



Projet d'Établissement MAS

Validé en CVS le 6 octobre 2021

Validé en CA le 18 octobre 2021



**Maison d'Accueil Spécialisée
La Cotentine**

5, Rue Michel Petrucciani
La Glacière - CS 80 001
50470 CHERBOURG EN COTENTIN

TABLE DES MATIÈRES

I.	L'élaboration du Projet d'établissement.....	2
II.	Cadre de l'action de l'établissement.....	3
A.	Présentation de l'organisme gestionnaire	3
B.	Présentation de l'établissement.....	4
C.	Contexte législatif et réglementaire.....	5
III.	Le public accompagné	7
A.	Les éléments de connaissance des publics accompagnés et à accompagner.....	7
B.	La prise en compte des besoins et attentes des personnes accompagnées.....	17
IV.	L'offre de service	19
A.	Méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du Projet d'Accompagnement Personnalisé	19
B.	Description des prestations et activités mises en œuvre	21
C.	L'accompagnement à la Santé – Le Projet de soins	25
D.	L'évaluation des prestations et l'amélioration continue de la qualité de l'offre.....	29
V.	L'organisation	30
A.	L'organigramme	30
B.	Les professionnels	30
C.	Principes, modalités et moyens de management.....	35
.....	36
VI.	L'effectivité des droits fondamentaux des personnes accueillies.....	38
A.	Les engagements de l'établissement	38
B.	Les moyens de protection et de mise en œuvre des droits fondamentaux	38
C.	Les modalités de participation au Projet d'Accompagnement Personnalisé.....	38
D.	La participation et les modes d'expression.....	39
VII.	Perspectives.....	41
A.	Les axes de progrès	41
B.	Le plan d'actions.....	41
Annexes	42

I. L'ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Ce Projet d'Établissement a été élaboré en deux temps.

- Un premier temps avec la constitution d'un Comité de pilotage et de groupes de travail en 2018.
 - Les groupes de travail, au nombre de 5, étaient composés de professionnels volontaires. Ils ont permis de travailler en interdisciplinarité plusieurs thèmes qui composent le cœur du Projet :
 - Les missions réglementaires de l'établissement et les évolutions du cadre législatif ;
 - Les éléments de connaissance des publics accompagnés ;
 - La prise en compte des besoins et des attentes des personnes accompagnées ;
 - La description des prestations proposées ;
 - L'accompagnement à la santé des personnes accueillies et les projets de soins.
 - Le recueil de la parole des personnes accompagnées, des familles et/ou des représentants légaux a été réalisé à partir des résultats de l'enquête de satisfaction, réalisée en 2017 dans le cadre de l'évaluation interne.
- Un deuxième temps à partir de 2021, nous avons repris les groupes qui avaient été constitués, auxquels d'autres professionnels se sont ajoutés.

Nous sommes repartis des productions de chacun des groupes, nous avons actualisé les contenus, et nous avons intégré au Projet d'Établissement.

Le document a été mis en lecture à :

 - La psychologue
 - Les infirmières
 - Le médecin
 - La coordinatrice PAP
 - La Cheffe de Service
 - Les membres du CVS (avant validation par celui-ci)

Il a été mis en lecture à la Directrice Générale, avant présentation au Conseil d'Administration pour validation.

II. CADRE DE L'ACTION DE L'ÉTABLISSEMENT

A. PRÉSENTATION DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

L'association ACAIS a été créée le 22 octobre 1958 sous le nom des « Papillons Blancs de Cherbourg » à l'initiative de huit familles d'enfants en situation de handicap. Elle a été formée sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901 et déclarée à la sous-préfecture de Cherbourg le 24 mars 1959. Sa publication légale au journal officiel a eu lieu le 18 avril 1959.

Aux termes de ses statuts du 30 mai 2017 sa vocation est « de rechercher puis de promouvoir toutes les formes d'aides possibles aux personnes en situation de handicap [...] et a pour but d'accueillir, d'accompagner toute personne, sans aucune discrimination en raison de ses origines, de son âge, de ses valeurs, de ses croyances, de ses besoins, de ses potentiels. »

L'ACAIS entend développer une Ethique de conviction au travers des valeurs qui s'inspirent des déclarations internationales des droits de l'Homme et des droits de l'enfant.

SES VALEURS ET SES ORIENTATIONS POLITIQUES

En 2019, l'ACAIS devient « l'Association en Cotentin d'Accompagnement Inclusif et Solidaire ». L'acronyme ne change pas, l'ACAIS reste enraciné sur ses valeurs historiques, mais en intègre des nouvelles. Le sens de cet acronyme évolue et marque la volonté de moderniser et d'actualiser les accompagnements au regard de l'évolution législative, mais aussi sociétale.

Ainsi, depuis la fin de l'année 2020, l'ACAIS a entrepris la réécriture de son projet associatif. Les grandes orientations et valeurs défendues par l'ACAIS durant les prochaines années seront :

- D'une part, l'autodétermination et le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap, l'inclusion comme valeur, et non plus comme objectif ;
- D'autre part, en adoptant l'expérimentation et l'innovation comme principes d'action, le développement d'une offre graduée d'accompagnements permettant d'individualiser au maximum les parcours.

Ces évolutions nécessitent d'accompagner l'ensemble des professionnels à intégrer et assimiler dans leurs pratiques ces grands principes. L'ACAIS déploie notamment une campagne importante de formation sur la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS) auprès de tous les professionnels de l'ACAIS.

La VRS est un concept de référence pour l'organisation des services au sein de l'ACAIS. La Valorisation des Rôles Sociaux (Wolfensberger) est un ensemble de valeurs et concepts, visant à améliorer les statuts des personnes en développant leurs compétences, en valorisant leurs images et capacités, en favorisant l'autodétermination et la participation active à la vie de la cité. Elle implique à la fois des actions d'accompagnement auprès de la personne, et une sensibilisation des groupes sociaux aux enjeux relatifs à l'intégration et à l'inclusion sociale.

SES CHAMPS D'INTERVENTION

L'Association ACAIS intervient sur cinq secteurs d'activité et accompagne 800 personnes de la naissance à la fin de vie :

- Enfance et Éducation Spécialisée
- Travail Protégé
- Habitat et Vie Sociale
- Thérapeutique et soins

Typologie des handicaps :

- La déficience intellectuelle
- Les troubles du spectre autistique
- Le handicap psychique
- Le polyhandicap

B. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HISTOIRE ET IMPLANTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

La Maison d'Accueil Spécialisée a ouvert ses portes en 1979. Elle disposait alors d'une capacité d'accueil de 25 places pour des personnes en situation de handicap.

En 1990, à l'installation dans de nouveaux locaux situés sur le site de La Glacière, elle est devenue la MAS « Roger Leconte ». Le déménagement s'est accompagné d'une extension à 33 places, puis à 40 en 1997.

Le 11 mai 2017, La MAS « Roger Leconte » devient **la MAS « La Cotentine »** et emménage dans de nouveaux bâtiments à l'adresse actuelle. L'agrément pour 40 places est maintenu.

La MAS la Cotentine est passée à 41 places en 2020.

AUTORISATIONS ET MISSIONS RÉGLEMENTAIRES

L'autorisation de fonctionnement de la MAS a été renouvelée le 4 janvier 2017, pour une période de 15 ans.

Elle autorise le fonctionnement de la MAS selon la capacité suivante :

- 35 places d'Internat, dont 7 réservées à l'accompagnement de personnes présentant un TSA
- 3 places en Semi-internat (Accueil de Jour)
- 2 places en Hébergement temporaire (Accueil Temporaire).

En 2018, l'ACAIS a répondu à un Appel à Projet pour extension et création de places Polyhandicap.

Le 22 janvier 2019, l'ACAIS a reçu l'arrêté de décision pour la création de 16 places Polyhandicap en Établissement d'Accueil Médicalisé (EAM), et pour l'extension de 5 places supplémentaires Polyhandicap au niveau de la MAS.

C. CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

L'organisation et le fonctionnement de l'établissement s'appuient sur le cadre législatif suivant :

- Loi 2002-02, rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi 2005-102, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Loi 2009-879, Hôpital Patient Santé Territoires ;
- Loi 2016-41, renforcer la prévention et la promotion de la santé ;
- Art. R344-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) ;
- Décret 2004-231 relatif à l'hébergement temporaire ;
- Décret n°2009-322, relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ;
- Décret n°2017-982, relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

L'organisation s'appuie également sur des programmes ou plans régionaux, ou départementaux, et sur des textes et rapports d'application nationale.

- Le Projet Régional de Santé (PRS) ;
- Le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- Le Règlement Départemental d'Aide Sociale ;
- Le rapport Piveteau « Zéro sans solution » de juin 2014 ;
- Le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- Les différents plans autisme (4^{ème} plan 2018-2022) ;
- La nomenclature des besoins et des prestations SERAFIN PH ;
- L'évaluation externe de mai 2014 ;
- L'évaluation interne de juin 2018.

Le fonctionnement, les réflexions de travail intègrent également les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP). Un grand nombre sont d'application sur l'établissement.¹

¹ Voir liste en annexe

III. LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ

A. LES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE DES PUBLICS ACCOMPAGNÉS ET À ACCOMPAGNER

LES PUBLICS ACCOMPAGNÉS

Les personnes accompagnées en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette situation résulte :

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

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise en son article D.344-5-2 les besoins des personnes accueillies à la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS); les personnes « *cumulent tout ou partie des besoins suivants:*

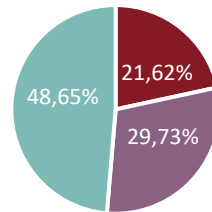
- *Besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;*
- *Besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;*
- *Besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;*
- *Besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;*
- *Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.*

Les besoins d'aide mentionnés du 1^{er} au 3^{ème} point résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont accomplies, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue.

Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu. »

Une majorité des personnes que nous accueillons ont déjà connu l'institution avant leur admission au sein de la MAS. Seuls environ 21% vivaient à domicile contre 29% dans un établissement de santé et 50% d'un autre établissement médico-social (type IME).

