagères ainsi que des taches de gestion simple.

Elle participe à la mise en place de documents nécessaires au fonctionnement de la structure

En lien avec l'ensemble du personnel, elle contribue à l'accompagnement de l'usager dans les actes de la vie quotidienne.

La Maîtresse de Maison intervient à plusieurs niveaux dans l'organisation du quotidien d'un établissement. Elle est une sorte d'intendante qui peut effectuer elle-même certaines tâches et en superviser d'autres.

Les Agents de service intérieur :

Ils assurent l'hygiène et l'entretien des locaux selon les plans d'entretien définis.

L'agent d'entretien :

Il est particulièrement vigilant pour les travaux nécessaires au maintien des conditions optimales de sécurité.

Il effectue toutes les réparations courantes (plomberie, électricité, menuiserie, peinture),

Il alerte le directeur de tout incident ou réparation nécessitant l'intervention d'une entreprise extérieure.

Il est l'interlocuteur privilégié auprès des entreprises, fait la demande de devis, veille au coût, et suit la bonne réalisation des travaux.

8.2 L'ENTRETIEN ANNUEL, LA FORMATION ET LA VALORISATION DES COMPETENCES

La formation, la valorisation des compétences des professionnels sont aussi des leviers de bientraitance Comme le souligne l'ANESM *« la formation constitue un espace de recul réflexif sur le travail et de distanciation, en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives ».*

Il en va de même pour la valorisation des compétences. Mettre en valeur les talents et compétences spécifiques des professionnels sont des actions contribuant à la reconnaissance au travail.

Valoriser et développer la compétence individuelle et collective par la formation continue et la formation in situ (dans l'entreprise).

8.2.1 L'entretien biennal

Les entretiens annuels sont des leviers pour accompagner les professionnels dans l'accomplissement de leur mission. Ils permettent d'identifier les freins rencontrés et les leviers possibles de résolution, d'évaluer les besoins de formation dans une perspective de parcours et de projet professionnel.

Un cadre et une charte de l'entretien annuel a été définit par l'association qui donne une pratique commune aux établissements de l'ADAPEI de l'Ariège.

8.2.2 La formation in situ

La formation *in situ* est une manière de prendre en compte dans le management des équipes les savoirs de l'expérience professionnelle. Le terme souvent utilisé pour cette action est le management des connaissances.

C'est une manière de manager qui considère l'importance pour la compétence collective de l'établissement de permettre aux professionnels de formaliser les savoirs acquis par l'expérience professionnelle qui sont des savoirs individuels d'accompagnement et des savoirs collectifs de diagnostic, d'expertise, de projection d'action, d'organisation et d'évaluation.

Cette méthode produit des schémas d'action, des concepts pratiques et des termes définis pour la pratique. Cette production fait référence commune et sert pour la pratique.

Elle prend forme de manière participative dans les groupes de travail et dans les réunions collectives.

8.2.3 Les formations

Des programmes de formation continue diversifiés destinés à l'ensemble des professionnels du service permettent de développer et d'enrichir les compétences individuelles

Les formations répondent aux évolutions des pratiques du secteur.

L'analyse de l'activité et de la population a permis d'identifier de nouveaux besoins de formation liés à l'évolution des besoins d'accompagnement des personnes accueillies : Autisme, vieillissement

8.3 LE SYSTEME D'INFORMATION

8.3.1 Le réseau informatique

Les établissements sont en cours d'informatisation du dossier de la personne accueillie (Dossier unique)

Le système est sécurisé, chaque professionnel dispose d'un code et d'un accès prédéfini par la direction afin de respecter la confidentialité des informations.

Les transmissions sont donc réalisées via ce logiciel qui permet une prise en compte immédiate par les professionnels concernés.

Chaque unité dispose d'un terminal relié au réseau informatique sécurisé de l'ADAPEI.

Des temps de liaison partagés par le surveillant de nuit, l'équipe éducative et l'équipe de soins ont lieu tous les matins du lundi au vendredi dès l'arrivée des professionnels sur l'établissement.

Ces temps permettent de pointer les difficultés rencontrées la veille ou durant la nuit mais aussi, de donner rapidement les informations nécessaires (quelles soient d'ordre médical ou autre) à l'accompagnement des personnes pour la journée ou les jours à venir.

8.3.2 Les réunions d'équipe et les groupes de travail

« Le travail collectif spontané n'existe pas ! » L'action collective n'est pas un phénomène naturel, elle nécessite un construit social, qui se traduit par des contraintes, des conduites communes, une coordination des efforts, bref une discipline, une organisation, la distribution du travail et répartition des rôles sont donc nécessaires à toute structure d'équipe.
Les temps et lieux de la pluridisciplinarité permettent une articulation de manière à approcher une vision globale de la personne, de créer un projet unique qui ne soit pas morcelé.

Toutes les réunions de l'établissement sont retranscrites en temps réels ; les comptes rendus sont disponibles via le réseau informatique

Réseau de communication De la Maison d'Accueil Spécialisée

Réunions	Objectifs
Réunion hebdomadaire équipe de direction **Girbet : vendredi 10-12h** -Directeur de pôle -Responsable de service **Guilhot : lundi 10-12h** -Directeur de pôle -Directeur adjoint -Responsable de service	**Point fonctionnement** **Organisation** **Problématiques diverses**
Réunion mensuelle équipe de direction du pole 1er lundi de chaque mois -Directeur de pôle -Directeur adjoint -2 Responsables de service	**Point fonctionnement** **Organisation** **Coordination des services** **Actualité association gestionnaire**
Réunion personnel de nuit **Girbet : 1f/2 mois** Professionnels de nuit RDS 1 professionnel de jour IDE **Guilhot :1f/trim** Professionnels de nuit RDS DA Invité ponctuel (psychologue, qualiticienne, etc)	**Point fonctionnement** **Favoriser la continuité du service jour/nuit** **Aborder des situations de résidents**