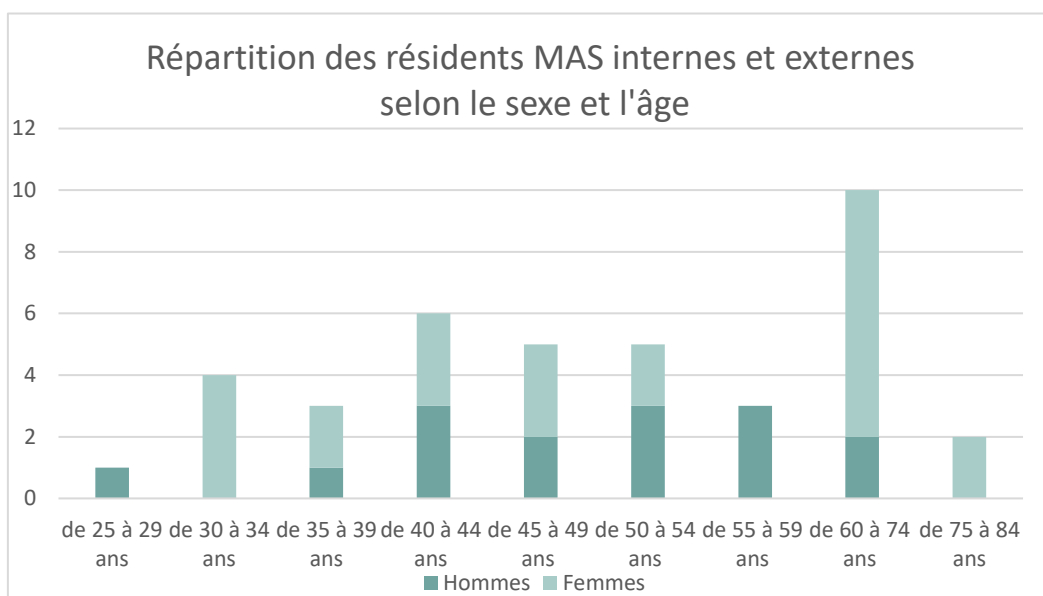
Provenance géographique du public accueilli à la MAS



■ Domicile ou milieu ordinaire ■ établissement de santé ■ établissement médico-social

La répartition par sexe est relativement équilibrée. Notons, néanmoins, le vieillissement des personnes accompagnées au sein de la MAS avec une moyenne d'âge autour des 50 ans quels que soient les modes d'accueil, en internat ou en accueil de jour.

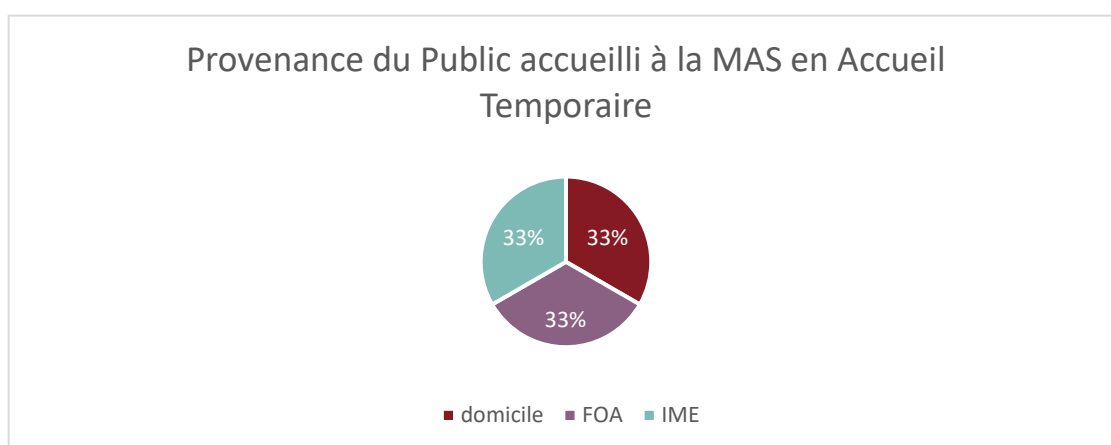
Capacité agréée en places	39	
Adultes accueillis (internat et externat)	Hommes	Femmes
	15	24
Moyenne d'âge	49,7 ans	52,1 ans
Moyenne d'âge tout genre confondu	51,2 ans	
Profil	Altération substantielle des fonctions physiques, sensorielles et mentales	



Il existe peu de mouvements entre les entrées et les sorties et donc peu de turn-over des personnes accueillies excepté pour les accueils temporaires. La durée du séjour est longue, souvent entre 10 et 25 ans voire plus. La personne est accueillie jusqu'à la fin de sa vie. Les pathologies lourdes génèrent une dépendance importante et un besoin en soins et en aide humaine constant (GIR de niveau 1 ou 2 si le parallèle est réalisé selon l'échelle d'évaluation des EHPAD).

Les deux places d'accueil temporaire permettent à 10 ou 12 personnes de profiter de journées et de nuits suivant un rythme établi avec chacune d'entre elles et leur représentant légal. Cette accompagnement présente diverses modalités : répit pour l'aidant et la personne handicapée, stage d'observation, initiation d'un accompagnement en accueil temporaire pour envisager un accueil plus pérenne par la suite.

Un tiers des personnes que nous accueillons vivent à domicile, tandis que les deux autres tiers sont déjà suivis ou vivent en institution médico-sociale (IME ou FOA)

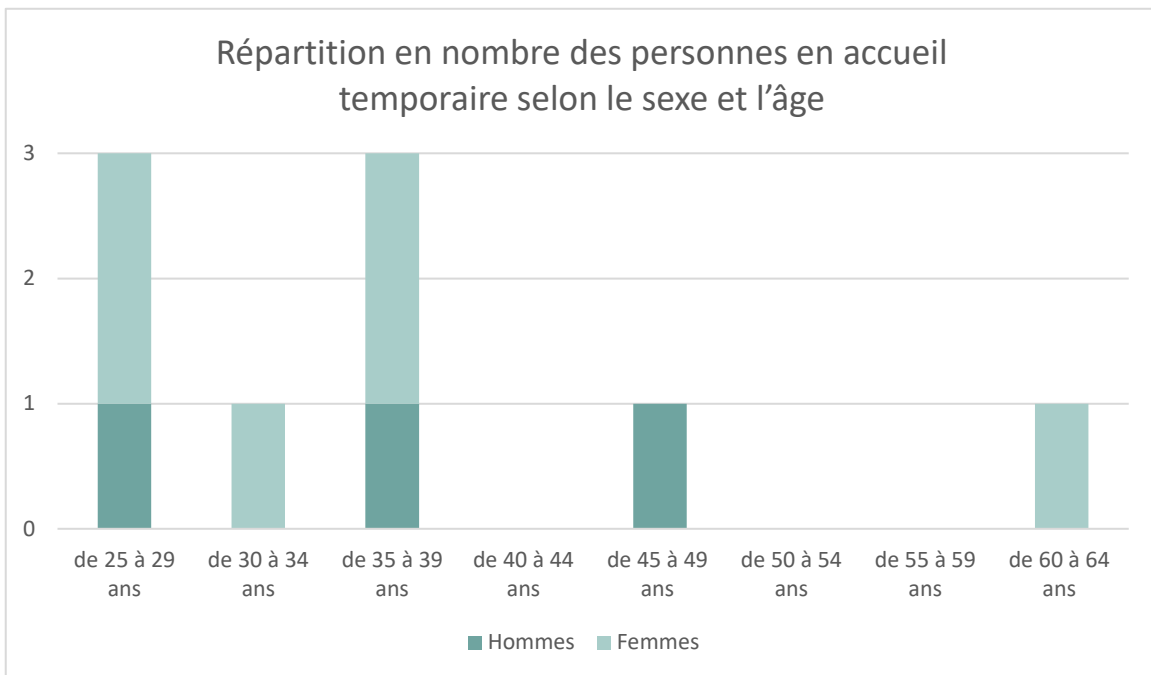


Il existe un écart qui se creuse entre le nombre d'hommes et le nombre de femmes. Nous accueillons pour le moment davantage de femmes que d'hommes. L'âge moyen de ces personnes est aussi moins élevé : 36,6 ans contre environ 51 ans pour les personnes en internat complet. Les attendus autour de l'accueil temporaire sont différents selon les personnes.

Les personnes en Accueil Temporaire

Capacité agréée en places	2	
Adultes accueillis en Accueil Temporaire	Hommes	Femmes
	3	6
Moyenne d'âge	36,7 ans	38 ans
Moyenne d'âge tout genre confondu	37,6 ans	
Profil	Altération substantielle des fonctions physiques, sensorielles et mentales	

Répartition des personnes en accueil temporaire selon le sexe et l'âge



Les situations des personnes vivant à domicile présentent des caractéristiques plus hétérogènes que celles des personnes déjà accompagnées par d'autres ESMS.

Nous distinguons plusieurs profils types :

FOA : Des personnes dont les situations se sont dégradées rapidement, des pathologies évolutives ou un vieillissement précoce qui engendrent des besoins en soins et en aide humaine plus importants. Les personnes ne correspondant alors plus à l'agrément du FOA ou du foyer d'hébergement car l'institution n'est pas en mesure de répondre à leurs besoins. Les personnes sont souvent identifiées rapidement et relativement jeunes entre 35 et 40 ans.

Un travail conjoint en proposant de l'accueil temporaire commence alors entre le FOA ou foyer de vie et la MAS.

IME : De nombreux jeunes adultes maintenus en aménagement Creton, ont une notification MAS et sont en attente de place. Dès lors que la famille souhaite débiter par l'accueil temporaire afin de commencer un accompagnement au sein de la MAS, un travail commun s'amorce entre les deux ESMS jusqu'à ce qu'une place en hébergement complet soit disponible. Les personnes accompagnées sont âgées entre 25 et 30 ans, maintenues en établissement pour enfants au titre de l'aménagement Creton.

À domicile, deux types de situations se présentent :

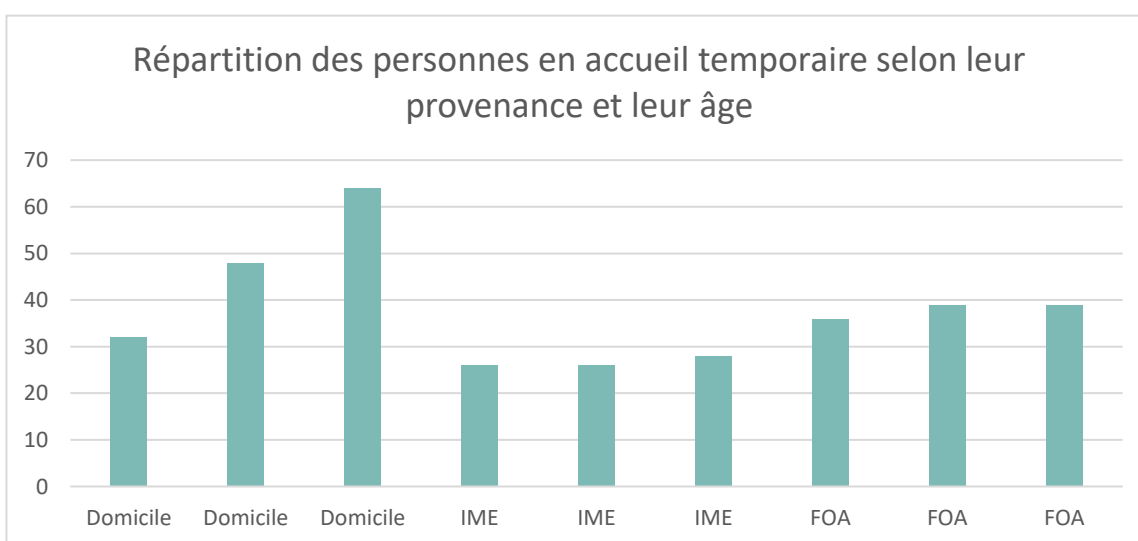
- Première situation : La personne souffre d'une pathologie chronique, invalidante souvent dégénérative ou a été accidentée de la vie (accident de la route, AVC, tentative de suicide). Elle est souvent accompagnée de son conjoint et/ou de ses enfants, ou d'un membre de sa famille au sens large. La visite de l'établissement est une étape difficile et le souhait s'exprime en termes de répit tant pour l'aidant que pour la personne handicapée elle-même. Les âges de ces personnes sont très variables généralement entre 40 et 50 ans. Un travail spécifique doit être mené tant au domicile qu'au sein de l'institution.

Les attentes se manifestent soit en séjour de plusieurs jours consécutifs afin de permettre à l'aidant de pouvoir partir en vacances par exemple, soit une demande d'accueil de jour une à deux fois par semaine pour permettre des journées de répit à l'aidant mais aussi pour stimuler la personne et lui permettre d'accéder à des activités adaptées. Envisager un accueil plus permanent ne fait pas partie du projet de vie à cet instant.

- Deuxième situation : La personne présente des déficiences diverses souvent polyhandicapées et souvent de naissance ou développées à un jeune âge. Parfois, un parcours en institution a pu exister mais le souhait des familles fut de continuer à accompagner et à faire vivre au sein du domicile familial le proche souffrant d'une pathologie. Les situations que nous découvrons sont parfois urgentes avec des proches aidants vieillissants arrivant au bout de ce qu'ils peuvent proposer et commençant à s'interroger au relais possible quand ils ne seront eux-mêmes plus du tout en mesure de subvenir aux besoins de leurs proches.

Les personnes que nous accueillons sont souvent plus âgées, plus de 50 ans avec des proches qui sont eux même vieillissants (environ 80 ans).

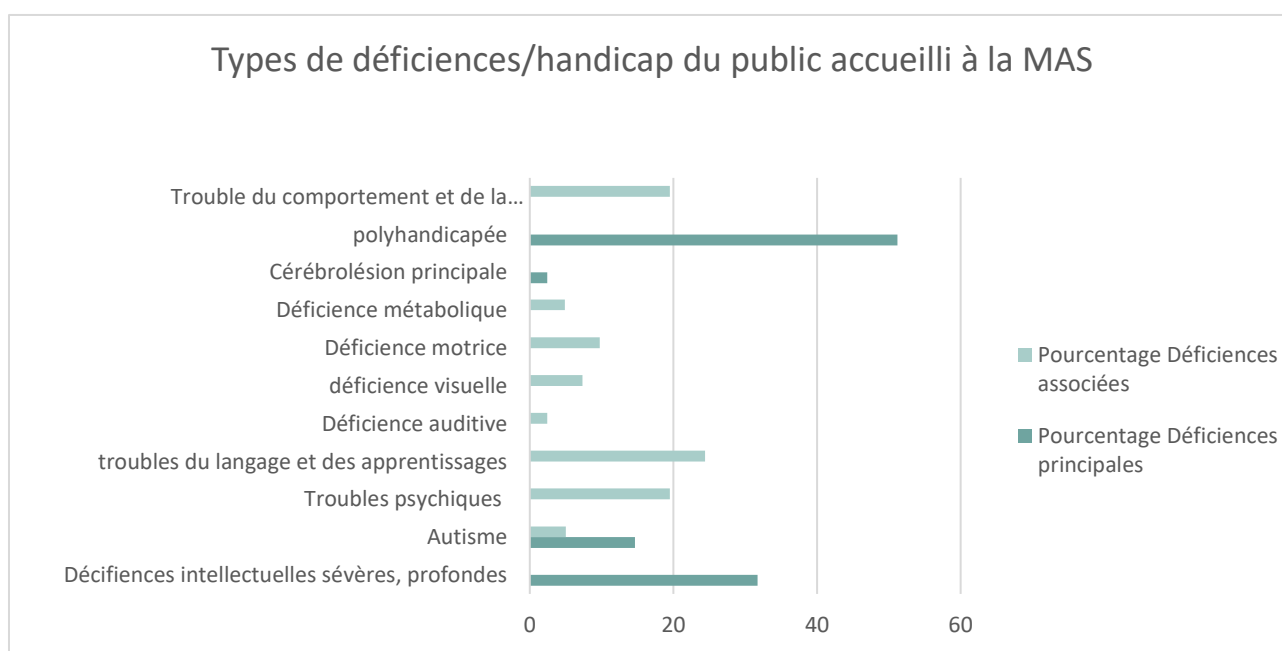
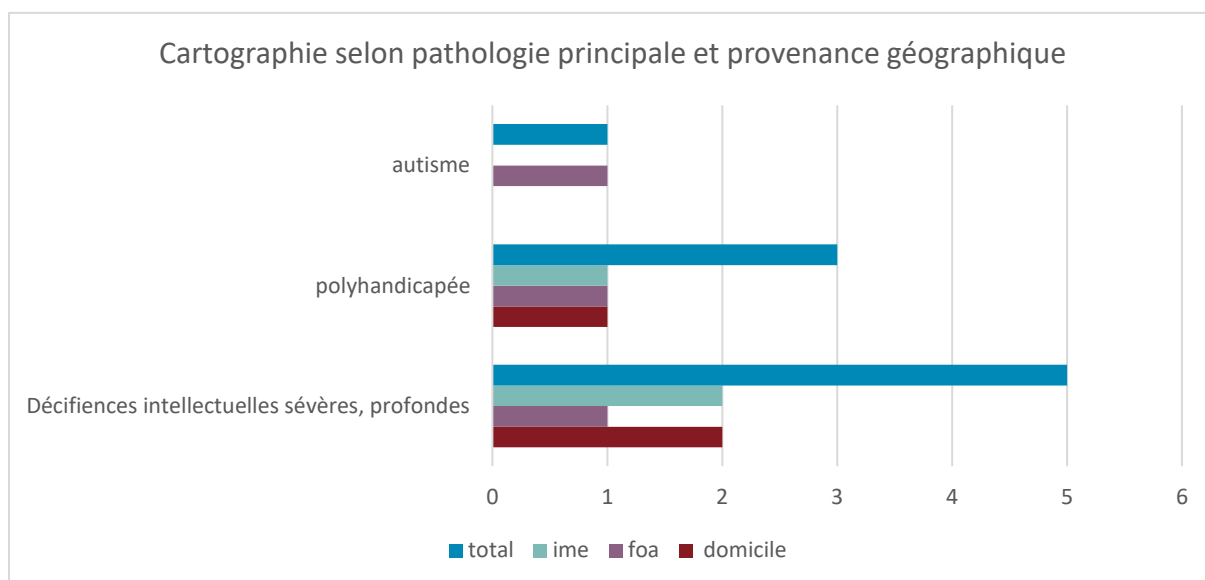
Dans les deux situations, l'acceptation de l'accueil temporaire pour la personne comme pour l'aidant et parfois l'entourage familial demeure un moment compliqué qui commence souvent par de l'accueil de jour avant de devenir de l'hébergement temporaire.



L'accompagnement des personnes en accueil temporaire doit être pensé en termes d'organisation et de coordination. L'organisation selon les pathologies et les « chambres disponibles » représente une tension permanente.

Pouvoir répondre au plus juste aux besoins de ces personnes et de ces aidants en tenant nécessairement compte de la réalité des places et des ressources de l'établissement est une priorité au quotidien.

Un travail important de coordination avec les partenaires de santé pour faciliter la coordination du projet de soins est indispensable. En effet, les personnes accompagnées présentent des pathologies souvent complexes, exigeant des soins et de la technicité. Les états de santé ne sont pas stabilisés, souvent évolutifs ou même dégénératifs. Les informations notamment médicales à la disposition de l'établissement sont la plupart du temps parcellaires nécessitant la mobilisation des professionnels pour mailler avec les professionnels libéraux concernés par la situation.



La Maison d'Accueil Spécialisé a accueilli sur l'année 2020, 35 personnes en hébergement complet, 3 accueils de jour et 11 personnes réparties à hauteur de 90 jours maximum chacune sur les 2 places d'accueil/hébergement temporaire ; soit 49 personnes en file active.

LES PUBLICS À ACCOMPAGNER

L'ORIGINE DES DEMANDES

La MAS ne dispose plus de places disponibles à ce jour. Depuis 2018, après une période sans direction et une phase d'adaptation dans les nouveaux locaux, l'activité de l'établissement s'accroît fortement. Le prévisionnel de l'activité pour 2018 (susceptible de varier à la baisse si hospitalisation par exemple d'une des personnes) serait d'environ 11900 jours en internat, de 670 jours en accueil de jour et de 430 jours d'accueil temporaire. L'activité en internat et en accueil de jour est relativement fixe d'une année sur l'autre contrairement à celle de l'activité temporaire qui va augmenter en 2019 au vu des nouvelles personnes admises depuis juin 2018. Les places d'internat et d'accueil de jour sont occupées et les deux places d'accueil temporaire vont permettre d'ici à octobre 2018 à 14 personnes de bénéficier d'un accompagnement, faisant augmenter à 52 personnes accompagnées la file active de la MAS (capacité maximale de fonctionnement qui ne permettra pas de nouvel accueil).

Pour une admission en MAS, une notification est reçue par l'établissement. Deux types de notifications sont reçues : celle pour l'accueil temporaire avec pour objectif le répit ou la préparation à un accueil plus permanent et celle dite d'accueil permanent tout type de modalités. Ainsi, pour une même personne, nous pouvons recevoir deux notifications. A ce jour, la liste d'attente de la MAS comporte 38 personnes. 37 d'entre elles ont une notification d'accueil permanent tout type de modalité. Une place dite en internat est attendue.

Sur ces 38 personnes, 9 d'entre elles ont aussi une double notification MAS et accueil temporaire.

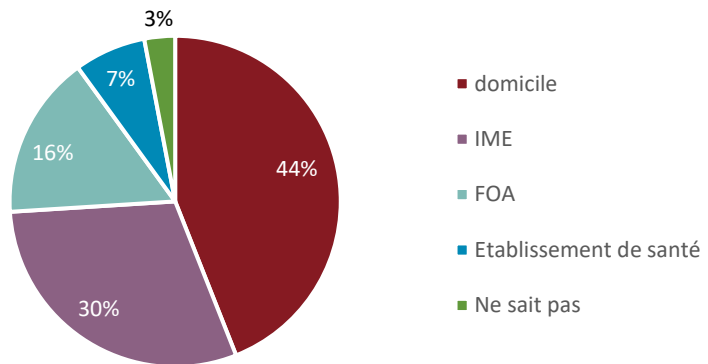
Une seule personne n'a qu'une notification d'accueil temporaire. Pour les 28 autres personnes, l'accueil temporaire n'est pas souhaité mais elles sont en attente de place en hébergement permanent.

Nous ramenons à 31 personnes la liste d'attente si nous excluons les demandes provenant d'un département autre que celui de la Manche.

Une évolution est notable concernant la provenance des personnes en attente d'accompagnement au sein de la MAS. Désormais, la plus grande proportion des personnes vit à domicile parfois sans autre type d'accompagnement. Le développement des dispositifs de maintien à domicile et la réalité d'absence de places en institution contribuent à cette tendance. Les attentes des familles et des personnes ne relèvent plus d'une entrée en institution en hébergement complet mais elles cherchent à combiner différentes modalités d'accueil afin de maintenir autant que possible des temps à domicile.

30% des personnes en attente proviennent de l'IME (notamment de l'IME de l'ACAIS). Il s'agit des personnes avec une orientation MAS mais qui, faute de places disponibles, sont maintenues « en aménagement Creton ».