Réunion ASI **Girbet :1f/trim** Maitresse de maison ASI **Guilhot : 1f/trim** ASI DA	Organisation Amélioration du service
Réunion pluridisciplinaire **Girbet** **Amethyste :** Mardi 13h30-15h15 **Emeraude :** Mardi 15h30-17h15 -RDS -IDE -professionnels de jour Invité ponctuel (maitresse de maison, professionnel de nuit, médecin, kiné, qualiticienne, etc) **Guilhot** **Soulane** : Mardi 13h30-15h30 **Riou** : Mardi 15h30-17h30 **Prat :** Jeudi 13h30-15h30 **Montcalm :** Jeudi 15h30-17h30 - Médecin participe 1 fois par mois -RDS /DA -IDE -Psychologue -professionnels de jour Invité ponctuel (coordinatrice PP, professionnel de nuit, , kiné, qualiticienne, etc)	Organisation et fonctionnement Préparation et/ou Présentation de PP selon calendrier Point situation résident (santé/ accompagnement)

<u>Réunion IDE</u> **<u>Guilhot :1f/6 sem</u>** IDE RDS DA <u>Reunion IDE Medecin</u> **Girbet** Mardi matin 9h-9h30 IDE Medecin RDS <u>Réunion PP</u> **<u>Girbet</u>** Professionnels référents RDS Famille et/ou représentant légal IDE **<u>Guilhot</u>** :**<u>mardi et/ou Jeudi 10h-12h selon calendrier</u>** Professionnels référents RDS Coordinatrice IDE Psychologue Famille et/ou représentant légal Professionnels référents RDS	Organisation et fonctionnement Préparation et Présentation de PP selon calendrier Point situation résident (santé/ accompagnement) Organisation et fonctionnement Présentation PP selon calendrier Point situation résident (santé/ accompagnement) Elaboration du PP Préparation du PP Bilan de l'année écoulée Elaboration et signature du PP
<u>Réunion Démarche Qualité</u> **<u>Guilhot-Girbet</u>** 1f/ 2 mois : 9h-12h **COPIL** Qualiticienne RDS Guilhot/Girbet Directeur de pole DA Psychologue	 Amélioration de la qualité Suivi des actions menées

Groupe de travail Qualiticienne RDS Guilhot/Girbet Directeur de pole et/ou DA Professionnels de jour et nuit IDE	Elaboration de procédure Définition des actions à mener puis évaluation
Groupe de travail En fonction des besoins (PE/ mise en place de procédure, etc) <u>Réunion cuisine</u> 1f/an **<u>Guilhot</u>** DA-RDS Dieteticienne Ariege resto Professionels de jour	Investir les professionnels dans l'évolution du fonctionnement, l'élaboration et la mise en place de procédures. Amélioration du service Point menu Amélioration de la qualité

9 LES OBJECTIFS D'EVOLUTION de 2018 à 2022

9.1 MODALITES DE SUIVI DU PLAN D'ACTION DU PROJET

Le plan d'action du projet sera suivi tous les trois mois en revue de direction composée du directeur de pole, du Directeur Adjoint, des responsables de service et de la qualiticienne.
Au préalable, la qualiticienne réalisera un bilan de l'état des actions avec les différents acteurs qui servira de support au suivi et réajustements si nécessaire.
Suite à cette revue de direction, l'état d'avancée sera transmis à la Direction Générale et présentée aux équipes lors d'une réunion d'équipe.
Le bilan annuel sera réalisé en Novembre pour réajustement de l'échéancier si nécessaire et visée du plan de l'année suivante

Toute action d'amélioration complémentaire, non prévue dans ce plan d'action devra y être intégrée par la qualiticienne.

10 VALIDATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le présent projet a été présenté et validé lors du CVS commun MAS GUILHOT/GIRBET
en date du 19 octobre 2018

LEXIQUE

ADAPEI : **A**ssociation **D**épartementale des **A**mis et **P**arents d'**E**nfants et **I**nadaptés

ANESM : **A**gence **N**ationale de l'**E**valuation des établissements et **S**ervices du **M**édico-social.

ARS : **A**gence **R**égionale de la **S**anté

CDAPH : *C**ommissions des D**roits et de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées*

*CHAC : **C**entre **H**ospitalier **A**riège **C**ouserans*

*CHIVA : **C**entre **H**ospitalier **I**ntercommunal des **V**allées de l'**A**riège*

CHSCT : **C**omité d'**H**ygiène, de **S**écurité et des **C**onditions de **T**ravail

CMP : **C**entre **M**édico **P**sychologique

CPAM : **C**aisse **P**rimaire d'**A**ssurance **M**aladie

COPIL : **CO**mité de **PIL**otage

CVS : **C**onseil de la **V**ie **S**ociale

DA : **D**irecteur **A**djoint

ESAT : **E**tablissement et **S**ervice d'**A**ide par le **T**ravail

FAM : **F**oyer d'**A**ccueil **M**édicalisé

HAD : **H**ospitalisation **A D**omicile

IDE : **I**nfirmier **D**iplomé d'**E**tat

IME : **I**nstitut **M**édico **E**ducatif

INSEE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques

MAS : **M**aison d'**A**ccueil **S**pécialisé

MDPSH : **M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes en **S**ituation de **H**andicap

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

RDS : **R**esponsable **D**e **S**ervice

UNAPEI : **U**nion **N**ationale des **A**ssociations des **P**arents d'**E**nfants **I**nadaptés