Provenance des personnes à accueillir

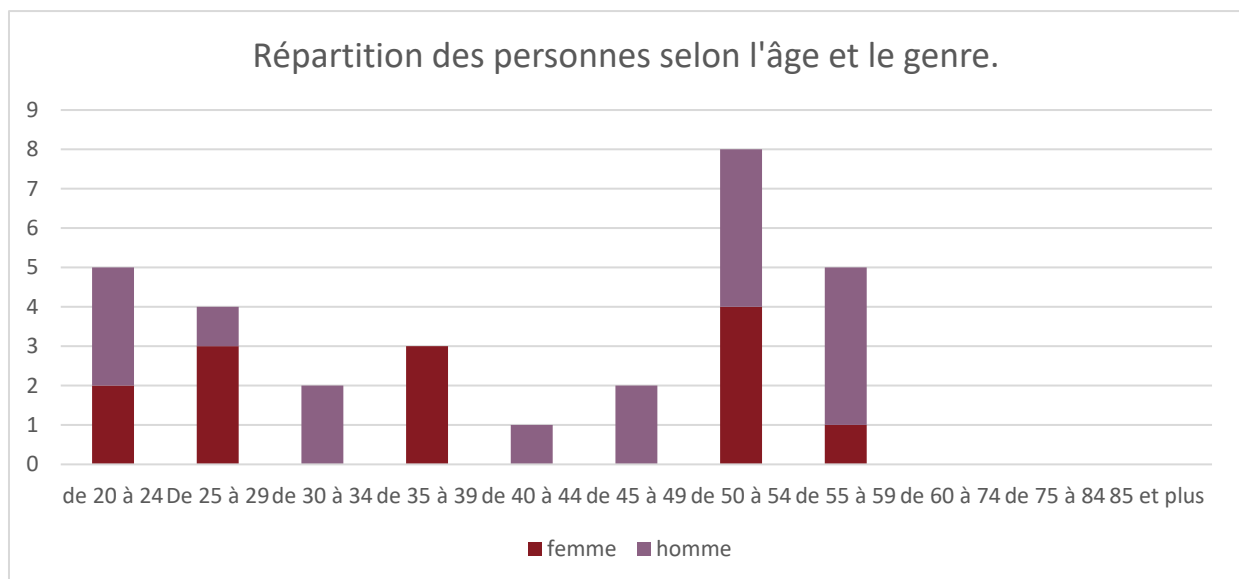


16% sont des personnes en FOA souvent en inadéquation de cette orientation et en attente d'une réorientation.

	Homme	Femme
Nombre	17	14
Moyenne d'âge	42.47	38.2

Une moyenne d'âge globale aux alentours de 40 ans.

Cette moyenne ne reflète pas l'écart entre des personnes très jeunes notamment les personnes dites amendement Creton et les personnes sans solution d'accompagnement ou à domicile dont l'âge moyen est aux alentours des 50 ans.



Comme pour les personnes accueillies actuellement, deux types de profils se distinguent ; des personnes jeunes en attente de places et des personnes handicapées vieillissantes nécessitant des soins plus importants en termes d'accompagnement. L'analyse des pathologies et donc des besoins en accompagnement, permet d'identifier des orientations liées à la transformation des pratiques et de l'accompagnement

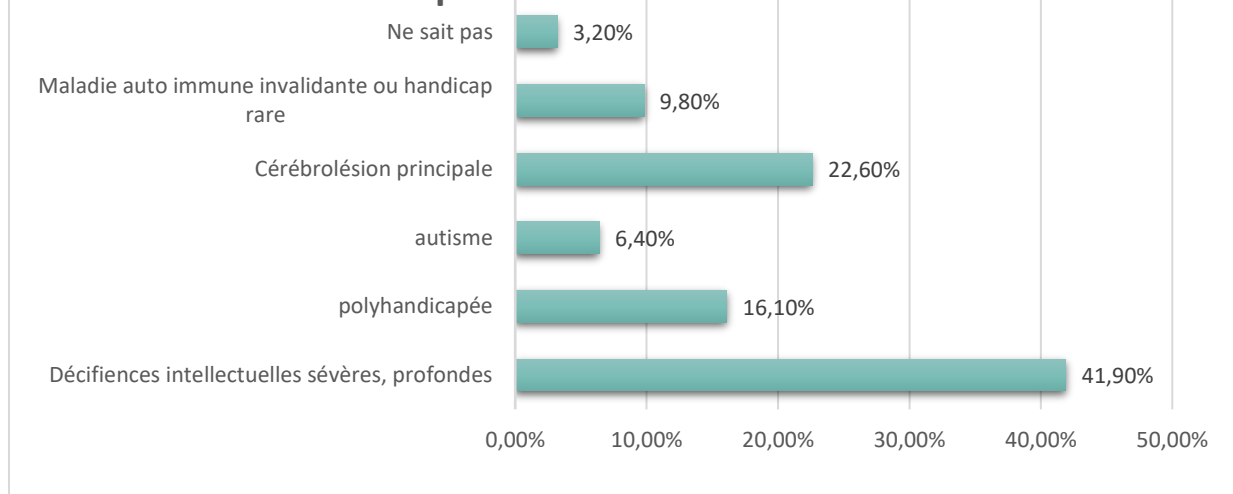
LES PATHOLOGIES PRINCIPALES ET ASSOCIÉES

Les profils des personnes à accueillir évoluent par rapport aux personnes actuellement à la MAS. La Maison d'Accueil Spécialisé doit transformer son offre de prestations pour mieux répondre à ces « nouveaux » profils. Pour environ 42 %, nous retrouvons des pathologies principales de déficiences intellectuelles sévères et profondes et pour 16 % des personnes polyhandicapées notamment pour les jeunes adultes en aménagement Creton, en provenance de l'IME, parfois associé avec des maladies rares. Ces profils sont habituels et connus pour les équipes de la MAS car représentent 80 % des situations en internat et accueil de jour actuellement.

L'orientation de personnes présentant des pathologies principales de type cérébrolésions, maladie invalidante ou handicap rare est en augmentation. Il existe un déficit de structures important sur le département (La MAS de Saint Planchers, située au sud de la Manche, est la seule du département à disposer d'une unité dédiée) et principalement sur le Nord Cotentin. Les demandes en accompagnement sont variées allant de la demande en hébergement complet à des propositions de répit pour l'aidant.

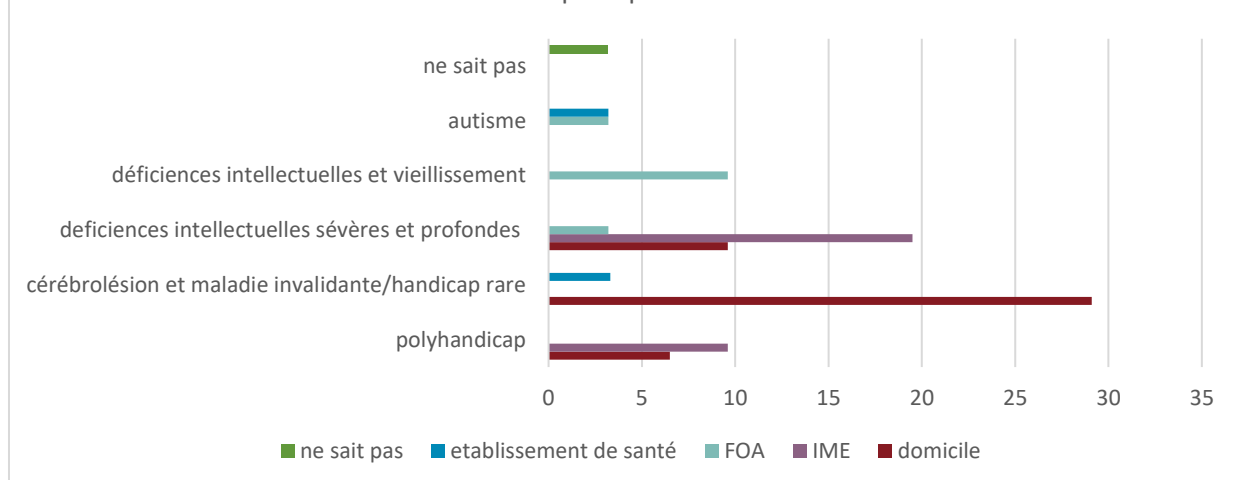
Ces demandes représentent plus de 32 % des personnes à accueillir. Rarement accompagnées par une institution ou un autre ESMS, ces personnes alternent souvent entre des établissements de santé et les domiciles où un aidant (souvent le conjoint ou le parent) les prend en charge quotidiennement. La moyenne d'âge (environ 50 ans) de ces personnes est plus élevée que le profil cité précédemment (environ 23 ans).

Cartographie des pathologies principales des personnes à accueillir



En croisant la provenance des personnes et les pathologies, la cartographie des personnes à accueillir devient plus précise.

Cartographie des personnes à accueillir selon provenance et pathologies principales



Les personnes accidentées de la vie, cérébrolésées, ou présentant une maladie invalidante (répertoriée maladie rare ou non) souhaitent en premier lieu pouvoir amorcer un accompagnement de type accueil temporaire tandis que pour les jeunes adultes en aménagement Creton, la logique d'une continuité de parcours est davantage présente même s'il est important de prendre en compte le souhait des familles qui demandent majoritairement (tant qu'elles le peuvent) un accueil de jour ou de l'internat séquentiel.

B. LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

DÉTERMINATION DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Les personnes orientées en MAS ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour pouvoir subvenir en toute sécurité à leurs besoins et ont la plupart du temps besoin d'une aide totale ou partielle pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Les besoins des personnes à accueillir sont comme précédemment répartis en trois catégories :

- Autonomie (aide totale ou partielle dans les actes de la vie quotidienne, nursing, préserver, développer et stimuler les autonomies personnelles, sécurité, hygiène, alimentation...). Ces besoins peuvent être représentés par la base de la pyramide de Maslow.
- Santé (coordination dans le projet de soins, amélioration de la symptomatologie en vue d'une meilleure qualité de vie, suivi personnalisé en termes de rééducation physique et cognitive, soutien à l'autonomie, aide dans le suivi du traitement...)
- Participation sociale (réalisation de soi, épanouissement, pouvoir profiter d'activités valorisantes, être acteur autant que possible...).

Selon les modalités d'accompagnement (accueil temporaire, hébergement complet ou séquentiel, accueil de jour), les prestations proposées et les besoins d'accompagnement ne mobilisent pas les mêmes ressources.

Les personnes sur la liste d'attente présentent des profils dont les besoins génériques sont identiques mais se déclineront de manière différente selon les potentialités et pathologies de chacun.

PROPOSER DES PRESTATIONS QUI RÉPONDENT AUX BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Il est important d'adapter les offres de prestations au public à accueillir : personnes présentant des déficiences intellectuelles importantes mais pouvant conserver avec de l'aide une relative autonomie, personnes polyhandicapées totalement dépendantes. Il est également important de pouvoir adapter les prestations en fonction du degré de compréhension très variable d'une personne présentant une déficience intellectuelle sévère à une personne cérébralisée ou à une personne souffrant d'une maladie invalidante. Là encore, l'adaptation des pratiques est indispensable. Le « parcours » classique et historique de l'association suivait une logique de parcours. Issu d'une association de parents, il était logique une fois adulte que les enfants se voient proposer des structures qui pouvaient continuer à les accueillir. Les professionnels sont donc habitués à travailler avec la personne et son entourage familial souvent ses parents. Les personnes cérébralisées se trouvent en situation de handicap plus tardivement dans la vie. Elles sont pour la plupart en couple et/ou avec des enfants. L'établissement doit alors s'adapter pour accompagner également le conjoint, les enfants, proposer un soutien technique à domicile (conseils en équipement, appareillage...). Il en est de même pour le rythme de la

journée, la fatigabilité. Certaines personnes sont dites vieillissantes tandis que d'autres présentent des niveaux d'autonomie permettant la réalisation d'activités plus régulières.

Il s'agit de construire une réponse adaptée pour tous en fonction de la pathologie et des modalités d'accompagnement souhaité (et aussi disponible).

Il s'agit de réfléchir en établissement, mais aussi en dispositif qui assure un relais entre les prestations proposées en interne et en externe à destination du domicile de la personne, en lien avec des partenaires multiples.

IV. L'OFFRE DE SERVICE

A. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Toute personne accueillie dans un établissement médico-social doit disposer d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

L'accompagnement doit se construire à partir des attentes et des besoins de la personne, en tenant compte de ses capacités et de ses compétences, au regard de ses difficultés.

Le PAP guide les pratiques des professionnels

L'accompagnement personnalisé prend en compte la personne dans sa globalité (à développer) pour l'aider à construire son projet de vie.

LES ACTEURS

La personne accompagnée : actrice de la co-construction de son projet, elle est consultée en ce qui concerne ses besoins, ses attentes, et sa satisfaction ou non des prestations proposées.

Le représentant légal : acteur de la co-construction du PAP. Il est consulté en ce qui concerne ses besoins, ses attentes, et la satisfaction ou non des prestations proposées au majeur protégé, dont il assure le suivi.

Le référent éducatif : Il remplit des évaluations, avec l'aide de l'équipe. Il fournit un compte rendu annuel sur les événements et les différents types d'accompagnements du résident dont il a la référence (vie, loisirs, famille, santé, administratif...). Il est au cœur des observations, et interroge ses collègues pour les recueillir. Il est également le garant de la mise en œuvre des actions définies dans le PAP. Enfin, il rend compte des effets des actions menées auprès du Coordinateur de Projet. (Réalisation d'un bilan tous les 9 mois)

Le Coordinateur de Projet : Il recueille les avis et les constats de l'ensemble des intervenants auprès du résident. Il prépare et anime la réunion de préparation du PAP. Il rédige le Pré-PAP, et le PAP, en supervision par le Chef de Service. Lorsque le PAP est signé par la famille et/ou le représentant légal et la Direction, le Coordinateur de Projet assure la diffusion des objectifs retenus à chaque intervenant et conseille sur les actions à mettre en œuvre pour y tendre.

Le Chef de Service : Il est le garant de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet. Il organise son service pour que les temps de préparation et de réunion puissent se réaliser. Lors de la réunion du PAP, il représente la Direction de l'établissement.

La Direction : Elle est signataire et garante de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets. Elle vérifie la compatibilité des actions et des objectifs personnalisés avec les moyens alloués, et plus globalement avec les engagements associatifs définis dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Le secrétariat de Direction : Il est chargé de l'envoi des convocations, du retour des documents aux représentants légaux, et de la copie du PAP dans le Dossier Unique de l'Usager (Mediateam).

PROCÉDURE D'ÉLABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Phases	Quand ?	Comment ?	Qui ?
Planification des réunions PAP	Tous les 18 mois	Transmission à la Direction et au secrétariat pour validation	Le Coordinateur PAP
Diffusion du planning PAP	Après validation de la Direction	Communication du planning par mail, réunion d'équipe	Le Coordinateur PAP, le Chef de Service
Invitation à la réunion PAP	1 mois avant la réunion PAP	Envoi d'un courrier au représentant légal	L'assistant de Direction
Recueil des informations	3 semaines avant la réunion PAP	Retour des évaluations, bilans, questionnaire famille au Coordinateur PAP, et tout document utile	Le référent, le représentant légal, le Coordinateur PAP
Réunion de préparation	15 jours avant la réunion PAP	Elaboration du projet (pré-PAP)	Le coordinateur PAP, les référents, la psychologue et l'infirmière
Pré-validation du PAP	15 jours avant la réunion PAP	Lecture du PAP	Chef de Service
Réunion PAP	Jour J	Réunion, échanges sur les objectifs et les actions à mettre en œuvre	Le résident, le représentant légal, le Coordinateur PAP, le référent et le co-

			réfèrent, le Chef de Service
Bilan	9 mois après la réunion PAP	Point sur les objectifs du PAP	Le réfèrent éducatif

B. DESCRIPTION DES PRESTATIONS ET ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE

EN INTERNE

LES ACTIVITÉS DES UNITÉS

Prestations	Exemples d'actions mises en œuvre
Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne	<p>Accompagnement à la toilette, sollicitation, guidance verbale, rappel des règles d'hygiène, réalisation avec stimulation.</p> <p>Aide à l'habillement (Choix vestimentaire)</p> <p>Aide au repas, stimulation, sollicitation, participation.</p> <p>Aide aux transferts, stimulation, sollicitation, participation.</p> <p>Respecter les prescriptions médicales, les régimes, les contentions.</p>
Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui	<p>Les accompagnants veillent à solliciter la communication des résidents avec différents média.</p> <p>Avoir des réponses sensorielles adaptées.</p>
Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	<p>Vigilance à mettre en œuvre des installations de confort, et mise en place de système de sécurité.</p> <p>Rappel des règles de prudence.</p> <p>Ne pas être en échec.</p> <p>Respecter les habitudes de vie. Respecter les choix (alimentaire, vestimentaire, adhésion ou non à l'activité...).</p> <p>Respecter les rythmes de la personne (Se reposer le matin, ou se coucher tôt le soir, faire une sieste, se coucher tard...)</p> <p>Maintenir des objets rassurants (intérêts restreints et/ou comportement à visée sensorielle).</p> <p>Avoir des règles claires et des consignes adaptées à la compréhension des résidents.</p> <p>Être protégé des nuisances et des sources de peur (sonores, visuelles...)</p>

Accompagnements à l'expression du PAP	Faciliter l'expression pour le recueil des attentes des résidents.
Accompagnements à l'exercice des droits et libertés	<p>Avoir son chez soi : Adulte demande à rentrer sans son parent sur l'unité. Être tranquille dans sa chambre.</p> <p>Avoir le sentiment d'avoir sa place : Plaisir observé de retrouver sa chambre avec ses affaires.</p> <p>Respecter ses goûts, prendre en compte son avis.</p> <p>Reconnaître et valoriser ses compétences et son savoir-être.</p> <p>Se sentir « beau », bien présenté.</p>
Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées	Avoir de quoi s'occuper en fonction de ses intérêts.
Accompagnement de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle	<p>Entendre les demandes de contact. Proposer des temps de visite à domicile ou sur site (pièce famille). Contacter la famille avec le résident par téléphone. Parler de la famille grâce à des albums photos ou objets significatifs du lien.</p> <p>Embrasser son copain/sa copine.</p> <p>Prendre dans ses bras son copain/sa copine, peut-être avec aide lorsque le handicap l'empêche (fauteuil).</p> <p>Passer du temps avec son copain/sa copine dans sa chambre.</p> <p>Avoir la possibilité de répondre à ses besoins sexuels dans sa chambre.</p>
Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair aide	Participer au Conseil de la Vie Sociale.
Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage	Être avec les copains, les amies, les professionnels qui le connaissent et reconnaissent ses habitudes et rituels.
Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs	<p>Être en contact avec l'extérieur (ouverture d'esprit vers les autres) : Curiosité, apprendre, voir, connaître, entendre.</p> <p>Être dans l'échange et les rencontres, que ce soit au sein de la MAS ou à l'extérieur.</p>

L'ensemble des actions mises en œuvre s'inscrit dans le schéma d'accompagnement :

- Faire à la place de (ex. : Faire la toilette d'une personne)
- Faire avec (ex. : Accompagner la personne, la guider dans sa toilette)
- Faire seul (ex. : La personne est autonome dans sa toilette)

LES ACTIVITÉS DE L'ATELIER

Une diversité d'activités à visée éducative, thérapeutique ou occupationnelle est proposée aux résidents de la MAS La Cotentine. Complémentaires au projet de soin, les activités socio-éducatives servent à développer les potentialités par une stimulation adaptée (intellectuelle, physique, mnésique, etc.), à maintenir les acquis, à favoriser les apprentissages et l'autonomie, à ouvrir à la vie sociale et culturelle. Elles permettent également de capter l'attention des personnes, de créer une relation et de les accompagner en fonction de leurs possibilités. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) définit les actions à mener et une même activité n'a pas forcément les mêmes objectifs pour les différents participants.

« **L'atelier** » est, au sein de la MAS, un lieu d'expression où 2 monitrices éducatrices proposent des activités variées (collage, peinture, recyclage, etc.). Un planning est établi afin d'organiser l'ensemble des activités prenant en compte les potentialités, la fatigabilité des résidents et l'encadrement garantissant la sécurité.

L'atelier s'organise prioritairement en inter-unité, de façon à apporter un décroisement et permettre à l'ensemble des résidents de se rencontrer et de partager des moments communs susceptibles de mettre en valeur affinités et complicités. La participation gestuelle du résident peut être active ou passive, le professionnel est alors présent pour faire du lien, être médiateur de la relation à l'autre, dans l'esprit de la valorisation des rôles sociaux. Il s'agit également du développement des capacités motrices de la personne en maîtrisant, par exemple, un geste en particulier.

Liste non exhaustive des activités proposées par les professionnels de l'atelier :

- Temps du « matin », un repère espace-temps pour les résidents
- Partage avec la Maison de Quartier « Flora Tristan »
- Lecture
- Musique
- Sorties bord de mer et bois flotté
- Ludothèque / Jeux de société
- Bibliothèque
- Balnéothérapie
- Snoezelen
- Musicothérapie
- Expression corporelle
- Accompagnement individuel

Par ailleurs, se rajoutent à toutes ces activités, diverses sorties et projets ponctuels qui sont organisés durant toute l'année. Il peut s'agir de sorties en individuel pour un résident avec son référent pour faire des achats d'hygiène ou de vêtements, mais cela peut être aussi des sorties aux restaurants, cinémas, bowling, balade en calèche qui permettent aux résidents de profiter des bienfaits de l'ouverture vers l'extérieur.

D'autres activités sont réalisées par des partenaires extérieurs en interne ou à l'extérieur de l'établissement.

- Esthétisme / Coiffure
- Zoothérapie
- Équitation
- Vie spirituelle
- Séjours adaptés

Les activités ci-dessus sont mises en place en fonction du Projet d'Accompagnement Personnalisé de chaque résident.

Les activités individuelles de loisirs sont pris en charge financièrement par le bénéficiaire lui-même.

LES PARTENARIATS ET LES RESSOURCES DU TERRITOIRE

Afin d'apporter un accompagnement dans sa globalité, l'établissement fait appel à des ressources internes à l'Association :

- Service entretien
- Services du Siège (Direction Générale, Comptabilité, Ressources Humaines et Qualité)
- Direction transverse à l'accompagnement à la Santé
- Les autres établissements de l'ACAIS

Le travail en partenariat se réalise aussi avec des prestataires et des partenaires en externe :

- Le GCSMS Presqu'île
- Les professionnels médicaux et paramédicaux : Médecins libéraux, Centre hospitalier, Polyclinique, CMP, Infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, Pharmacien, Ostéopathes, Podologue...
- Pédicure
- Des associations culturelles, sportives ou de loisirs
- La Maison Départementale de l'Autonomie
- Les structures territoriales

C. L'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ – LE PROJET DE SOINS

« L'accès aux soins est un droit fondamental de toute personne, avant d'être un axe de l'accompagnement médico-social, mis en œuvre au bénéfice des personnes en situation de handicap »

« L'assurance et la continuité des soins constituent pour les personnes en situation de handicap une condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie... »

(RBPP « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »)

Constitutif du Projet d'établissement, au même titre que le projet éducatif et social, le projet de soins est orienté sur le « prendre soin » de la personne accueillie. Il prend appui, à la MAS, sur des valeurs partagées ; celles de la prévention et de la sécurité des soins, de l'amélioration de la qualité et de l'individualisation dans l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie, en prenant en compte la singularité de chacun.

Le projet de soins définit les orientations et les priorités de la prise en soin des résidents dans les différentes dimensions du soin : préventif, éducatif, curatif et palliatif.

LES PROFESSIONNELS

L'ÉQUIPE MÉDICALE

L'équipe médicale est composée :

➤ **Un médecin généraliste coordonnateur**

Le médecin coordonnateur est porteur du projet en le rendant accessible aux soignants et accompagnants, afin de donner du sens aux actions attendues et de développer une culture soignante et paramédicale partagée autour d'objectifs communs dans un établissement médico-social.

Cette culture a pour repère le respect de la personne soignée et soignante, l'éthique dans le soin, le développement et la complémentarité des compétences, et la sécurité des soins.

Il est l'interlocuteur privilégié des parents ou tuteurs et des professionnels pour tous les problèmes de santé. Il demande les examens nécessaires et oriente vers les spécialistes et les autres professionnels du secteur médical ou paramédical.

Il examine les résidents à chaque fois que cela est nécessaire, et procède à un examen médical régulier de chacun.

Il coordonne avec les professionnels les parcours de soins, et cherche à développer les partenariats avec les maisons de santé pour trouver un médecin traitant aux personnes qui n'en ont pas.

➤ **Un médecin psychiatre.**

Il contribue au bien-être des personnes accueillies. Il écoute, analyse, prescrit et suit les traitements se rapportant aux problèmes de comportements et d'attitudes psychiatriques. Il participe aux réunions pluridisciplinaires, et apporte son éclairage auprès des professionnels pour expliquer des situations complexes et adapter les réponses apportées dans le cadre de l'accompagnement de proximité.

➤ **Un médecin neurologue, mis à disposition pas le CH**

➤ **Un médecin de rééducation fonctionnelle**

Les consultations de spécialistes se font sur indication des médecins de l'établissement, en fonction des demandes et des besoins.

L'établissement dispose d'un partenariat avec le Centre Hospitalier Pasteur.

L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE

L'équipe paramédicale est composée :

➤ **Trois infirmières diplômées d'Etat**

➤ **Une psychologue**

Elles observent et analysent de manière approfondie le comportement de chaque résident afin d'avoir une compréhension plus globale de leurs symptômes et de leurs comportements. Pour cela, elle réalise des bilans d'évaluations des besoins des résidents en veillant à la cohérence du PAP, en lien avec la Coordinatrice et les équipes assurant l'accompagnement de proximité (tests psychométriques, échelle d'évaluation

LE PÉRIMÈTRE DE SOINS

CONVENTIONS ET COOPÉRATIONS

Il y a des coopérations avec plusieurs professionnels (kinésithérapeute, ergothérapeute, ostéopathe, pédicure...)

Il y a aussi des conventions signées avec différentes organisations :

- Le Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC)
- L'équipe d'Hospitalisation A Domicile du CHPC
- L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHPC
- Le Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA)
- Un Laboratoire de Biologie Médicale

PRÉVENTION ET GESTION DES RISQUES

Les soins concernent tant les soins préventifs que la gestion des risques.

➤ **L'éducation thérapeutique**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Nous devons orienter le projet vers cette éducation le plus que possible. Ce travail doit s'intégrer dans le projet de soins, ainsi que dans les projets individualisés, et fait partie intégrante de la prise en soins.

➤ **La prévention des chutes**

La prévention des chutes accidentelles de la personne présentant un polyhandicap, notamment en lien avec le vieillissement, s'organise autour de l'attention à porter :

- Sur les médicaments
- Sur les atteintes sensibles, cognitives ou motrices
- Sur le comportement, l'environnement, de nombreux facteurs peuvent favoriser les chutes
- Sur les protections.

Les conséquences peuvent être importantes et il importe de mettre en place des stratégies de repérage du risque de chute, de prévention et de réadaptation multifactorielle et personnalisée.

La chute peut être la conséquence d'une évolution de la situation de handicap.

Elle peut être attribuable aux modifications physiques, sensorielles et cognitives associées au vieillissement, conjuguées à des environnements qui ne sont pas adaptés à la population vieillissante.

➤ **La prévention de la douleur**

L'équipe pluridisciplinaire veille à prévenir la douleur. Cette démarche inclut la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur, et plus particulièrement sur le traitement non médicamenteux. Cette prévention est permise grâce à une bonne connaissance des résidents et aux ressentis des soignants.

Deux échelles sont utilisées (Doloplus et Algoplus)

➤ **La prévention et la gestion des risques infectieux**

La gestion des risques infectieux et la prévention des infections associées aux soins est un élément primordial du projet de soins et de l'accompagnement en général.

Ainsi, l'établissement dispose d'un Plan de Maîtrise Sanitaire.

Il a pour objectif de décrire les règles d'hygiène applicable au sein de l'établissement, et de permettre aux professionnels de garantir sécurité et salubrité des denrées alimentaires.

Il est décliné en fiches pratiques, récapitulant les Bonnes Pratiques d'Hygiène.

Il impose la mise en place de process de fonctionnement, et la surveillance des points déterminants.

Le PMS est une démarche inscrite dans la durée.

➤ **La prévention liée aux médicaments et à son circuit**

L'établissement a passé une convention avec la pharmacie Montmartre. Les traitements pelliculés sont conditionnés dans des escargots.

La préparation des traitements est effectuée par une infirmière le matin, le midi et le soir.

Cette prévention implique de ré-évaluer régulièrement la pertinence des traitements, de veiller au traitement préventif et curatif des infections, et nécessite la mise en place de formations régulières.

➤ **La surveillance des constantes**

En fonction des besoins les constantes sont surveillées de façon régulière, et au moins une fois par mois (Température, Pouls, Tension Artérielle, Saturation en Oxygène).

Compte tenu de certains traitements, il y a une surveillance des éliminations (urinaire et fécale).

D. L'ÉVALUATION DES PRESTATIONS ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DE L'OFFRE

La MAS est tenue de procéder à l'évaluation des prestations qu'elle dispense.

Elle procède ainsi, conformément à la législation, à une évaluation interne, tous les cinq ans.

Cette évaluation porte sur l'ensemble des prestations d'accompagnement à l'œuvre, elle est réalisée en impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement, ainsi que les familles et les partenaires.

De même tous les sept ans, il est réalisé une évaluation externe par un organisme extérieur agréé.

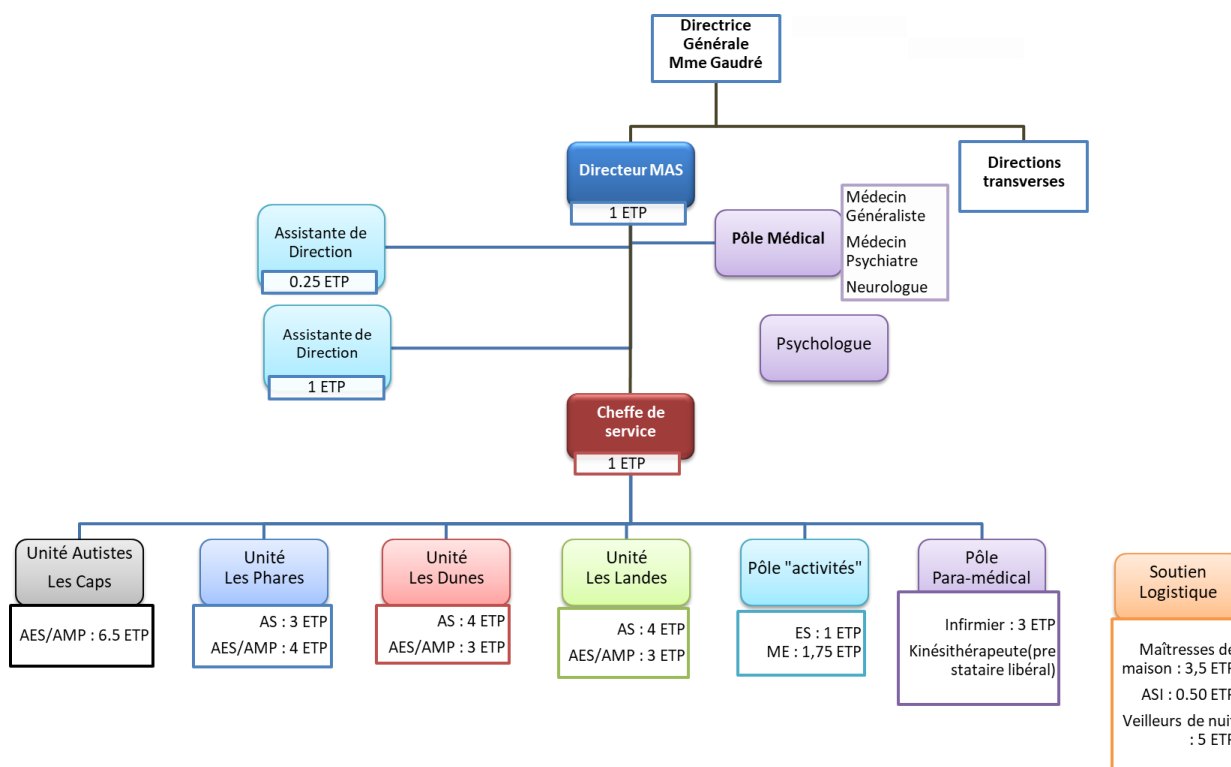
Ces évaluations sont pilotées par le Siège de l'ACAIS, et concernent des établissements et services, sur la base d'un même référentiel.

Ces évaluations permettent d'élaborer des axes d'amélioration, qui sont inscrits dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ), associatif, et par établissement.

La mise en œuvre de ces axes d'amélioration fait l'objet d'un suivi par un Comité de Pilotage.

V. L'ORGANISATION

A. L'ORGANIGRAMME



B. LES PROFESSIONNELS

Les trois grandes fonctions d'un établissement comme la Maison d'Accueil Spécialisée sont les fonctions d'accompagnement, les fonctions médicales et paramédicales, et les fonctions liées à la logistique du lieu d'accueil.

L'ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITÉ

La fonction d'accompagnement consiste à assurer le bien-être corporel et affectif des personnes. Bien accompagner le corps et l'esprit, deux notions indissociables dans une prise en charge globale de la personne. Cette vision se traduit par une volonté de collaboration constante entre la fonction paramédicale et la fonction éducative. Pour favoriser cette approche globale, l'accompagnement

s'appuie sur une équipe de proximité constituée d'Aide-Soignant (AS) et Aide Médico-Psychologique, ou Accompagnant Éducatif et Social (AMP ou AES).

Considérant que travailler à la MAS c'est être à la fois soignant, éducateur et animateur, cette volonté de créer des binômes AMP-AS a pour objectif de développer de nouveaux champs de compétence. Pour les AMP il s'agit d'appréhender la rigueur des soins, pour l'aide-soignant de considérer les actes éducatifs à l'égal d'un soin.

Ils accompagnent au quotidien les résidents. Ils proposent des activités structurées et une organisation du temps et de l'espace, notamment en utilisant des pictogrammes adaptés à chaque personne. Les aides visuelles mises en place rassurent les résidents qui maîtrisent ainsi mieux leur emploi du temps.

Chaque professionnel est référent de deux résidents, et co-référents de deux autres résidents.

L'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF ET SOCIAL

L'éducateur spécialisé - coordinateur des PAP, en collaboration avec le référent (AMP ou AS) et le co-référent, coordonne les différentes activités du projet personnalisé des résidents. Il conçoit, rédige et conduit les projets éducatifs.

Suite à une phase d'observation et d'analyse en équipe pluridisciplinaire, les actions proposées sont adaptées à chacun afin de soutenir les acquis, développer l'apprentissage, favoriser l'autonomie et prévenir les régressions.

Le Coordinateur de PAP anime et coordonne les actions dans un souci de cohérence avec les objectifs identifiés dans les PAP. Il a un rôle pédagogique en matière éducative auprès des AS et des AMP qui assurent l'accompagnement de proximité.

Les Moniteurs Éducateurs ont pour mission de développer, d'organiser et de conduire des projets visant à l'épanouissement, la socialisation et l'autonomie des personnes.

Ils développent des activités qui facilitent la communication, l'adaptation au changement et plus généralement la mise en œuvre d'une vie sociale. Ils encouragent l'expression, la créativité et l'épanouissement des individus par des techniques et activités variées.

(Voir la partie « projet de soins »)

Le médecin coordonnateur

Le médecin psychiatre

D'autres médecins spécialistes interviennent en tant que vacataires, et en fonction des besoins des personnes accueillies. (Neurologue et Rééducation fonctionnelle)

Le **psychologue** observe et analyse de manière approfondie le comportement de chaque résident afin d'avoir une compréhension plus globale de leurs symptômes et de leurs comportements. Pour cela, il réalise des bilans d'évaluations des besoins des résidents en veillant à la cohérence du PAP en lien avec la Coordinatrice de PAP et les équipes assurant l'accompagnement de proximité (tests psychométriques, échelle d'évaluation, de communication...).

Il conçoit et met en œuvre des actions préventives et curatives afin de promouvoir l'épanouissement et le développement psychique du résident dans le cadre des objectifs du PAP.

Il participe activement et en accord avec la direction à l'accompagnement des équipes (analyse des accompagnements, apport théorique, aide à la compréhension des pathologies). Il est force de proposition dans l'élaboration de nouvelles pistes de travail avec les résidents.

Il mène un travail avec les familles, notamment par la mise en place de « Café des proches ».

Les **infirmières** veillent sur la santé des résidents. Elles sont chargées du suivi médical et sont responsables de la distribution de traitements médicaux et du respect des prescriptions médicales et de leur application (Gestes médicaux : soins, sondage, alimentation par sonde).

Elles participent à la formation des aides-soignants par l'acquisition ou la réactualisation de certains gestes techniques.

Elles dispensent les soins infirmiers aux résidents, et délèguent leur rôle propre aux AS et AES (soins d'hygiène...) préparent les traitements à partir des médicaments conditionnés par la pharmacie de ville, et planifient les consultations externes.

Elles gèrent et entretiennent le matériel médical ainsi que l'infirmierie. Une convention avec une pharmacie est signée et les infirmières coordonnent avec le pharmacien le circuit du médicament.

L'ACCOMPAGNEMENT DE NUIT

La présence en continue au sein de la MAS est assurée notamment par le déploiement d'équipes de nuit. Toutes les nuits un binôme constitué de deux **surveillants de nuit** est présent au sein de la MAS. Ils veillent à la sécurité des résidents, et effectuent des soins d'hygiène et de confort au cours de leur surveillance permanente. Ils assurent le relais entre les professionnels de la fin de journée et du lendemain matin, afin de permettre une bonne continuité dans l'accompagnement.

Par ailleurs afin d'assurer la continuité des services sur l'ensemble des champs de compétences inhérents aux établissements de l'ACAI, deux types d'astreintes sont mises en place au niveau associatif :

- Astreinte décisionnelle : Un directeur ou un chef de service de l'association est joignable et peut intervenir 24h/ 24 et 365 jours /an en cas de situations d'urgence nécessitant une prise de décision de la Direction.
- Astreinte technique : Un salarié de l'équipe technique est joignable et peut intervenir 24h/ 24 et 365 jours /an en cas de travaux urgents, de réparations à réaliser au sein d'un établissement.

L'ENCADREMENT ET LA GESTION ADMINISTRATIVE

Le **Chef de service** élabore avec le Directeur et ses équipes le Projet d'Etablissement. Il veille au respect du droit des personnes accompagnées, et gère au quotidien les relations avec les familles ou représentants légaux. Il assure la mise en œuvre permanente des actions éducatives, médicales de l'établissement. Il participe à l'élaboration du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour, du livret d'accueil, des indicateurs, et participe à la commission d'accueil. Il informe le Directeur de la nécessité de travaux, maintenance, et entretien, et propose les adaptations nécessaires. Il informe de l'évolution des besoins. Il est responsable des personnels de l'établissement, et identifie les besoins et les demandes en formation. Il participe à la démarche d'évaluation de l'établissement.

Le **Directeur** de la MAS construit et met en œuvre le projet d'établissement dans le prolongement de la stratégie et de la dynamique de développement de l'association et pilote les activités de l'établissement. Il est le garant de la qualité de l'accompagnement de la personne en supervisant la mise en œuvre de son projet personnalisé. Il assure la gestion réglementaire et budgétaire de l'établissement. En lien et avec l'aide des services du Siège, il prend en compte et décline les impacts des évolutions législatives du secteur sanitaire et social et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il décline les engagements pris dans le cadre du CPOM conclu avec les autorités de contrôle.

Conjointement avec le Chef de Service, il veille à la bonne articulation entre les différents professionnels internes et externes. Il anime et met en œuvre les actions en lien avec la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), la démarche d'amélioration continue de la qualité et la politique de prévention et de santé au travail.

L'**Assistante de Direction** contribue au bon fonctionnement interne de la MAS grâce à la réalisation de travaux de documentation, de bureautique, de saisie informatique, et de gestion administrative et d'archivage. Elle assure l'accueil physique et téléphonique, le suivi des factures, des contrats de travail et le suivi de l'activité et de présence des professionnels. En outre, elle assiste le Directeur et le Chef de service dans leurs missions au quotidien.

L'ENTRETIEN ET LA LOGISTIQUE DU LIEU D'ACCUEIL

Les **Maitresses de Maison** sont chargées d'assurer les conditions matérielles de l'accueil et de la sortie des personnes accompagnées : préparation et nettoyage des chambres entre deux accueils temporaires et préparation de l'accueil du résident dans sa chambre. Elles garantissent la qualité et l'adaptation du cadre de vie afin d'assurer la sécurité des personnes accueillies et créer un cadre de vie accueillant et propre. Elles participent à l'accompagnement des personnes accueillies en transmettant les informations utiles à l'équipe éducative et en accompagnant le résident dans l'entretien de sa chambre et de la salle à manger.

L'**Agent de Service Intérieur** assure le nettoyage des espaces collectifs et administratifs et applique le plan de maîtrise sanitaire et les protocoles d'hygiène.

L'entretien des locaux est assuré par les services techniques transverses de l'association ce qui permet de mettre à disposition des établissements une équipe polyvalente en mesure d'intervenir sur les problématiques liées à la sécurité incendie, à l'électricité, la plomberie, aux véhicules...

C. PRINCIPES, MODALITÉS ET MOYENS DE MANAGEMENT

Sur la base d'un management participatif, les principes développés sont :

- Mobiliser les professionnels en encourageant l'implication de ces derniers dans leur domaine de compétences et dans le cadre de leur fonction à poursuivre les objectifs définis à différents niveaux (CPOM, Projet Associatif, Projet d'Établissement, Projet d'Accompagnement Personnalisé...);
- Favoriser la communication et instaurer des conditions de travail favorable : Stimulation, écoute, partage et collaboration des professionnels dans les différents projets ;
- Déléguer du pouvoir : Afin d'éviter tout blocage pour une prise de décision ne pouvant supporter une attente. Cette délégation est définie dans le Document Unique de Délégations et Procédures ;
- Mettre en œuvre le principe de subsidiarité : Les équipes doivent pouvoir être force de propositions pour apporter des améliorations dans le fonctionnement, et pour proposer des solutions à des problèmes constatés. Le cadre intervient en dernier ressort pour valider les propositions ;
- Mettre en place une régulation : Des dispositifs de régulation individuels et collectifs sont mis en place : Réunions de Direction, d'Unité, institutionnelle, entretiens professionnels. Le droit à l'erreur est reconnu, mais l'autocontrôle et les dispositifs de régulation contribuent à l'efficacité de la coordination des équipes, tout en les rendant autonomes et responsables.

Les modalités de collaboration et coopération

Le sens de l'écoute, la communication, et le respect de l'autre sont les trois préalables à une bonne collaboration et coopération productive.

Instances	Modalités
Comité de Direction	Réunion tous les 15 jours autour de la Directrice Générale, les Directeurs d'établissement, le Directeur administratif et financier, Le Directeur des services logistiques et techniques, l'Adjointe à la Direction Générale en charge des Ressources Humaines, l'Adjointe à la Direction Générale en charge de l'accès aux droits, à la santé et qualité des parcours et prestations
Séminaire Cadres	Réunion 3 fois par an de l'ensemble des cadres hiérarchiques (à laquelle sont associés les psychologues en tant que de besoin) sur des thématiques telles que les orientations, les évolutions, les projets.

Réunion de Direction	Réunion hebdomadaire du Directeur avec le Chef de Service, le psychologue (à laquelle est associée le Coordinateur PAP en tant que de besoin)
Réunion d'Unité ou de service	Réunion bimensuelle avec le Chef de Service pour faire la point sur le fonctionnement avec chaque unité de travail. (La coordinatrice PAP et une infirmière sont systématiquement associées à ces réunions)
Réunion institutionnelle ou de fonctionnement	Cette réunion regroupe l'ensemble des professionnels en fonction des cycles de travail, et de leur présence (Des professionnels restant sur les Unités afin d'assurer la continuité de l'accompagnement des résidents)
...	

DYNAMIQUE COLLECTIVE DE TRAVAIL

Le travail au quotidien, en lien avec les différents projets, s'appuie sur une observation et une analyse des besoins et des attentes des personnes accompagnées. Les objectifs communs de travail pour le bon accompagnement des résidents contribuent à une dynamique collective de travail.

Cette dernière repose sur une entente professionnelle, qui s'enrichit de la pluridisciplinarité et de la complémentarité des acteurs en présence.

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Une équipe est un groupe de professionnels, dont les qualités professionnelles et personnelles sont au service du résident, et qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le résident.

Le rythme en cycles, associé au temps des veilleurs de nuit, complique le travail d'équipe. Il n'est pas possible d'avoir l'ensemble des professionnels sur une réunion, ou pour le travail d'un projet.

Cette difficulté s'ajoute aux visions différentes propres à chacun.

Les professionnels doivent être en capacités d'accepter les remarques de leurs collègues, comme autant d'éléments de progression, et non de jugement.

Le travail d'équipe, pour être efficace, porte bien sur la pluridisciplinarité la plus large.

LA FORMATION

Chaque année, un plan de formation est élaboré au niveau associatif par le Siège, à partir des recueils des demandes des salariés, et après consultation des directions d'établissement, des chefs de service et des représentants des salariés au CSE.

Ce plan de formation regroupe l'ensemble des actions de formation que l'employeur décide de mettre en œuvre pour les salariés. Les actions prévues dans le cadre de ce plan doivent impérativement répondre aux besoins d'adaptation du poste de travail, au maintien de l'employabilité ou au développement des compétences des salariés, en lien avec le Projet Associatif et les Projets d'établissement.

LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES (GPEC)

La GPEC est élaborée au niveau associatif par le Siège, après consultation des directions d'établissement et chefs de service. En plus de définir un diagnostic de l'évolution des besoins des personnes, et donc d'adapter les compétences et métiers des professionnels nécessaires pour y répondre, elle permet :

- Au niveau de chaque salarié de :
 - Renforcer ses compétences, en fonction des évolutions de son métier
 - Clarifier sa place et son rôle dans l'organisation
 - Faire connaître et valoriser ses compétences
 - Prendre conscience des possibilités d'évolution qui existent au sein de l'organisation
 - Exprimer ses besoins et ses souhaits en matière d'évolution.

- Au niveau de l'Association de :
 - Gérer l'évolution des effectifs
 - Assurer le maintien des compétences
 - Améliorer les performances de l'organisation
 - Répondre aux exigences légales.

VI. L'EFFECTIVITÉ DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES ACCUEILLIES

A. LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT

La Maison d'Accueil Spécialisé s'engage à veiller quotidiennement au respect des droits fondamentaux garantis aux personnes accueillies, à savoir :

- Droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de chacun
- Droit à un accompagnement individualisé respectant le consentement éclairé du résident ;
- Droit à la confidentialité des informations
- Droit d'accès aux informations relatives à l'accompagnement (dossier éducatif, social, médical)
- Droit à être informé sur les droits fondamentaux et les moyens de protection
- Droit du résident de participer directement aux décisions le concernant.

B. LES MOYENS DE PROTECTION ET DE MISE EN ŒUVRE DES DROITS FONDAMENTAUX

Des outils principaux ont été mis en place par la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 pour assurer la mise en œuvre et le respect effectif des droits des personnes accueillies.

Il s'agit du Livret d'accueil, du Règlement de fonctionnement, de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, du Contrat de séjour, du Projet d'établissement et du Conseil de la Vie Sociale.

C. LES MODALITÉS DE PARTICIPATION AU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

La loi 2002-02 rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle demande notamment une individualisation de l'accompagnement et la participation directe de la personne à son projet de vie.

Il s'agit de prendre en considération ses demandes et ses besoins, sa position de sujet et de construire avec lui un projet qui soit le sien avec nous, et pas seulement le nôtre pour lui. L'organisation veille à tendre vers ce principe, en fonction de chaque personne.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) s'inscrit dans l'optique de prendre en compte chaque personne comme actrice mais aussi comme auteure de son propre projet, quels que soient son handicap et ses difficultés.

La démarche du PAP situe donc le résident au centre du dispositif. C'est avec lui que sont élaborés les différents bilans, choisis les objectifs et les actions à mettre en place pour les atteindre ensemble.

Cette démarche se donne pour objectif de permettre aux personnes d'être partie prenante, actrices, partenaires dans leur accompagnement au quotidien.

D. LA PARTICIPATION ET LES MODES D'EXPRESSION

LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS

Les résidents ont la possibilité de participer à la vie de leur établissement, de donner leur avis et de faire des propositions sur des sujets qui concernent les différents aspects de leur quotidien à travers le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Cette instance est composée de représentants des résidents, des familles, et des professionnels. Elle est réunie au moins trois fois par an.

LA PARTICIPATION DES FAMILLES ET DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Les familles et/ou les représentants légaux sont systématiquement invités lors de l'élaboration du PAP.

Ils sont invités à faire part de leurs remarques ou de leurs interrogations par

les représentants des familles au CVS.

Ils sont associés pour participer aux groupes de travail concernant le Projet d'Etablissement, ou des réunions sur des thématiques (Epilepsie, vieillissement de la personne en situation de handicap, les droits des personnes accompagnées...).

Les familles peuvent rendre visite à leur proche, soit dans leur chambre, soit dans un Salon Famille. Ce salon est équipé pour permettre aux personnes de réchauffer un repas, ou de le préparer sur place avec leur proche.

Les familles peuvent aussi prendre leur proche sur un temps de journée, de week-end, ou sur une période de vacances.

Les professionnels peuvent aussi accompagner un résident pour aller voir un membre de sa famille, qui ne peut pas se déplacer, soit au domicile, soit dans un établissement d'accueil.

L'année est marquée par des moments festifs qui permettent de regrouper des familles, mais aussi d'offrir des moments de convivialités pour les résidents qui n'ont plus de proches aidants. (Noël, galette, ...)

VII. PERSPECTIVES

A. LES AXES DE PROGRÈS

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
Développer les partenariats	Identifier les partenariats nécessaires à la qualité de l'accompagnement
Accompagner les familles dans l'évolution du handicap et répondre à leurs questionnements	Mettre en place des réunions thématiques pour les familles
Développer la communication aidée	Mettre en place des outils de communication alternative et augmentée
Construire des parcours de soins cohérents	Permettre aux résidents d'accéder facilement à des services de soins, dans le respect de leurs caractéristiques
Offrir aux résidents des prestations actives	Diversifier les activités éducatives, sociales et de loisirs
Construire des PAP cohérents en intégrant le résident, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire	Rédiger une méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du PAP

B. LE PLAN D' ACTIONS

Objectifs opérationnels	Actions envisagées
Identifier les partenariats nécessaires à la qualité de l'accompagnement	Rencontres avec les acteurs du territoire (santé, social, loisirs)
Mettre en place des réunions thématiques pour les familles	Mise en place de réunions thématiques
Mettre en place des outils de communication alternative et augmentée	Formations sur les systèmes de communication alternative et augmentée. Achat de tablettes
Permettre aux résidents d'accéder facilement à des services de soins, dans le respect de leurs caractéristiques	Mise en œuvre d'une convention (ou de plusieurs) avec le secteur sanitaire
Diversifier les activités éducatives, sociales et de loisirs	Stimulation par des activités diversifiées
Rédiger une méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du PAP	Formalisation de l'élaboration et de la mise en œuvre du PAP


ANNEXES

- ✓ Annexe 1 : Liste des RBPP d'application à la MAS.....41
- ✓ Annexe 2 : Procédure d'admission.....42

Liste des documents références pour le Projet d'Établissement

(Issus de l'argumentaire de la recommandation « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité » d'octobre 2020)

- L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité (octobre 2020) ;
- Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) générique Polyhandicap (mai 2020) ;
- Synthèse RBPP - Les « Comportements problèmes » : Prévention et réponses (Volet 1 et 2) et Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (Volet 3) – janvier 2017 – 60 pages ;
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap ;
- Synthèse RBPP – Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap - janvier 2018 – 25 pages ;
- Guide d'appropriation RBPP – Troubles du spectre de l'autisme : Intervention et parcours de vie de l'adulte (3 volets) – mars 2018 – 64 pages ;
- Recommandation québécoise – Evolution des Technologies et des Modes d'Intervention (ETMI) – Rapport d'évaluation sur des activités contributives, valorisantes et stimulantes pour les adultes âgés de 22 ans et plus présentant un polyhandicap – février 2018 – 82 pages ;
- Qualité de Vie en MAS-FAM – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (Volet 1) – juillet 2013 – synthèse 4 pages / Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (Volet 2) – décembre 2013 – synthèse 4 pages / Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (Volet 3) – novembre 2014 – synthèse 4 pages ;
- Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux – avril 2017 – 96 pages
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – juillet 2013 – synthèse 4 pages ;
- Guide maladie chronique ALD n°9 – Epilepsies graves – juillet 2007 – 26 pages ;
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD – décembre 2016 – 80 pages ;
- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap – juillet 2017 – 81 pages ;
- Le soutien des aidants non professionnels : Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants des personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile – juillet 2014 – 135 pages.

		PROCEDURE		Date : 07/10/2021
				Page 1 sur 1
				PROCEDURE d'ADMISSION à la MAS
Intervenants		Modalités		Documents
Réception d'une notification MDA				
Assistante de Direction				Notification
		Envoi d'un courrier accusé de réception à la famille avec un dossier de pré-inscription.		Dossier d'inscription
		Invitation de la famille à prendre contact pour un rendez-vous		Courrier
Directeur, Chef de Service		Rencontre avec la famille pour présentation		
Commission d'admission				
Directeur, Chef de service, Médecin, Infirmière, Coordinatrice PAP, Psychologue		Etude des situations pour inscription sur liste d'attente		Liste d'attente
Inscription sur liste d'attente				
Assistante de Direction		Inscription Liste d'attente établissement, Via trajectoire		
		Envoi d'un courrier à la famille pour confirmation		Courrier de confirmation
Préadmission				
Chef de service		Contact de la famille par téléphone pour proposer une place		
Directeur, Chef de service		Prise d'un RDV avec la famille (rencontre, visite de la structure, modalité d'organisation en vue de l'admission...)		Livret d'accueil, Contrat de séjour, Règlement de fonctionnement
Chef de service		Si nécessaire, appel des partenaires pour passation		
Chef de service		Information par mail à l'ensemble de la MAS		
IDE, Coordinateur PAP, Référent	J-15	Rencontre de la famille (à l'établissement ou au domicile)		Recueil des données médicales (Copies carnet de santé), et des habitudes de vie
Admission				
Assistante de Direction		Envoi du bulletin d'admission à la MDA		Bulletin d'admission MDA
		Validation de l'admission sur Via trajectoire		
		Création du dossier sur Médiatèam		
Chef de service		Rencontre avec la famille Signature du contrat de séjour		
Psychologue, IDE, Coordinateur PAP	M+1	Anamnèse		Mediateam
IDE Médecin	M+1	Visite médicale Sollicitation du Médecin psychiatre si nécessaire		
Chargée de PAP Chef de service	M+6	Projet d'Accompagnement Personnalisé		Procédure PAP
Rédacteur Directeur Chef de service Assistante de Direction		Valideur Directeur		Approbateur